ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№1.1 (108) 2019

PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE

Сборник научных трудов

под редакцией профессора А.М. ШАМСИЕВА

МАТЕРИАЛЫ
73 – й НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

З.Б. Курбаниязов (заместитель главного редактора),
Ш.А. Юсупов, С.И. Индиаминов, Ж.А. Шамсиев,
Э.С. Тоиров, С.С. Давлатов, Н.А. Ярмухамедова
Л.М. Гарифулина, И.А. Шарофова.

Самарканд 16-17 мая 2019 г.

АКАДЕМИЯ НАУК
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
Самаркандским отделением
Академии наук Республики Узбекистан
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:
***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

2019, № 1,1 (108)

ISSN 2181-5674

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Адрес редакции:
Республика Узбекистан,140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:
(99866) 233-36-79
Факс
(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39
Сайт
http://pbim.uz/
e-mail
pbim.uz@gmail.com
sammi-xirurgiya@yandex.ru

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список,
утвержденный приказом № 219/5
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук

Подписано в печать 10.05.2019.
Формат 60×84 1/8
Усл. п.л. 58
Заказ 33
Тираж 100 экз.
Отпечатано
в типографии СамГосМИ.
140151, г. Самарканд,
ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
Я.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскаров	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.Ж. Хамраев	(Ташкент)

Хирургия

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Абдуллаев Ж.Ю., студент 417 группы педиатрического факультета СамМИ,

Нарзулаев Ш.Ш. резидент магистратуры I курса, Ахмедов А.И., ассистент кафедры СамМИ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. каф. – доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент Бабажанов А.С.

Введение. До 25% всех операций, выполняемых в хирургических отделениях, приходится на герниопластики, из числа которых 20-22% составляют операции по поводу послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). Однако после выполнения аллопластики в 20,9–49,2% случаев возможно развитие различных специфических раневых осложнений. Цель исследования: Изучить разных методов оперативного лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Материал и методы. Обследовано ближайшие и отдаленные результаты лечения 62 больных (49 женщин и 13 мужчин) с послеоперационными вентральными грыжами оперированных 2015 по 2018 г. в I и II хирургических отделениях Самаркандского городского мед. объединения. Возраст пациентов колебался от 27 до 71 лет. Всем больным проведено общие и биохимических анализы крови и мочи, ПТИ и ПТВ, ЭКГ, УЗИ и другие стандартные исследования. А также измерение внутрибрюшного давления до и послеоперационном периоде. У 47 больных (75,8%) были выявлены разные сопутствующие заболевания (ожирение, гипертоническая болезнь, ИБС, варикозная болезнь нижних конечностей и др.). При исследовании мы использовали международную классификацию вентральных грыж по Chevrel J.P. и Rath A.M. (1999). Всем больным проведена герниопластика в сочетании с аллопластикой по методам onlay, inlay, sublay по принципу «tension free». 18 больным выполнена симультанные операции, которые включает в себя устранение патологического процесса органов брюшной полости (холецистэктомия – у 13 (20,9%), эхинококкэктомия – 1 (1,6%) и гистерэктомия – у 4 (6,5%) пациентов) и герниоаллопластика. Результаты. У 8 больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались местные осложнения (у 7 (11,3%) пациентов серома и у одного (1,6%) гематома). У 1 пациента с ожирением IV степени и ИБС, развился абдоминальный компартмент синдром I степени осложненной сердечно-легочной недостаточностью. В 3 (4,8%) случаев наблюдалось рецидивы грыжи. Выводы. Герниоабдоминопластика по принципу «tension free» даёт более удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения у больных с ПОВГ. Одномоментное устранение сопутствующей хирургической патологии повышает радикальность реконструктивной герниопластики.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТЫ

Абдуллаев Ш.О., студент 524 группы лечебного факультета АГМИ

Кафедра офтальмологии (зав.кафедрой – д.м.н.профессор Икрамов А.Ф.)

Научный руководитель:доцент Маматхужаева Г.Н.

Цель работы – изучить возможности консервативного лечения начальных форм возрастной катаракты. Материал и методы исследования. Клинические исследования проведены в ходе обследования 58 пациентов, страдающих начальной стадией возрастной катаракты, обратившихся в глазное отделение клиники АГМИ. При офтальмологическом исследовании определяли остроту зрения без коррекции и с полной коррекцией по таблице Головина-Сивцева; состояние переднего отрезка глазного яблока, хрусталика и стекловидного тела путём биомикроскопии; состояние глазного дна путём прямой и обратной офтальмоскопии. Результаты исследования. Консервативная тактика ведения пациента на начальных этапах заключалась в назначении медикаментозных препаратов. Предпочтение отдавали применению средств, улучшающих метаболические процессы в хрусталике, что связано с патогенезом возникновения катаракты. В исследовании участвовало 2 группы больных, основную группу составили 30 пациентов, которые закапывали «Катаракс» по 2 капли в конъюнктивальный мешок пораженного глаза 3 раза в день, в течение 3 месяцев. Курс повторяли с месячным интервалом. Основное действующее вещество препарата «Катаракс» – азапентацен полисульфонат натрия. Катаракс замедляет дегенерацию хрусталика, предотвращая или замедляя развитие катаракты. Стимулирует протеолитические ферменты, содержащиеся в водянистой влаге передней камеры глаза; ингибирует образование хиноидных соединений и предотвращает их повреждающее воздействие на белки хрусталика. Предохраняет сульфгидрильные группы белков хрусталика от окисления и способствует рассасыванию непрозрачных комплексов. Контрольную группу составили 28 больных, они закапывали препарат «Таурфон» (активное вещество - таурин). Его назначали в виде инстилляций по 2 капли 3 раза в день в течение 3 месяцев. Курс повторяли с месячным интервалом. Таурин является серосодержащей аминокислотой, образующейся в организме в процессе превращения цистеина. Стимулирует процессы репарации и регенерации при заболеваниях сопровождающихся резким нарушением метаболизма глазных тканей. Способствует нормализации функций клеточных мембран, активизации энергетических и обменных процессов, сохранению электролитного состава цитоплазмы за счет накопления K^+ и Ca^{2+} ,улучшения условий проведения нервного импульса. Наблюдения за пациентами обоих групп осуществляли в течение 12 мес. Наблюдения показали положительный эффект от закапывания препарата «Катаракс» в основной группе больных, который сохранялся до 12 мес. Заключение. Таким образом, медикаментозный способ лечения катаракты в настоящее время сохраняет свою актуальность. Препарат «Катаракс» является высокоэффективным средством для лечения возрастной катаракты, влияющим непосредственно на патогенез развития болезни и может быть рекомендован пациентам на начальной стадии возрастной катаракты.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев А.М., студент 203-группы лечебного факультета АГМИ

Кафедра патологическая физиология (зав.каф. - проф. Хамракулов Ш.Х.)

Научный руководитель ст. преподаватель Мадумарова М.М.

Актуальность проблемы: Хирургические инфекции мягких тканей, развившиеся на фоне сахарного диабета, - тяжелые, быстро прогрессирующие инфекции мягких тканей, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, характерной атипичностью, которая приводит к декомпенсации сахарного диабета. Цель исследования: поиск причин неудовлетворительных результатов лечения больных с хирургическими инфекциями мягких тканей, развившихся на фоне сахарного диабета. Материал и методы: в основу настоящей работы положен анализ лечения 379 больных с сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в РЦГХ и ХОСД МЗ РУз, в 2011 году и у которых развилась хирургическая инфекция мягких тканей, различной локализации. Из них мужчин - 182 (48,0%), женщин - 197 (52,0%). Результаты: до поступления в РЦГХ и ХОСД пациенты находились на лечении в среднем от 7 до 14 дней в 65% случаев, четверть больных - 107 (23%) получали лечение по месту первичного обращения свыше 14 дней, менее часто поступали больные, которые находились на лечении до 7 дней - их было 54 (12%). Подавляющее большинство больных было прооперировано, причем 63% больных оперировано дважды, 22% больных оперировано однократно, в меньшем количестве больные были оперированы 3 раза - 12% и многократно - 3% случаев. Анализ причин неудовлетворительного лечения показал, что одной из частых причин (70,7%) была поздняя диагностика, когда на фоне некомпенсированного углеводного обмена, стертости клинической картины у больных отсутствуют классические признаки типичного воспалительного процесса. Неадекватные хирургические вмешательства - (67%): маленькие инцизии с дренированием и опорожнением гнойника без адекватной некрэктомии. В ране остается патологический очаг, являющийся источником дальнейшего прогрессирования. Одним из серьезных недостатков в лечении больных с данной патологией является недоучет глубины поражения тканей. Этот фактор мы отметили в 43% случаев, когда наличие гнойного процесса в одной анатомической области приводило к поражению глубжележащих структур, которые при маленьких разрезах не могли быть диагностированы. Значительное место при лечении данных больных занимали ошибки в проведении антибактериальной терапии, которые были выявлены

в 87,5% случаев: недоучет дозы вводимого препарата и кратности введения; применение одного антибиотика без учета чувствительности, тогда как в патологическом очаге, у больных данной категории высеваются как аэробные, так и анаэробные микроорганизмы. Особое место занимают ошибки в послеоперационном введении больных. К выявленным недостаткам относятся: проведение перевязок без учета фаз раневого процесса и выраженности гнойно-некротического процесса, когда необходимо строго дифференцировать применяемые средства для местного лечения и учитывать кратность проводимых перевязок; недоучет возможностей применения биологических, химических и физических методов санации. Выводы: современный подход в лечении гнойной хирургической инфекции у больных, страдающих сахарным диабетом, основан на следующих положениях: развившаяся у больных сахарным диабетом хирургическая инфекция мягких тканей резко отягощает течение основного заболевания, что требует своевременного диагностирования с проведением активной хирургической тактики. Минимальное оперативное вмешательство недостаточно эффективно при лечении гнойных осложнений у больных сахарным диабетом; послеоперационное введение должно быть строго дифференцированным, в зависимости от фазы течения и уровня поражения мягких тканей.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СЕРДЦЕ

Абдуллаева Н.Э., 313 гр., Умурзакова Д.Ф., 314 гр. лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.каф. – доц., д.м.н. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель - асс., к.м.н. Шадиева Х.Н.

Цель и задачи работы: Изучить особенности ухода у детей после хирургических вмешательств на сердце. Материалы и методы исследования: Больные после оперативных вмешательств на сердце. Мероприятия по уходу за кардиохирургическими больными. Результаты и обсуждение. Уход за послеоперационными больными проводили в отделении кардиохирургии ОДММЦ. Основой ухода за такими больными можно считать создание оптимального режима физического и психического покоя. В отделение, кроме больных, допускаются исключительно сотрудники и ухаживающие, что позволяет обеспечить необходимые санитарно-гигиенические нормы. Уход за детьми осуществляется в обычной последовательности: определение температуры тела, мониторинг общего состояния, проведение медицинских манипуляций (инъекции, инфузии, перевязки), подготовка и своевременное проведение диагностических мероприятий (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография) до и после оперативных вмешательств, ведение медицинской документации. Особое значение в этом отделении имеют наблюдение за правильным положением больного (строго горизонтальное, на спине), правильной сменой положения тела (не тянуть ребенка за руки и подмышки), лечебная физкультура и питание (ограничение жидкостей, легкоусваиваемые белки и углеводы). Уход за больными включает в себя и донесение до родителей информации о правильной диете, режиме и образе жизни. Выводы: Таким образом, большое значение в организации ухода за кардиохирургическими больными придается соблюдению лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режима в отделении кардиохирургии. Правильный уход за больными, несомненно, способствует более быстрому восстановлению больных после оперативных вмешательств на сердце, сокращению времени пребывания в стационаре, дальнейшей реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГОЛЕНИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Абдунабиева З., студентка 504-гр. педиатрического факультета СамМИ, Алимов Ж.И., резидент магистратуры III курса,

Худайназаров У.Р. – ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического факультета (зав. каф. – доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: доц. Бабажанов А.С.

Трофическая язва венозной природы составляет более 70% от всех язв нижних конечностей. Причина данной патологии является гипертензия и гидроволемическая «бомбардировка» мягких тканей голени через перфорантные вены с клапанной недостаточностью. Лечение венозной недостаточности в стадии декомпенсации, когда имеется стойкий отек, индурация и трофические язвы особенно у пожилых больных с высоким риском оперативных вмешательств, является трудной задачей. Цель исследования: Анализ особенностей клинического течения и лечения посттромбофлебитической язвы голени у пожилых больных. Материалы и методы исследования: Всего с 2010 по 2018 г.г. наблюдались 56 больных, из них 41 женщины и 15 мужчины. В возрасте от 65 до 78 лет. Лечение в стационаре получили 56 больных из них 29 больных были оперированы, остальные 27 больных лечились консервативными средствами. Хирургический метод является наиболее радикальным при венозной язве. Однако выполнение операций нередко невыполнимо из-за тяжести состояния больного и сопутствующей патологии. С этой целью нами произведено малоинвазивные (приустьевая резекция большой подкожной вены - кроссэктомия, локальная субфасциальная перевязка коммуникантных вен) оперативные вмешательства. Консервативные способы лечения играют большую роль в помощи больным пожилого возраста. Это лечение применяли самостоятельно подготовки больных к операции, в послеоперационном периоде и тем больным при невозможности хирургического лечения. Для устранения микроциркуляторных расстройств и нормализации гемореологии использовали пентоксифиллин по 1 драже 3 раза в день, тиклопидин по 1 таб 2 раза в день. Для купирования воспаления применяли нестероидные препараты. Для местной лечении трофической язвы использовали адекватную компрессионную терапию с помощью эластичных бинтов. Для снижения острого воспалительного процесса на язву накладывали мази(5% диоксидиновая, левомеколь, левосин, йодопириновая). Вывод: Таким образом, только патогенетически обоснованная комплексная терапия (хирургическая коррекция, общая и местная лекарственная терапия, физиотерапевтические процедуры) способствуют излечению больного старшего возраста от трофической язвы при хронической венозной недостаточности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

Абдурашидова Х.Б., студентка 310 группы педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра общей хирургии с оперативной хирургией и топографической анатомией (зав. каф. – д.м.н., проф. Аскаров Т.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Файзиев Я.Н.

Были проанализированы истории стационарных больных, получивших лечение в городской многопрофильной клинической больнице № 7 города Ташкент, с 2010 по 2019 года. Всего проанализированы 250 историй стационарных больных поступивших с диагнозом острого перитонита различной степени тяжести, в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст 34,4±2,6 лет). Из них 108 (43,2%) составили больные женского пола, остальные 142 (56,8%) мужчины. Основным методом проведённых операций была лапаротомия брюшной полости. Результат. Как показали наши исследования в возрасте от 18 до 25 лет острым перитонитом проболели 60 (24%), в возрасте от 25 до 40 лет - 72 (28.8%), от 41 до 60 было 83 (33.2%) и от 60 до 72 было 35 (14%) больных. У 92 (36.8%) больных было диагностировано осложнение острого флегмонозного аппендицита, 33 (13.2%) - катарального и у 41 (16.4%) - гангренозного аппендицита. Из них 31 (12.4%) поступили с диагнозом острый гангренозный перфоративный аппендицит, 21 (8.4%) - с осложнением гнойного перитонита и 15 (6%) – с осложнённым каловым перитонитом. Все больные поступили по линии «Экстренной помощи», в среднетяжёлом - 173 (69,2%) и тяжёлом состоянии – 77 (30,8%) в приёмное отделение стационара. Данным больным была проведена лапаротомия с аппендэктомией. Летального исхода среди больных не было. Все больные получили стандартное постоперационное лечение с включением антибиотико- и противовоспалительной терапии. Послеоперационный период протекал гладко, без выраженных патологических осложнений. Все больные после соответствующего курса немедикаментозного и медикаментозного лечения, совместно с физиотерапевтическим лечением, были выписаны домой, для дальнейшего амбулаторного лечения под наблюдение врача общей практики. Им были даны соответствующие рекомендации по уходу за постоперационной областью, и по продолжению общепринятого комплексного лечения по стандарту. Следует отметить, что перитонит (или воспаление брюшины) - опасное для жизни патологическое состояние. Может возникать при попадании микроорганизмов в брюшную полость, которая в норме стерильна. Как показали наши исследования, непосредственная причина перитонита в подавляющем большинстве случаев является инфекция, вызывающая воспаление. В частности, основной патогенетической причиной возникновения аппендицита с последующим развитием острого перитонита

является именно инфекционно-воспалительное заболевание червеобразного отростка (аппендикса). В нашем случае у 74 (29,6%) больных был диагностирован аппендицит различной клинической формы. Как показали наши исследования основные операции, проведённые в 7 -Городской больнице были направлены на лечение острого флегмонозного аппендицита, и методом хирургического вмешательства являлась лапаротомия. Современным методом лечения гнойного перитонита не только в нашей стране, но и зарубежом является лапаротомия. Следовательно, при лечении осложнений острого аппендицита, в частности, перитонита основным методом остаётся лапаротомия, а при неосложнённых аппендицитах можно применять лапароскопическое лечение. Заключение. Более эффективным и доступным методом лечения при осложнениях острого аппендицита остаётся лапаротомия с комплексным противовоспалительным постоперационным медикаментозным лечением.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Абдусаломов Ф.Ф. студент 603 группы медико-педагогического факультета СамГосМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель - ассистент Авазов А.А.

Мы наблюдали 5 больных с ранениями прямой кишки и заднего прохода. Возраст больных составил: до 10 лет – 1, 20-30 лет – 3, 31-50 лет – 1 человек. Среди них было 4 мужчин и 1 женщина.У 4 человек ранение было получено при падении на различные металлические и деревянные стержни, а у 1 больной произошел разрыв промежности при родах. Ранения прямой кишки разделили на внебрюшинные и внутрибрюшинные. У двоих больных мы наблюдали внутрибрюшинное ранение прямой кишки. Результаты. Диагноз ранения прямой кишки установили на основании следующих признаков: боли, наличие раны в стенке прямой кишки, содержание крови в каловых массах, выделение кишечного содержимого через рану, нарушение функции сфинктера заднего прохода. Основным ведущим симптомом внутрибрюшинного ранения прямой кишки явился каловый перитонит. Пальцевое исследование прямой кишки дало возможность определить локализацию раны, размеры, отношение её к окружающим органам. Двум больным с ранением ампулярного отдела прямой кишки мы наложили противоестественный заданий проход /сигмостома/. У 2 больных с внутрибрюшинным разрывом прямой кишки с клиникой перитонита провели нижнюю срединную лапаротомию, с ушиванием ран прямой кишки двухэтажным швом, и наложили противоестественный задний проход. У одной больной произведена первичная хирургическая обработка ран промежности с ушиванием ран прямой кишки. У 2 больных с внебрюшинным ранением прямой кишки одновременно с ушиванием раны прямой кишки широко дренировали параректальную клетчатку. Из наблюдавшихся нами 5 больных у 1 больного наблюдалась флегмона параректальной клетчатки, после операции наступило выздоровление. У одного больного наблюдалась слабость анального сфинктера. Выводы. Лечение ранений прямой кишки должно быть активным, необходимо произвести ушивание ран прямой кишки, дренировать параректальную клетчатку и наложить противоестественный задний проход. Наложение противоестественного заднего прохода целесообразно у больных с ранениями ампулярного отдела прямой кишки.

ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Абдусаломова Ш., студентка 504 гр. медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: ассистент Джумагелдиев Ш.Ш.

За рассматриваемый нами период – с 1999 по 2017 гг. – в отделении комбустиологии лечились 6300 обожженных, из которых у 62 ожоговая болезнь осложнилась гнойными воспалениями крупных суставов, т.е. артриты были отмечены у 0,98% пострадавших. У подавляющего большинства больных ожоги были термическими (69,8%), и лишь у 90 (1,43%) – электрическим током. В наших наблюдениях преобладали мужчины, у которых артриты встретились в 4 раза чаще, чем у женщин. У детей это осложнение наблюдалось нами в 7,5 раза чаще, чем у взрослых. Результаты. В значительном большинстве случаев гнойные артриты развивались у больных с обширными глубокими поражениями. Только у трех наших пациентов ожоги IIIб-IV степени занимали менее 10% поверхности тела (у всех этих больных артриты были вызваны электротравмой). Более чем у 2/3 пострадавших с гнойными поражениями крупных суставов площадь глубоких ожогов превышала 20% поверхности тела. Среди больных с обширными (35 и более процентов поверхности тела) глубокими ожогами поражения крупных суставов встретились у 13,5% пострадавших. Эти данные свидетельствуют о том, что гнойные артриты являются частым осложнением тяжелой термической травмы. Нами прослежено клиническое течение 83 гнойных воспалений крупных суставов у 62 пострадавших, из которых у 45 были моноартриты. У 12 больных наблюдались воспаления двух крупных суставов, у 2-х – трех, у 2-х – четырех и у 1 пациента – шести суставов. У всех наших больных с множественными поражениями суставов наблюдался сепсис. По нашим данным у 48 больных артриты были первичными, при которых инфицирование происходит вследствие повреждения суставной капсулы. У 14 пострадавших наблюдались вторичные артриты, при которых воспаление развивалось в суставы неповрежденной артикулярной сумкой. Наиболее постоянными симптомами гнойных артритов были боли при пассивных движениях и угнетение репаративных процессов ожоговых ран. Возникновение только 25% артритов сопровождалось угнетением лихорадки, увеличение числа лейкоцитов и индекса сдвига лейкоцитарной формулы влево в ответ на развитие процесса в суставе отмечено лишь в 35% наших наблюдений. Активное хирургическое лечение артритов предпринято нами у 46 больных (58 операции). У шести больных ампутации конечностей были обусловлены поражениями двух крупных суставов. При воспалении 5 суставов 4-х больных пришлось прибегнуть к повторным операциям: в одном наблюдении дважды была сделана артротомия локтевого сустава; у одного больного после артротомии коленного сустава произведена его резекция; дважды после резекции и один раз после артротомии коленных суставов мы были вынуждены ампутировать бедро. Выводы. По нашим данным, широкое вскрытие всех отделов и заворотов суставов и рациональное их дренирование в послеоперационном периоде позволяет в неосложненных случаях добиться удовлетворительных результатов. Лечебный эффект был достигнут и в тех случаях, когда доступ к суставу осуществлялся через ожоговые раны.

ПРЕДВИДЕНИЕ ВРЕМЕНИ ОПЕРАЦИИ И АНЕСТЕЗИИ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ОБЗЕРВАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Аганцев А.М., Майборос О.С., Дроздов В.И.

Донецкий национальный медицинский университет, кафедра анестезиологии и интенсивной терапии, г. Краматорск, Украина

и.о. заведующего кафедрой: д.м.н., профессор Нестеренко А.Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Хрипаченко И.А.

Актуальность: Корректная оценка предполагаемого времени до начала анестезии и операции является критическим событием в планировании операционного дня. Она позволяет расставить приоритеты в сортировке пациентов, способствует слаженой работе всех участников лечебного процесса и повышает уровень безопасности для пациента. Разработанный в Стенфордском университете список проверки безопасности пациента во время хирургического вмешательства (checklist), который рекомендован ВОЗ, к сожалению не содержит в себе информации про предполагаемое время анестезии. Недавние публикации (BMJ 2014;349:g7182) акцентируют внимание на существовании расхождения между предполагаемым и фактическим временем анестезии и операции в ортопедической и пластической хирургии. Проведенный нами информационный поиск выявил отсутствие таких данных в Украине. Цель: Оценить соответствие предполагаемого и реального времени оперативного вмешательства и выявить факторы, влияющие на корректность оценки. Материалы и методы исследования: Эту работу мы провели в дизайне проспективного обзервационного исследования на базах КМУ «ГБ №3» в г. Краматорск и ККЛ ПУОЗ «Областная травматологическая больница» и НИИТО в г. Лиман. Участников исследования (врачи-анестезиологи и хирурги по специальностям травматология-ортопедия, ЛОР, комбустиология, нейрохирургия) перед операцией опрашивали про предполагаемое время, необходимое для проведения манипуляций. Полученные данные сравнивали с реально затраченным временем. Временем общей анестезии считали период от поступления пациента в операционную, до момента переведения в палату, и регионарной анестезии – до момента развития блока. Час операции отмечали от момента разреза до наложения последнего шва. Статистический анализ выполняли при помощи Microsoft Exel

и Statistica for Windows 7 (StatSoft inc). Результаты исследования: Анестезиологи чаще, чем врачи хирургических специальностей правильно оценивали время, необходимое для выполнения манипуляций – в 19,2% случаев, против 3,7% соответственно (p=0,037). Хирурги чаще анестезиологов переоценивали необходимое время (59,3% против 30,8%) (p=0,018). Разница в частоте недооценки необходимого времени не значимая: анестезиологи недооценили время в 50% случаев, а хирурги в 37% (p=0,17). Переоценка времени для хирургов и анестезиологов составила 33,8±29,5 мин (M±SD) и 38,3±60,1 мин (M±SD), соответственно. Недооценка времени составила 10,8±8,1 мин (M±SD) для анестезиологов и 32,9±63,0 мин (M±SD) для врачей хирургических специальностей. Выводы: Предполагаемое время операции и анестезии не соответствует фактическому более чем в 80% случаев. Корректные оценки предполагаемого времени значительно меньше среди хирургов. Этот фактор необходимо учитывать при планировании работы оперблоков.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Аксенова А.А., студентка 5 курса педиатрического факультета Кировского ГМУ

Кафедра детской хирургии Кировского ГМУ (зав. каф. – проф. Разин М.П.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Разин М.П.

Цель работы: оптимизация оперативного лечения врожденных диафрагмальных грыж (ВДГ) у детей. Материал и методы. Пролечено с 1998 по 2018 год в клинике детской хирургии Кировского ГМУ 60 больных от 0 до 15 лет с ВДГ: новорожденные – 31 (50,9%), младенцы – 13 (21,8%), старше года – 16 (27,3%). Встречались следующие формы патологии. Истинные ВДГ: релаксация диафрагмы - 19 (31,6%), ретростернальные - 1 (1,7%), эзофагеальные - 5 (8,3%), параэзофагеальные - 4 (6,7%); ложные: грыжа Богдалека - 25 (41,6%), Ларрея - 1 (1,7%), френоперикардиальная - 1 (1,7%), агенезия купола диафрагмы - 4 (6,7%). Результаты и обсуждение. Наибольший удельный вес в группе больных ВДГ имели новорожденные (50,9%), дети старше года составили 27,3% среди больных, младенцы – 21,8%. Особенности клинического течения ВДГ заключались в большом количестве и разнообразии сопутствующей патологии. Она чаще встречалась при агенезии купола диафрагмы: ВПР отмечались у 94,8% больных, гипоплазия легкого - 66,7%, СЛН – 35,9%, воспалительные заболевания – у 28,2%, недоношенность и гипотрофия – у 25,6% больных. У детей с ограниченными дефектами диафрагмы ВПР фиксировались в 29,9% случаев, гипоплазия легкого – в 17,2%, воспалительные заболевания – в 12,6%, недоношенность и гипотрофия – в 10, 3%. У больных с релаксацией среди сопутствующей патологии также лидировали ВПР (44,6%), далее следовали воспалительные заболевания (14,3%). Среди ВПР во всех нозологических группах преобладали пороки развития сердечно-сосудистой системы (25-44%) и ЦНС (23-32%), реже встречались ВПР мочевыделительной системы и другие пороки. Все больные были пролечены оперативно. Дети с релаксацией диафрагмы чаще оперировались из лапаротомического доступа, реже – из торакоскопического, еще реже – из лапароскопического (10/5/4). Все ретростернальные и эзофагеальные грыжи были прооперированы лапароскопически. Параэзофагеальные грыжи одинаково часто оперировались лапаротомически и торакоскопически. Грыжи Богдалека чаще оперировались из традиционного абдоминального доступа, реже – лапаро- или торакоскопически (21/2/2). Все немногочисленные грыжи Ларрея, френоперикардиальные и агенезии купола диафрагмы оперировались лапаротомически. Встречались различные осложнения послеоперационного периода: легочная гипертензия развивалась у 30% больных после аутопластики диафрагмы при релаксации и ретростернальной грыже; дыхательная недостаточность и легочная гипертензия отмечались у 66,7% больных после аллопластики диафрагмы синтетическим материалом при агенезии купола. Рецидивы патологии встречались в 15% после аутопластики диафрагмы при релаксации и ретростернальной грыжи и в 11% после ушивания ограниченного дефекта диафрагмы. Наименьший койко-день (6,1) был при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, значительно больший – при алло- и аутопластике диафрагмы (13,5 и 15,4 соответственно). Летальность зафиксирована только в группе больных с агенезией купола диафрагмы, но она была в ней 100%-ной. Выводы: среди больных ВДГ преобладают новорожденные (50,9%), требующие экстренного оперативного лечения; из форм ВДГ чаще встречается грыжа Богдалека (41,6%) и релаксация диафрагмы (31,6%); тяжелая сопутствующая патология чаще встречается при агенезии купола диафрагмы (ВПР у 94,8%, гипоплазия легкого – у 66,7%); осложнения послеоперационного периода чаще развиваются после аллопластики диафрагмы синтетическим материалом при агенезии купола (дыхательная недостаточность и легочная гипертензия у 66,7%), после аутопластики диафрагмы (легочная гипертензия - у 30%); наибольшую проблему составляют больные с агенезией купола диафрагмы, в нашем материале погибли все больные после аллопластики диафрагмы синтетическим материалом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИТОЧНО-ОТТОЧНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Алимов Б.А., студент 506 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. курсом. – д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)

Научный руководители: д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.

Цель работы: Улучшение результатов оперативных вмешательств при абсцессах головного мозга (АГМ) и снижение смертности путем применения приточно-отточного дренирования полости абсцесса. Материал и методы исследования: С этой целью были изучены результаты 51 оперированного больного в клинике нейрохирургии СамМИ в период с 2003 по 2018 гг. Из них 68,6% больных было мужского пола, 31,4% женского. Результаты: Возраст больных колеблется от 2 до 76 лет. У 64,7% больных диагностированы контактные оториногенные абсцессы, у 21,6% больных абсцессы метастатической этиологии и у остальных 13,7% больных – абсцессы посттравматического генеза. 72,5% больным произведена компьютерная, 27,5% больным магнитно-резонансная томография. В 41,2% случаях обнаружены однокамерные, в 35,3% случаях 2-3 камерные и в 23,5% случаях обнаружены многокамерные абсцессы. Было обнаружено, что в 78,4% случаях АГМ расположены интрацеребрально, в 11,8% случаях – субдурально и в 9,8% случаях – в эпидуральных пространствах в виде эмпиемы. По локализации у 49% больных АГМ расположены в височной области, у 15,7% больных в мозжечке, у 13,7% больных в лобной области, у 11,8% больных в теменной области, у 9,8% больных распространены в различных участках. Большинство больных (80,4%) с АГМ в клинику были доставлены в тяжелом состоянии, с различными нарушениями состояния сознания. В зависимости от локализации, размера и количества АГМ, больным были произведены различные операции: по показаниям применялось тотальное удаление (с капсулой) АГМ или пункция абсцесса с опорожнением полости абсцесса от гноя, неоднократным промыванием. После этого устанавливается приточно-отточная система, которая разработана в клинике нейрохирургии СамМИ. Для этого в полость абсцесса вводятся две хлорвиниловые или силиконовые разовые системы. С помощью этой системы полость абсцесса в послеоперационном периоде в течение 5-7 дней непрерывно или периодически промывается антисептическими и физиологическими растворами. Вместе с тем до и после определения чувствительности микробов к антибиотикам проводится антибактериальная терапия. Из 51 оперированного больного по поводу АГМ, 35 больным (68,6%) произведено миниинвазивное удаление абсцесса с последующим дренированием и установкой приточно-отточной системы. 10 больным (19,6%) выполнено опорожнение полости абсцесса без дренирования. Остальным 6 больным (11,8%) применялось тотальное удаление абсцесса с капсулой. Среди наблюдений 47,1% (24) больных поступило в ясном сознании, с нарушением состояния сознания – 31,4% (16), из них в коматозном состоянии находилось 9,8% (5) пациентов; у 11,7% (6) больных обнаружены признаки отека и дислокации головного мозга. По нашим данным, в послеоперационном периоде при применении приточно-отточной дренажной системы среди больных с ясным сознанием умерших не было. Среди 35 больных, где в послеоперационном периоде применялась приточно-отточная система, 3 больные поступили в коматозном состоянии и после операции 1 из них умер, из четырех больных с признаками дислокации мозга летальность составляла 25%. Среди 13 больных, у которых в послеоперационном периоде не применялась приточно-отточная система, 3 больных поступили в коматозном состоянии, умерли 2 и в одном случае наблюдалось вегетативное состояние; из трех больных с признаками дислокации мозга умер 1 больной. Выводы: Таким образом, сравнительные с литературой данные показывают, что при применении в послеоперационном периоде приточно-отточной системы дренирования АГМ значительно улучшается эффективность операций, что дает возможность ранней реабилитации больных.

НАШ ОПЫТ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ГЕПРОЦЕЛ» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Алимов Б.М., студент 507 группы мед.педагогического факультета, Хамзаев Ж.О. студент 320 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра общая хирургия (зав. кафедрой – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель, ассистент Юнусов О.Т.

В основу работы положен анализ результатов лечения 35 пострадавших с термическими поражениями (10 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 15 до 55 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2017-2018 гг. Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения одновременной АДП. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком «Гепроцел» (10 мг порошка) во время некрэтомии и перевязок. Результаты. Оперативное вмешательство 35 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применение гемостатического препарата Гепроцел для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур. Наши исследования показали, что ранняя хирургическая некрэктомия и взятие расщеплённых аутотрансплантатов с донорских участков сопровождается кровопотерей (6-10 мл крови на площади 100 см^2), а сразу после применения гемостатического порошка «Гепроцел» кровотечение полностью прекращается и раневая поверхность принимает блестящий вид из-за адгезированной к ней пленки. Болевые ощущения были незначительными. При закрытии раневого дефекта донорским аутолоскутом отмечена хорошая адгезия кожного лоскута к подлежащей ране. На 3 сутки после операции у больных имело место положительная динамика заживления кожного трансплантата. Отделяемого из раны нет. На донорском участке признаков воспаления и инфицирования раны не отмечено. На 7 сутки после АДП имеет место практически полное приживление трансплантата кожи, линия шва в виде четкой тонкой линии, без признаков покраснения или инфильтрации. Трансплантат кожи мягкий, эластичный, бледно-розового цвета. Признаков инфицирования не отмечено. Донорский участок полностью эпителизировался, остался тонкий эластичный рубец без признаков гипертрофии и воспаления, безболезненный. На 11 сутки наступило полное приживление аутотрансплантата кожи с полным восстановлением дефекта с незначительной контракцией области дефекта. Таким образом, у пациентов применение гемостатика «Гепроцел» после некрэктомии с последующей аутодермопластикой во всех случаях способствовало полному заживлению донорских участков на 7 сутки, и полное приживление аутотрансплантата кожи с полным восстановлением дефекта к 12 суткам после операции. Выводы. Применение препарата Гепроцел во время аутодермопластики после ранней некрэктомии обеспечивает полный гемостаз и снижение выраженности раневой боли. Местное однократное нанесение на рану после некрэктомии гемостатического препарата Гепроцел при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МАССИВНЫХ ГЕМАТУРИЯХ

Аллазов Х.С., врач-уролог 1-Самаркандской городской больницы, Аллазов И.С., студент 406 гр. мед.-пед. факультета СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – к.м.н., доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель: проф., д.м.н. Аллазов С.А.

Описанные препараты были применены у 275 больных (32- уретроррагия, 14-геморрагический цистит, 7-опухоли мочевого пузыря, 120-после аденомэктомии, 42-операционные раны). Гемостаз осуществляется следующим образом: непосредственно в уретру и мочевой пузырь вводился 10%-ный водный настой лагохилуса опьяняющего. С целью гемостаза при оперативных вмешательствах на кровоточащую поверхность операционной раны на 3-4 мин прикладывается салфетка, смоченная настойкой лагохилуса. Результаты. При сквозном орошении полости мочевого пузыря смесью из дезинфицирующего раствора и настоя лагохилуса за 2-3 суток у больных с геморрагическим циститом или опухолью мочевого пузыря, а также при операции аденомэктомии макрогематурия прекратилась, мочевой пузырь удалось очистить от кровяных сгустков и стало возможным осуществление оперативного вмешательства (цистолитотрипсия-2, цистолитотомия-2, резекция стенки с дивертикулом-2, резекция мочевого пузыря с опухолью - 4). Гемостаз во время аденомэктомии достигался после 1- или 2-х, 3-хкратного кратковременного тампонирования турундой (в течение 5-6 мин), смоченной настоем лагохилуса. Из 60 больных у 59 удалось осуществить гемостаз таким способом, только у 1 пришлось ушивать ложе. Настойку лагохилуса использовали при гемостазе операционной раны у 42 больных. Инстилляции настоем лагохилуса из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут - остановку кровотечения, у 2-х пришлось прибегать к экстренной эпицистостомии и электрокоагуляции, а у одного - к первичному ушиванию уретры. При геморрагическом цистите инстилляции трехканальным катетером в течение 2-3 дней способствует исчезновению макрогематурии, а через 3-5 дней у 10 больных (71,4%) исчезла эритроцитурия. Настойку лагохилуса мы использовали с хорошим эффектом при гемостазе операционной раны в ходе самой операции (37 больных) и в послеоперационном периоде в связи с кровотечением при удалении дренажных трубок (3 больных) и при ревизии после операционной раны (2 больных). Во всех случаях был получен гемостатический эффект в первые минуты манипуляции. У больных с массивной гематурией интенсивная терапия для выведения из тяжелого состояния заключалась в инфузии жидкостей под контролем ЦВД, подаче увлажненного кислорода, в случае необходимости проводилась стимуляции диуреза, назначении сердечных, сосудистых средств. Для купирования болей применялись наркотические анальгетики, местная анестезия и, по показаниям, перидуральная блокада. Заключение. Применение настоя и настойки лагохилуса упрощает технику гемостаза, является надежным фармакологическим способом остановки кровотечения из нижних мочевых путей и операционной раны, создает условия для оптимального восстановления структуры кровоточащей поверхности, и, что немаловажно, обходится намного дешевле, чем другие способы гемостаза. МИВ проводились, в основном, под регионарной анестезией - спинальной или перидуральной. При наличии противопоказаний к этим методам анестезии применялся метод внутривенной анестезии с мышечным релаксантом и ИВЛ.

СИМУЛЬТАННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: УДАЛЕНИЕ ПУЛИ ИЗ МЫШЦ БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА И НЕФРОЛИТОТОМИЯ (случай из практики)

Аллазов И.С. студент 406 гр. мед.-пед. факультета СамМИ, Гафаров Р.Р. ассистент курса урологии СамМИ,

Аллазов Х.С. врач-уролог 1-Самаркандской городской больницы

Курс урологии (зав. курсом – к.м.н., доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель: асс. Гафаров Р.Р.

Инородные тела почки и окружающих почку тканей попадают в почечную паренхиму, чашечно-лоханочную систему, а также в ткани вокруг почки при проникающих слепых ранениях (пули, дробь, металлические осколки). Приводим случай удаления инкапсулированного инородного тела (пули) из мышц боковой стенки живота, осуществленного в ходе оперативного вмешательства по поводу камня левой почки. Больной Э.Ш., 52 лет. Поступил 19.12.2018 г. в отделение экстренной урологии СФ РНЦЭМП с жалобами на приступообразную боль в левой поясничной области с иррадиацией в левую подвздошную область. Из анамнеза: больным себя считает в течение 3 дней, с момента, когда появились вышеуказанные жалобы. Со слов больного в 2014 г., находясь на тот момент в Российской Федерации, получил слепое пулевое ранение левой поясничной области. При первичной хирургической обработке раны после получения ранения пулю поясничной области обнаружить не удалось. Локально: при осмотре левой поясничной области определяется рубец от огнестрельного ранения – входное отверстие пули, размерами 2,0х1,5 см, безболезненный. Почки не пальпируются, левая почка при пальпации болезненная, правая безболезненная. Симптом Пастернацкого слева положительный, справа отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, безболезненный. Мочеиспускание свободное. При ультразвуковом исследовании в лоханке левой почки определяется конкремент размером 11 мм, размеры обеих почек не изменены. Рентгеноскопия грудной клетки и обзорная уроскопия без особенностей. По данным мультиспиральной компьютерной томографии – в нижней чашечке, с распространением в лоханку отмечается тень конкремента размерами 28х17 мм, в мышцах боковой брюшной стенки слева отмечается инородное тело размерами 13х11 мм. Общий анализ крови без изменений. В общем анализе

мочи: белок 0,033 г/л, свежие эритроциты – 4-6-8 в поле зрения, лейкоциты – в большом количестве, оксалаты - 4-8-10 в поле зрения. Биохимический анализ крови – без изменений. Был выставлен диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень левой почки. Левосторонний инфицированный гидронефроз II степени. Левосторонняя почечная колика. Сопутствующий диагноз: инородное тело левой поясничной области (пуля). Больному была произведена симультанная операция, в ходе которой было удалено инородное тело левой поясничной области (пуля) и выполнена нефролитотомия. После выполнения люмботомного разреза по Федорову производилось послойное рассечение тканей. В толще musculus obliquus internus abdominis обнаружено инородное тело – инкапсулированная пуля размерами 1,0х1,0 см, которая показалась в ране после случайного вскрытия её капсулы по мере рассечения мышц. Почка интимно спаяна с окружающими тканями. С техническими трудностями почка была выделена из окружающих тканей. Почка гидронефротически изменена. В проекции нижней чашечки, в участке, где паренхима почки была истончена, произведён нефролитотомный разрез длиной 1,5 см и удалён камень размерами 3,2х2,0 см, желтого цвета с неровной поверхностью. Нефролитотомный разрез герметично ушит кетгутом. В ране оставлена хлорвиниловая дренажная трубка. Рана послойно ушита. В день операции с учётом того, что капсула, окружающая пулю, была вскрыта, больному введен противостолбнячный анатоксин. Послеоперационный период протекал гладко. На 5-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Таким образом, в случае отсутствия клинических проявлений небольшие инкапсулированные инородные тела лечения не требуют. Но в тех случаях, когда необходимо выполнение операции на заинтересованной стороне, подобные инородные тела могут оказаться интраоперационной находкой. Поэтому важно тщательно собирать анамнез у таких больных и проводить полноценное рентгенологическое обследование.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аметов Э.Т., студент 613 группы педиатрического факультета СамМИ, Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш.- ассистенты кафедры СамМИ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. каф. – доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент Бабажанов А.С.

Течение гнойно-септических ран у больных с сахарным диабетом характеризуется рядом особенностей. Основные из них является рост гнилостной инфекции, усиливается нарушение всех видов обмена, вызывает ацидоз, подавляет защитное способности организма и резкое ослабление иммунобиологических свойств, которым приводит к развитию сепсиса. Материалы и методы: В отделении гнойно-септической хирургии СамГМО за последние 2 года обследовано 79 больных с гнойно-септическими осложнениями, в том числе и диабетической стопой. Возраст больных были 30-74 лет, из них мужчин 41 (51,9%) и 38 (48,1%) женщин. Из низ у 18 пациентов установлен сахарный диабет I типа. Легкая форма сахарного диабета у 15 (18,9%), средней 23 (29,2%) и 41 (51,9%)больных тяжелой тяжести. Длительности сахарного диабета в среднем составил 14,2 года и у 6 (7,6%) больных установлен впервые. У 58 пациентов обнаружено сопутствующие патологии: из них у 32 (40,5%) больных сердечно-сосудистые патологии, у 22 (27,8%)пациентов почечные патологии, с заболеваниями печени и желчных путей выявлено у 18 (22,8%) больных. У некоторых эти заболевания сочетались. Из 79 больных у 35 были гнойно-воспалительные процессы мягких тканей в виде флегмоны и у 13 (16,5%) больных обширные флегмоны промежности с некротическим фасцитом и мионекрозом. Этим больным произведены ранние широкие разрезы с удалением мёртвых тканей. У 31 (39,2%) больного был установлен диагноз синдром диабетической стопы. Из них ангионейропатическая форма у 18 (58%) и нейроишемическая форма у 13 (42%) больных. Для определения характера изменение всем больным нами проведены рентгенография костей стопы в прямой и боковой проекций и допплерографии. определялось уровень гликемии, биохимические исследование крови и мочи. Результаты: В лечение гнойно-некротического осложнения сахарного диабета мы придерживаемся следующие принципы: специфической контроль уровень гликемии, определение чувствительность к антибиотикам, лечение сопутствующих заболеваний, своевременное определение синдрома диабетической стопы и местное лечение, вывести стопы ног из критического состояния ишемии. В послеоперационном периоде у 35-40% больного наблюдалось гнойно-некротические осложнения. Самое тяжелое из этих осложнение встречаются в нижних конечностях и большинство случаев заканчивается с ампутацией. При определении оптимального уровня ампутации мы использовали лабораторно-рентгенологических и допплерографические данные. Выводы: Использование комплексной диагностики и раннее хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений сахарного диабета значительно сократились количество летальных исходов и высоких ампутации конечностей.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ПРИ ЗНО КОСТЕЙ. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ В РКБ 1 (г. Ижевск)

Ананьев А.Н., слушатель клинической ординатуры по специальности травматология и ортопедия, ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра травматологии ортопедии и ВПХ (зав. каф. - д.м.н. доцент Федоров В.Г.)

Научный руководитель - доцент, д.м.н. Федоров В.Г.

Цель работы: Оценить качество жизни пациентов с патологическими переломами при злокачественных новообразованиях костей после лечения в травматологическом отделении РКБ 1 (г. Ижевск) в 2017-2019 годах. Материалы и методы: Обследовано 4 пациента с вторичным ЗНО костей (интервьюирование, опросник SF-36, сплошная выборка), проанализировано 3 амбулаторных карты умерших пациентов с ЗНО костей, проанализированы научные материалы о принципах диагностики и лечения пациентов с ЗНО костей. Результаты: установлено, что при анализе амбулаторных карт умерших пациентов выяснилось, что продолжительность их жизни после установления диагноза ЗНО костей составила от 2 недель до 3 месяцев, им проводилось только симптоматическое лечение ввиду общего тяжелого состояния, они полностью утратили способность к передвижению. По результатам интервьюирования (опросник SF-36): средний показатель физического здоровья – 23.55 (из 100), средний показатель психического здоровья – 31.375 (из 100). Выводы: таким образом: среди первичных злокачественных новообразований костей на первом месте стоит остеосаркома, поражены пациенты в возрастной группе 5-25 лет. Вторичное поражение костей встречается в 35-40 раз чаще; при подозрении на патологический перелом необходимо исследовать не только область перелома, но и весь организм для предотвращения угрозы метастатического поражения (при первичном поражении) или для поиска первичного очага (при вторичном поражении костей); несмотря на относительно низкий уровень качества жизни (ФКЗ 23.55, ПКЗ 31.375) у пациентов с синтезированными патологическими переломами их относительно самостоятельная жизнедеятельность становится возможной ввиду восстановления опороспособности и частичного восстановления функции пораженной конечности. Однако, при планировании операций остеосинтеза данным больным всегда следует оценить возможность вреда для пациента, планируемой операцией.

К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аскарова Н.Р., Абдурахмонова Ю.М., резиденты магистратуры по специальности «Медицинская радиология», СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф.–к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Выполнили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование венозной системы нижних конечностей 80 пациентов на аппарате «SonoScape»-S-50 с использованием линейного мультичастотого датчика 5-12 МГц. Использованный спектр методик: режим серой шкалы, тканевой гармоники, спектральной импульсной допплерографии, цветового допплеровского и энергетического картирования. Результаты исследования. На первом этапе в группу с подозрением на наличие венозной патологии нижних конечностей отбирали пациентов с кожными проявлениями и жалобами на тяжесть и усталость в ногах, судорожными сокращениями икроножных мышц в ночное время. Из числа пациентов, у которых заподозрена венозная патология нижних конечностей, варикозное расширение вен диагностировано у подавляющего количества (95%). Варикозные вены представляли собой телеангиэктазы и ретикулярные расширения с локализацией на коже голеней и подколенных областей. На втором этапе выполняли ультразвуковое исследование в положении пациентов лежа и стоя. Определяли наличие или отсутствие ретроградного сброса крови через клапаны поверхностных и глубоких

вен. Регистрировали протяженность рефлюкса по сегментам сосудов и его продолжительность. Рефлюкс считали физиологическим при его продолжительности не более 1,5 секунды в горизонтальном положении пациента и не более 0,5 секунды в вертикальном положении. При обследовании пациентов использовали простой тест для оценки тонико-эластических свойств глубоких вен нижних конечностей на основе цветового дуплексного ангиосканирования, а именно определение индекса эластичности (ИЭ). Числовые значения повышенных ИЭ общей бедренной (ОБВ) и подколенной вен (ПКВ) составил от 1,4 до 2,9, что было отмечено в 56 случаях (70%). Средние показатели индекса эластичности глубоких вен составили для ОБВ 1,7 ± 0,042; для ПКВ - 1,6 ± 0,028. Основным фактором, который определяет клиническую симптоматику и развитие хронической венозной недостаточности нижних конечностей, является величина просвета большой подкожной вены (БПВ). При исследовании сосудов нижних конечностей было установлено, что диаметр БПВ в нижней трети бедра превышает диаметр в верхней трети при наличии состоятельного сафенофеморального соустья. Индекс гипоплазии (ИГ) у данной группы в среднем составил 1,4±0,23, на основании чего была диагностирована гипоплазия проксимального отдела БПВ на бедре. В структуре хронической венозной недостаточности патология подкожных вен составила 78,8% и на треть представлена недостаточностью клапанов БПВ и МПВ на всем протяжении. Гемодинамически значимая патология клапанов глубоких вен отмечалась только у 12,5% пациентов. Выводы. Ранняя диагностика хронической венозной недостаточности нижних конечностей, включающая в себя на первом этапе осмотр, изучение жалоб и на втором этапе УЗДГ с оценкой ИЭ и ИГ, позволяет своевременно определить необходимый объем лечебно- профилактических мероприятий и обеспечить полный контроль симптомов болезни на начальной стадии ее развития. Повышение ИЭ общей бедренной и подколенной вен выше 1,37, ИГ большой подкожной вены выше 1,2, а также сегментарный венозный рефлюкс в положении стоя длительностью более 0,5 секунд свидетельствуют о венозной патологии.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Аслиева Ф.Р., резидент 1 курса магистратуры по специальности «Медицинская радиология», Аметова А.С., СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф.–к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Анализированы данные ультразвукового исследования (УЗИ) 40 женщин фертильного возраста с патологиями шейки матки и 10 женщин контрольной группы на ультразвуковом сканере «SonoScape»-S-50 с датчиком линейного формата, рабочей частотой 7,5 МГц. Результаты исследования. У 10 женщин репродуктивного возраста из контрольной группы шейка матки имела цилиндрическую или коническую форму, ее длина в среднем составила около 3,2 см, толщина 2,8 см, а ширина – 3,5 см. Эндоцервикс имел более высокую эхогенность по сравнению с миометрием, его толщина составила около 3-4 мм. В норме все три зоны (мышечная ткань шейки матки, эндоцервикс и цервикальный канал) четко прослеживались, имели равномерную ширину, цервикальный канал не деформирован. Гиперплазия эндоцервикса выявленная у 3 женщин (7,5%), при УЗИ представлена утолщением слизистой оболочки шейки матки, с повышением ее эхогенности и усилением васкуляризации. За счет гиперпродукции слизи цервикальный канал расширен, что облегчало визуализацию структуры эндоцервикса. В структуре гиперплазированного эндоцервикса у 1 пациентки выявили мелкие кисты на фоне повышенной эхогенности. Обнаруженный полип эндоцервикса у 9 женщин (22,5%) имел вид выпячивания овальной формы повышенной эхогенности, и, в отличие от гиперплазии, имел ножку или широкое основание. Ультразвуковыми критериями истинных полипов (5 больных) цервикального канала являлись: наличие эхопозитивных образований средней или пониженной эхоплотности, с четкой сосудистой ножкой, исходящей из средней или нижней трети цервикального канала, и с единичными сосудистыми локусами во внутренней структуре. Индекс резистентности (ИР) в среднем составил 0,68, индекс васкуляризации (VI) – 0,85, индекс кровотока (FI) – 22,49. УЗИ-критериями децидуальных псевдополипов (4 больных) явились эхопозитивные округлые образования повышенной эхоплотности без сосудистой ножки, с большим количеством сосудистых локусов во внутренней структуре, с более выраженными гемоциркуляторными изменениями. При этом характерны были следующие средние показатели кровотока: ИР – 0,53, VI – 1,67 и FI – 37,40, а количество сосудистых локусов не зависело от величины образований. У 2 пациенток (5%) визуализировали миому матки шеечной локализации с деформацией шейки. Эхографически у 11 пациенток (27,5%) с эндометриозом шейки матки выявляли округлые образования с эхогенным мелкодисперсным содержимым, структура и размеры которых варьировали в зависимости от менструального цикла. При эндоцервиците, выраженной у 13 женщин (32,5%) наблюдали утолщение эндоцервикса, повышение его эхогенности, возникновение ободка вокруг эндоцервикса за счет зоны отека миометрия и расширение цервикального канала. Содержимое цервикального канала различалось от анэхогенного до слабоэхогенного. Рак шейки матки выявленный при наших исследованиях у 2 больных (5%), характеризовался увеличением толщины эндоцервикса, более 3 мм асимметрией толщины стенок шейки матки в виде участка пониженной интенсивности на фоне неизмененных слоев миометрия шейки матки. Выводы. Комплексное УЗИ с использованием энергетического допплеровского картирования является высокоинформативным методом, который может быть использован для скрининга изменений шейки матки с целью назначения патогенетически обоснованного лечения.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атажонов С.З., Шарипов Р.О.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, ТМА

Обследовано 45 больных в возрасте от 30 до 55 лет больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей послеоперационном периоде. В первую группу вошли пациенты, оперированные в условиях эпидуральной анестезии в условиях спонтанного дыхания (24 больных), во вторую группу - пациенты, оперированные в условиях комбинированной общей анестезии с применением ИВЛ (21 больных). Среди всех обследованных больных преобладали пациенты с III стадией ишемии нижних конечностей. Клинико-лабораторные исследования выполняли согласно общепринятым стандартам. Эпидуральную анестезию проводили по общепринятой методике на уровне L_{II-III}. В первой группой послеоперационном периоде расчетную дозу препарата лидокаин 2 мг на кг вводили в эпидуральное пространство фракционно в течение 15 мин. Во второй группе в послеоперационном периоде с целью обезболивания сделано наркотические анальгетики. В результате исследования выявлено, что продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей повышения качество обезболивания, низкий расход наркотических анальгетиков, снижение количество ранних послеоперационных осложнений, нежелательных побочных реакций и сокращения сроки пребывания больных в стационаре 1.4 раза, улучшения перфузии ишемизированных тканей, микроциркуляцию и окислительно-восстановительные процессы пораженной конечности.Выводы. Продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей обеспечивает адекватную защиту от повреждающих факторов болевого синдрома по сравнению с традиционными методами обезболивания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Ахаткулов Т.В., Аллабердиев Х.А., Тохиров С.Ш., студенты 301 группы медико-педагогического факультета СамМИ.

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Рустамов М.И.

Нами проведен ретроспективный анализ лечения 54 пациентов проходившие лечение в проктологическом отделении клиники № 1 СамМИ. Локализация гнойника в параректальной клетчатке: Острый подкожный парапроктит – 27; Острый подслизистый парапроктит – 1; Острый ишиоректальный парапроктит – 20; Острый пельвиоректальный парапроктит – 3; Острый ретроректальный парапроктит – 1; Анаэробный парапроктит – 1; Сахарный диабет наблюдали у 4 пациента. Диагностика острого парапроктита основывалась на данных анамнеза, клинической картины, результатов объективного обследования пациентов. В предоперационном периоде проводился осмотр, пальпация перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, лабораторное, рентгенологическое, УЗИ, бактериологическое обследование пациентов. Результаты: Оперативные вмешательства проводились под сакральной или спинальной анестезией. При подкожных и подслизистых формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой

кишки по Габриэлю – 28 пациентов. При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гнойника. Некрэктомия с широким вскрытием гнойных затеков применялась у больных с анаэробными формами парапроктитов, которые отличались обширным гнойно-некротическим поражением параректальной клетчатки и тяжелым клиническим течением. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Антибиотики применялись с учетом чувствительности микрофлоры. При формировании параректальных свищей производилась радикальная операция - иссечение гнойного хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища. Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки - 23, интрасфинктерных свищей – 7, транссфинктерных – 12, экстрасфинктерных – 3. При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было. При транссфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 1 пациентов, рецидивы - у 1, недостаточность анального жома – у 1. При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 1 пациента, рецидивы – 1. Средняя длительность стационарного лечения составила – 7 койко-дней. Общая продолжительность временной нетрудоспособности – 22 дня. Выводы. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ

Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А., Кенжемуратова К.С.

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Карабаев Х.К.

Ожоговый сепсис – системный ответ на инфекцию, характеризующийся симптомами воспалительной реакции на фоне явного местного инфицированного процесса (Б.В. Гузенко с соавт., 2006; R.P. Dellinger, 1999). Цель исследования: Изучить структуру возникновения ПОН на основании ретроспективного анализа клинико-анатомических данных у больных ожоговым сепсисом. По клинико-лабораторным данным (PCT>2 ng/ml, CRP, Nb, коэффициент А/Г, лимфоциты, лейкоциты, t тела выше 38 С) и регистрируемой у больных более 3 раз бактериемии нами установлен диагноз сепсиса у 127 обожженных в возрасте от 18 года до 85 лет. Площадь глубокого ожога у больных (27 сл.) колебался от 20-45% поверхности тела (п.т.), а у остальных (100 сл.) от 35 до 80% п.т. Из 127 пострадавших сепсис развивался у 87 (68,5%). больных в периоде шока и острой токсемии, у остальных в течение 2 недель от момента ожога. На основании клинико-анатомических данных ПОН выявлен у 100% умерших и включал недостаточность двух органов у 19,8% больных, трех – у 20,5%, четырех – у 31,4%, пяти – у 28,3%. Наиболее частым компонентом, встречавшихся в структуре ПОН, являлась недостаточность органов дыхания (78,8%), которая развивалась у больных с термоингаляционной травмой при пневмонии, билатеральные легочные инфильтраты, интерстициальном и альвеолярном отеке легких. Сердечно-сосудистая недостаточность диагностирована нами клинически у 55,8% пациентов и проявлялась тахикардией, гипотонией, нарушениями ритма сердечной деятельности. Со стороны центральной нервной системы недостаточность (47,8%) проявлялась в большинстве случаев в виде интоксикационного или алкогольно-интоксикационного делирия, нарушения сознания (возбуждение, заторможенность, сопор, кома), т.е. менее 15 баллов по шкале Глазго. Острая почечная недостаточность (37,7%) диагностирована на основании нарушений выделительной функции почек, проявляющейся чаще олигурией или анурией, реже полиурией с нарушением концентрационной функции почек, повышением в сыворотке крови показателей мочевины (>8,3 ммоль/л) и креатинина (>0,176 ммоль/л). Острая печеночная недостаточность (35,8%) проявлялась различными нарушениями функций печени (белковообразовательной, антитоксической, пигментного обмена, коагулопатиями). Недостаточность органов желудочно-кишечного тракта (34,9%) выражалась токсическим парезом желудка и кишечника, образованием острых эрозий или язв пищевода, желудка, 12-перстной кишки, тонкого кишечника. Нередко осложненных развитием кровотечения. По данным судебно-медицинских вскрытий множественные абсцессы печени – у 2% пострадавших и гнойно-септические поражения головного мозга у 0,9% умерших (микроабсцессы, лептоменингит). Летальность от ожогового сепсиса составила – 55,9% (из 127-71 человек). Сепсис занимает одно из ведущих мест как причина смерти обожженных. При этом обращает на себя внимание повышение частоты раннего сепсиса (68,5%), который развивается в период шока и острой токсемии, особенно у больных с критическими и сверхкритическими ожогами.

РИСК РАЗВИТИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ

Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Кенжамуратова К.С.

Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования СамМИ

(зав.каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Было обследовано 70 пациентов с ожоговым сепсисом. У 76% больных по наличию синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) был диагностирован ожоговый сепсис, причем у 90% из них развился тяжелый сепсис с ПОН. ПОН также имела место у 19% пациентов, не имевших диагноза «сепсис», так как количество признаков ССВР у них не превышало 1 все время заболевания, все они были старше 60 лет. ПОН сопровождалась 78%-й летальностью. В качестве дополнительного показателя использовалась сывороточная концентрация альбумина, величина которой демонстрирует отрицательную корреляционную связь с количеством имеющихся у пациентов признаков ССВР. Результаты: Исследование показало, что риск развития ПОН - не обнаруживает достоверной зависимости от пола пациентов и зависит от их возраста, выраженности ССВР и степени снижения сывороточного альбумина. Кроме того, пожилой и старческий возраст характеризуется меньшей степенью выраженности признаков ССВР, несмотря на более тяжелое течение сепсиса и при этом - более низкими значениями концентрации альбумина. Случаи развития ПОН характеризовались неадекватным снижением альбумина даже при небольшом количестве признаков ССВР. По вероятности развития ПОН было выделено 3 категории риска. 1 категория - риск развития ПОН у больных с ожоговым сепсисом отсутствует (0%), только если в течение всего заболевания отсутствуют признаки ССВР. 2 категория - имеется средний риск развития ПОН, если в течение заболевания регистрируется 1-2 признака ССВР и концентрация альбумина превышает 20 г/л. 3 категория - имеется абсолютный (100%) риск развития ПОН, если регистрируется 3-4 признака ССВР, а также, если при наличии 1-2 признаков ССВР имеет место концентрация альбумина ниже 20 г/л. Выводы: Полученные критерии могут использоваться для своевременного выбора адекватной тактики лечения пациентов с ожоговым сепсисом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ

Бабаджанов Ж.Б., студент 301 группы факультета «Детская стоматология»

Ташкентского государственного стоматологического института

Кафедра предметов терапевтического направления № 1 (зав.каф. – доц. Азизов Б.С.)

Научный руководитель к. м. н., доц. Агзамходжаева С.С.

Под нашим наблюдением находились 26 пациентов со средней и тяжелой степенью розацеа. Возраст пациентов колебался от 25 до 48 лет. Клинические проявления у обследованных нами пациентов характеризовались воспалительными папулами и пустулами, стойкой эритемой. Кроме того, 18 пациентов (69%) отмечали сухость кожи лица. Длительность течения розацеа составляла: от 1 до 3 лет - у 22% (5 человек), от 4 до 7 лет - у 46% (12 человек), от 8 до 11 лет - у 32% (9 человек). Результаты: Все пациенты до лазеротерапии получали традиционную терапию: наружно препараты

метронидазола, азелаиновая кислота, антибиотики, специальные косметические и акарицидные средства. Системно применялись антибактериальные средства, а также препараты, улучшающие кровоснабжение и функцию желудочно-кишечного тракта. Эффективность ранее проводимой терапии (формирование ремиссии до 6 месяцев) отмечали только 7 больных (28%), у остальных продолжали наблюдаться высыпания на коже лица с незначительным улучшением. В зависимости от проводимой терапии все больные были разделены на две группы. В первую группу больных вошло 16 больных папуло-пустулёзным подтипом розацеа, которые получали традиционную наружную терапию (комбинация геля с азелаиновой кислотой и 0,75% крема метронидазол) в сочетании с метронидазолом по 250 мг 2 раза в день и доксициклина гидрохлоридом по 100 мг в сутки. Вторую группу составили 20 пациентов с папуло-пустулёзным подтипом розацеа, которым помимо вышеуказанной системной терапии была проведена лазеротерапия. IPL-терапия лица выполнялась на аппарате Lumenis M22, позволяющем регулировать глубину, мощность и длительность воздействия. Все пациенты наблюдались от 6 мес до 1 года. После проведения 2-4 сеансов лазеротерапии у больных 2-ой группы было отмечено отсутствие гиперемии, полное разрешение воспалительных элементов на коже лица без образования рубцовых изменений, т. е. осложнений не наблюдалось. В результате лазерного воздействия рецидивов заболевания не отмечалось в течение 6 месяцев. В период курса лечения достигался эффект ремоделирования кожи. Происходило сужение кожных пор, сглаживание рельефа кожи, пигментации кожи осветлялись. Кожа приобретает равномерный и здоровый цвет. В 1-ой группе у 12 больных отмечалось уменьшение количества воспалительных элементов, уменьшение гиперемии кожи лица и незначительное выравнивание рельефа. Выводы: таким образом, использование лазерного высокоэнергетического воздействия позволяет добиться значительных успехов в лечении розовых угрей. Системная фотодинамическая терапия розацеа в сочетании с комплексной медикаментозной терапией позволяет достичь более эффективного результата лечения, увеличить продолжительность ремиссии, улучшить качество жизни пациента за счёт уменьшения гиперемии кожи лица, сокращения количества папулёзных элементов, предотвращения возникновения новых высыпаний, выравнивания цвета кожи.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бахритдинов Б.Р., резидент 1 курса магистратуры по специальности «Медицинская радиология», Турдуматов Ж.А., Ботиров З.Н., СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Анализировали результатов КТ головного мозга 60 пациентов в возрасте от 14 до 82 лет с острым нарушением мозгового кровообращения на аппарате «Siemens Somatom Emotion». Мужчины составили 34 (56%), женщины – 26 (44%). Результаты исследования. Из 60-ти пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения у 16 (26,7%) пациентов диагностирован инсульт по геморрагическому типу, у 44 (73,3%) - инсульт по ишемическому типу. Преобладали поражения ветвей каротидного бассейна (83,3%). В вертебрально-базилярном бассейне было выявлено 16,7% очагов. В каротидном бассейне наиболее часто поражалась средняя мозговая артерия и ее ветви - 42 участков ишемических изменений, причем чаще слева. При КТ у 2 пациентов с инсультом по геморрагическому типу в первые часы внутримозгового кровоизлияния сгусток крови визуализировали в виде образования высокой плотности (60-88 ед. HU), неправильно-овальной формы, с неровными нечёткими контурами, размером свыше 3 см, вокруг которого имелась гиподенсивная полоска, соответствующая жидкой части крови. У 12 больных, обследованных к концу первых суток развивался гиподенсивный перифокальный вазогенный отек, который сливался с гиподенсивными изменениями в пограничной зоне, вызванными ретракцией сгустка. Кроме того, у большинства пациентов из данной группы визуализировалась дислокация срединных структур мозга с ободком пониженной плотности вокруг зоны кровоизлияния. У 4 больных на томограммах выявлялся прорыв крови в ликворные пространства, в результате которого отмечалось повышение плотности желудочков. В дальнейшем, при гиподенсивной стадии при формировании постгеморрагической кисты надежность КТ-диагностики геморрагического характера поражения существенно понижается. Ранние признаки ишемического инсульта были выявлены у 6 пациентов в сроки до 6 часов от начала болезни: отмечали усиление плотности одной из ветвей мозговой артерии. Ишемический очаг был обнаружен через сутки с момента окклюзии артериальной ветви, определялся гиподенсивный очаг (плотность 25-26 ед. HU) неправильной формы с неровными, нечёткими контурами, размерами до 3 см у 20 пациентов, свыше 3 см – у 24 пациентов. Компрессия и дислокация в эти сроки отсутствовала. Наиболее частым ранним признаком ишемического поражения (66,6%) явилось отсутствие четкой границы между серым и белым веществом, включая базальные ядра. Сглаженность борозд и нечеткость контуров островковой извилины выявлены одинаково часто, но только у половины больных. Снижение плотности вещества мозга в первые 6-12 часов чаще определялся при обширных инфарктах, а к концу третьих суток выявляются у всех больных, независимо от объема ишемического поражения. Выводы. КТ остается методом выбора для диагностики внутричерепных кровоизлияний в остром периоде, но при переходе в подострую и особенно в хроническую стадию диагностическое значение данного метода существенно уменьшается. КТ актуален для дифференциации характера церебрального инсульта, что связано с надежным и точным выявлением кровоизлияний данным методом, особенно в первые дни.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И УДМУРТИИ

Бахтиёров А., 607Л, Махмудова Г.Н., 617Л, Юлдашев А.Ш., 613Л

кафедра онкологии (зав. каф. – проф. Напольских В.М.)

Научный руководитель: ассистент Чураков И.В.

Нами проведен социологический опрос 155 женщин. В группу наблюдения вошла 61 женщина, проходившая специальное лечение в онкологическом диспансере Республики Таджикистан по поводу рака молочной железы, в группу сравнения - 94 женщины, проходившие лечение в онкологическом диспансере Удмуртской республики по поводу данной патологии. Группы уравновешены по возрасту и семейному положению: по обеим преобладали пациентки в возрасте 50-70 лет (χ^2=0,001, n=1, p=0,98) и замужние (χ^2=0,878, n=1, p=0,35). Полученные результаты: основными факторами риска у женщин Таджикистана и Удмуртии явились: позднее менархе (старше 15 лет); наличие одного полового партнера; длительный период лактации более 1,0 года; рождение детей в возрасте старше 30 лет; бесплодие в анамнезе; начало половой жизни в возрасте старше 25 лет; использование внутриматочных спиралей, как способа контрацепции; наличие абортов в анамнезе, а также многочисленные роды (более 5-ти) и/или роды крупным плодом (весом более 4,0 кг.); неблагополучные социально-бытовые условия, в том числе стрессовые или конфликтные ситуации; преимущественное проживание женщин в сельской местности и наличие среднего образования; непосещение скрининговых мероприятий (маммографии) и нерегулярность прохождения профилактических осмотров. Вывод. Таким образом, у женщин в обеих группах отмечался низкий уровень медицинской активности, а также во многом схожие акушерско-гинекологические, медико-биологические, социально-гигиенические факторы риска развития рака молочной железы.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГА ХОДА

Бердиева М.Г., Муротов А.А., студенты 312 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Дусияров М.М.

Введение. Причинами свищей крестцово-копчиковой области в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика. Материалы и методы. В проктологическом отделении клиники №1 СамМИ с 2015 по 2018 гг. прошли оперативное лечение 61 больных эпителиально-копчиковым ходом с хронической формой течения. Хирургическая тактика, лечения эпителиально-копчикового хода практически унифицирована. Она сводится к иссечению патологического отдела с подшиванием ко дну раны. Результаты и их обсуждение. 24 (39,3%) больным наложены глухие матрасные швы. Послеоперационные осложнения из

этой группы больных возникли у 8 больных (33,0%). После этих осложнений стали применять полуоткрытый метод оперативного лечения с учетом анатомических параметров и степени сложности формы заболевания. К наиболее неблагоприятной группе относили больных с высокой конфигурацией ягодиц, острым углом межъягодичного углубления, длинной по протяженности складки. Для этой группы больных применяли разработанный и модифицированный способ хирургического лечения. Рану ушивали возвратными швами, на каждую половину раздельно, с таким расчетом, что после затягивания всех швов оставалась узкая рана, не более 0,2 см. В этой группе оперированы 37 пациента. Осложнение наблюдали у 6 больных (16,0%). Остальных 31 человека (84%) оперировали с частичным иссечением клиновидного лоскута подкожно-жировой клетчатки, подшиванием ко дну раны. Осложнения наблюдали у 1 больного (2,0%). Выводы. Таким образом, индивидуальный поход к выбору операции в зависимости от топографической особенности крестцово-копчиковой области, наряду с применением комплекса мероприятий по профилактике осложнений при долечивании позволяет добиться хороших результатов выздоровления.

ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОРАЛЛОВИДНЫМИ И КРУПНЫМИ КАМНЯМИ ПОЧКИ

Бобоев А.Ш., врач-эндоуролог, мед. фирма «Саломатлик академияси», г. Китаб,

Шукуров А.А., Камалов Н.А., магистры 1 года обучения курса урологии СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Шодмонова З.Р.

Актуальность. С внедрением малоинвазивных методов произошли революционные изменения в подходах к хирургическому лечению мочекаменной болезни (МКБ), особенно её крупных и коралловидных формах. Несмотря на доказанную высокую эффективность дистанционной литотрипсии (ДЛТ), при камнях больше 2 см в диаметре, чрескожная нефролитотомия (ЧНЛТ) считается лучшей по результатам и уровню осложнений. Выбор тактики зависит от размера и состава камня, его расположения и наличия обструкции ниже камня, неэффективности ранее проведенной ДЛТ или противопоказания к ДЛТ, наличия анатомических особенностей и аномалий. Цель исследования. Изучение клинической эффективности ЧНЛТ в лечении больных с крупным и коралловидным нефролитиазом. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 48 больных с крупным и коралловидным нефролитиазом, в возрасте от 11 до 72 лет. Из них женщин было 29 (59,2%), а мужчин - 19 (38,8%) человек. В результате комплексного исследования нами установлена, что врожденная единственная почка имело место у 6 пациентов, а единственная функционирующая у 32 больных. При этом коралловидный камень правой почки диагностирован в 21 (43,75%) случаях, левой почки - в 16 (33,33%), двусторонние камни – в 11 (22,91%) случаях. Абсолютными показаниями к проведению ЧНЛТ являлись: детский возраст, пациенты с ожирением, пациенты после ранее перенесенной почечной хирургии, частым рецидивным камнеобразованием, пациенты с единственной или единственной функционирующей почкой и почечной недостаточностью. Размеры камней в максимальном измерении варьировались от 18 до 96 мм (в среднем - 47,0 ±10,8 мм). Плотность камней по шкале Хаунсфилда составляла от 256 до 1800 HU (в среднем - 850 ± 255 HU). При этом коралловидный камень К1 выявлен у 6 (13,0%), К2 - у 16 (34,7%), К3 - у 17 (36,9%), К4 - у 7 (15,2%). Нарушения уродинамики в верхних мочевых путях различного характера отмечены в 24 (52,1%) наблюдениях. Концентрация мочевины в крови имела значения от 4,0 до 32,8 ммоль/л (в среднем - 9,4 ± 4,6 ммоль/л), креатинина - от 68 до 500 мкмоль/л (в среднем - 154,6± 75,4 мкмоль/л). Результаты исследования. У 39 (81,25%) больных ЧНЛТ выполнялась с использованием одного доступа, а в 9 (18,75%) случаях - двух доступов. Продолжительность оперативного вмешательства составила в среднем 75,5 ± 25,5 мин (30–180 мин). Исход операции считали благоприятным, когда осуществлялось полное освобождение почки от камня, либо наличие мелких фрагментов диаметром не более 3-5 мм. После одной процедуры ЧНЛТ такой эффект был достигнут у 37 (77%) пациентов. У остальных пациентов в связи с резидуальными фрагментами в 7 случаях проведены ДЛТ, повторный сеанс ЧНЛТ - в 2-х случаях, КЛТ - в 2-х случаях с последующей нефростомией. В результате общий успех лечения составил 95,8% (достигнут у 46 из 48 пациентов). При выполнении ЧНЛТ нами были отмечены у 3-х (6,25%) пациентов интраоперационные осложнения: 2 (4,2%) случая - перфорация чашечно-лоханочной системы почки, 1 (2,08%) случая - выраженное кровотечение, последнее корректировано проведением гемотрансфузии и кровозамещающих средств. Изучение отдаленных результатов после ЧНЛТ колебались от 6-ти до 36 месяцев. За время наблюдения рецидив камней, потребовавших применение различных видов оперативного лечения, зафиксирован у 4 (8,3%) из 48 пациентов. Выводы. Таким образом, благодаря улучшению конструкции эндоскопов и инструментов, по мере развития методологии, а также с учётом высокой эффективности удаления камней, низким риском развития опасных осложнений, минимальным уровнем травматизации паренхимы почки ЧНЛТ с последующей нефростомией является наиболее эффективным методом в лечении крупных и коралловидных камней почки. Использование комбинированных методик, сочетание ПНЛ с ДЛТ позволяют добиться высокого уровня полного освобождения почки от конкрементов при сохранении почечной функции.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Боймаматова П.Ф., резидент магистратуры 1 курса по направлению «Неврология» СамГМИ, Шмырина К.В.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является доказанным самостоятельным фактором риска развития атеротромботического подтипа ишемического инсульта во всех возрастных группах. При большой ёмкости венозной системы мозга даже незначительные изменения церебрального венозного русла функционального или морфологического характера могут быть важны для мозгового кровообращения. Клинические проявления дисциркуляторных венозных нарушений недостаточно специфичны. Остается неуточненной роль венозной дисциркуляторной патологии головного мозга в формировании хронической недостаточности мозгового кровообращения у больных СД. Цель. Изучить данные ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) при диабетической энцефалопатии. Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов с диагнозом СД. Оценивались анамнез заболевания, неврологический статус, гемодинамические показатели, ЭКГ, лабораторные данные. Всем пациентам проводилось исследование артерий и венозных коллекторов головы и шеи методом ультразвуковой допплерографии. Все больные осмотрены эндокринологом, терапевтом, офтальмологом. Основная группа больные СД 1-го типа 20 человек (35,7%), больные СД 2-го типа 36 человек (64,3%). В их числе мужчин (28,6%), женщин (71,4%) в возрасте от 28 до 70 лет. Контрольную группу составили 30 человек с нормальным уровнем артериального давления (АД) и сахара. Результаты и обсуждение. Показатели, характеризующие состояние кровотока во внутренней яремной вене, не имели статистически достоверной разницы в основной и контрольной группе ($p>0,05$), средняя линейная скорость кровотока составила в основной группе 12,8±0,4 см/с, в контрольной группе - 16,2±0,4 см/с. Ретроградный кровоток по глазничным венам лоцировался в 67,8% случаев в основной группе, в контрольной группе - в 6,7% случаев. При СД 1-го типа позвоночные вены (ПВ) в горизонтальном положении лоцировались в 70% случаев, ретроградный кровоток по глазничным венам - в 80% случаев, при СД 2-го типа - в 55,6% и 58,3% случаев соответственно. Линейная скорость кровотока (ЛСК) в вене Розенталя (ВР) и прямом синусе (ПС) в группе здоровых лиц была наименьшей. Наиболее высокие ЛСК в ВР и ПС выявлены у больных СД 1-го типа. Частота визуализации ПВ в горизонтальном положении и ретроградного кровотока по глазничным венам (ГВ) в группе пациентов СД 1 также была наибольшей, что может свидетельствовать о более выраженном нарушении венозного кровотока при СД 1 типа. при 2-м типе СД статистически значимые различия получены только по сравнению с показателями венозного кровотока в контрольной группе. Частота визуализации ретроградного кровотока по ГВ и показатели ЛСК по ВР и ПС при СД статистически значимо отличались от контрольной группы при длительности СД более 5 лет. С возрастом происходит ускорение ЛСК по ВР и ПС, это характерно для СД обоих типов. При сравнении ЛСК в ВР и ПС между группами СД 1 и 2 типов имело место достоверное увеличение этих показателей у лиц от 45 до 60 лет при СД 1 типа по сравнению с аналогичной группой СД 2 типа. Выводы. Полученные данные позволяют говорить о том, что нарушения венозной гемодинамики при СД в ряде случаев предшествуют нарушениям гемодинамики в артериальном русле. Наибольшая частота случаев умеренно выраженной и выраженной стадий венозного застоя наблюдалась у пациентов, этиологическими факторами которой являлось сочетание АГ и атеросклероза, при длительности СД более 10 лет.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Ботиров С., студент 302-гр. 3 курса лечебного факультета (мед-пед.) АГМИ

Кафедра 2-общей хирургии клиники АГМИ (зав.каф.- д.м.н. Салохитдинов С.)

Научный руководитель: Врач-преподаватель Исакова Ф.Д.

В основу работы положены материалы лечения и обследования 10 больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, ведущих асоциальный образ жизни в виде наркомании; а также 10 пациентов с ранее поставленным диагнозом ВИЧ-инфекция. В группу сравнения вошли пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями, не являющиеся наркоманами и с отрицательным анализом крови на ВИЧ. Помимо общего обследования пациентов изучали течение раневого процесса цитологическими, микробиологическими, морфологическими методами Инструментальные методы обследования включали: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости. Лабораторные методы обследования включали: анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатитов, RW, общеклинические анализы. Статистический анализ производился с использованием программы Statsoft Statistica 6.0. Достоверность различия показателей определена с использованием Т-критерия Манна-Уитни с достоверностью $p<0,05$. Результаты. Основными острыми гнойными заболеваниями, встречающимися у лиц ведущих асоциальный образ жизни, были флегмоны и абсцессы. Течение гнойных заболеваний осложнялось сепсисом у 2 пациентов из основной группы и 1 из группы сравнения. Самыми частыми причинами инфицирования мягких тканей у основной группы были инъекции наркотиков, у группы сравнения – случайные раны, гематомы, ушибы. Локализация очагов гнойной инфекции напрямую зависела от образа жизни наркоманов. Так локализация гнойных очагов в основной группе отмечалась в паравазальной клетчатки подкожных вен плеча и предплечья, а также поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Обсуждение. У ВИЧ-инфицированных больных гнойно-септические заболевания осложняются и часто протекают более тяжело, если в анамнезе имеется наркомания, поскольку хроническая наркотическая интоксикация приводит к дополнительному ослаблению иммунитета и тяжелой полиорганной недостаточности. Выводы. Хирургическая инфекция у наркозависимых и ВИЧ-инфицированных больных чаще приводит к возникновению сепсиса и полиорганной недостаточности у группы наркозависимых пациентов.

РАДИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Ватаман Ю.Ю., студент 17 группы медицинского факультета БГМУ

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав.каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель ассистент, к.ф.-м.н., Кульчинский В.В.

Цель работы: исследовать методы лучевой терапии на опухоль, применение высокоэнергетического излучения в медицине. Материалы и методы: Аналитический метод исследования. Результаты: лечения лучами в сочетании с оперативным лечением рака, используют для уменьшения размеров злокачественной опухоли или метастазов в перед операционный период и для уничтожения остаточных опухолевых клеток в послеоперационный период. Радиотерапия в комплексе с химиотерапией в ходе лечения рака приводит к большему усилению эффектов и создает условия для профилактики метастазов и уничтожение форм рака, которые являются скрытыми. Злокачественная опухоль погибает, только тогда, когда в ней накапливается максимальная доза облучения. Чтобы этого добиться, используют различные методики, направляя лучи к раковой опухоли с разных сторон. Дистанционный метод. Облучения производят на некотором расстоянии от поверхности кожи. Контактный метод. Аппарат с радиоактивным источником располагают на самой коже. Внутриполостное метод. Устройство вводят в поврежденный раком орган (матку, прямую кишку, пищевод и т.п.). Внутритканевой метод. Источник радиоактивных лучей помещают в опухоль. Внутреннее облучение. Влияние радионуклидами, которые избирательно накапливаются в каком-то органе. Вывод: Лучевая терапия в онкологии - один из методов лечения раковых заболеваний. В основе - влияние ионизирующим излучением, которое создается специальными аппаратами с радиоактивным источником. Положительный эффект достигается благодаря чувствительности опухолевых клеток к ионизирующего излучения. Главное то, что нормальные клетки при этом почти не разрушаются. Лучевая или радиотерапия, как и хирургия считается местным методом лечения рака и используется в 70% случаев заболеваний. В процессе лечения больного раком радиотерапия может использоваться как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическими методами и химиотерапией.

ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Волков Н.В., студент 518 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Никитин Е.Н.

Тромбоэластография (ТЭГ) - метод, основанный на графической регистрации показателей свертывания и фибринолиза крови. Изменения гемостаза в период родов и раннем послеродовом периоде характеризуются многообразием, динамичностью проявлений и часто ассоциированы с развитием критических состояний. Оптимальным методом контроля состояния системы гемостаза в этих условиях является тромбоэластография. Цель: оценка гемостаза в акушерской практике методом тромбоэластографии. Материалы и методы: Обследованы истории родов, 14 тромбоэластограмм, полученные на аппарате “TEG 5000”, статистическая обработка данных в Excel 2013. Полученные результаты: в 12 (86%) случаях показанием для исследования гемостаза была операция кесарево сечение: 3 (21%) пациента, имеющие наследственный полиморфизм генов системы свертывания крови, 3 (21%) - с тромбоцитопенией, 3 (21%) - с тяжелой преэклампсией, 1(7%) - с эклампсией, 1 (7%) - с преждевременным разрывом плодных оболочек и 1 (7%) - с новообразованием. В остальных двух (14%) случаях исследование гемостаза проводилось у одного пациента со срочными родами на фоне тромбоцитопении и еще у одного - с носительством протромбогенных факторов. По данным ТЭГ в состоянии гиперкоагуляции были 9(63%) пациентов, гипокоагуляции – 3(21%), 2(14%) - с нормокоагуляцией. Лабораторные показатели системы гемостаза достоверно коррелировали с соответствующими показателями ТЭГ. Между количеством тромбоцитов ($168,5\pm95*10^9$/л) и максимальной амплитудой (МА=65,5±18,4 мм) ТЭГ, содержанием фибриногена (4,54±1,2 г/л) и максимальной амплитудой (МА=65,5±18,4 мм) наблюдалась прямая, средней силы взаимосвязь, соответственно, $\rho=0,36$ и $\rho=0,44$, $p<0,05$. Аналогичные корреляции выявлялись между содержанием тромбоцитов и фибриногена с углом касательной к кривой (α =59,8±17,8), соответственно, $\rho=0,52$ и $\rho=0,31$, $p<0,05$. Средней силы, положительная связь отмечалась также между активированным частичным тромбопластиновым временем свертывания крови (АЧТВ=28,8±4 сек) и временем от момента постановки пробы до начала образования первых нитей фибрина (R=12±4 мин), $\rho=0,42$, $p<0,05$. Выводы: Таким образом, ТЭГ позволяет наглядно оценить все звенья гемостаза в условиях максимально приближенных к in vivo при критических состояниях у пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ РАН ТЕРМИЧЕСКОГО, ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Воркель Я.М., студент 503 группы педиатрического факультета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко,

Чернов А.А., студент 503 группы педиатрического факультета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Барсукова Л.Г.

Кафедра детской хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Вечеркин В.А.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вечеркин В.А.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения детей с ранами термического, электрического и механического генеза. Материалы и методы исследования: В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2014 по 2018 годы находилось на лечении 57 детей с ранами термического, электрического и механического генеза. Среди пострадавших с термическим поражением поступило 35 детей, с высоковольтным током 8 больных, с механическими повреждениями 14. Наряду с общеклиническими методами обследования, для ранней диагностики шока определяли

ЦГ аппаратом «Кардиокод», который рассчитывает УО, МОК, раннюю диастолу, систолу предсердия, систолические показатели, тонус восходящей аорты. Шок первой степени был у 29 детей, второй – у 21, с третьей степенью 8 больных. Результаты: Интенсивную терапию детям проводили в ОРИТ и ПИТ. Пострадавшим при поступлении проводили футлярные новокаиновые блокады, фасциотомиии при обширных глубоких ожогах. При прогрессировании некроза тканей осуществляли ранние некрэктомии, а также ранние ампутации(3 ребенка). Детям с переломами длинных трубчатых костей в сочетании с ранами осуществляли ПХО раны с металлоостеосинтезом, раннюю некрэктомию с аутодермопластикой, 6 пациентам баллонную дермотензию с последующей пластикой. Для купирования токсикоза и улучшения эпителизации ран 32 детям использовали ГБО. Для сеансов ГБО использовали комплекс БЛК-3.Сеансы проводились с давлением 1,3 – 1,5 АТА, продолжительностью 40 – 50 минут. Курс ГБО 3 – 6 сеансов. Тринадцати пациентам с обширными гнойно-некротическими ранами после некрэктомии использовали систему Vivano для лечения ран отрицательным давлением. Летальных исходов не было. Выводы: 1.У детей с шокогенными ранами термического, электрического и механического генеза отмечаются значительные нарушения параметров ЦГ. 2.Параметры ЦГ могут быть использованы для диагностики шока и проведения интенсивной терапии. 3.Проведение ГБО и вакуумная терапия ран способствует уменьшению токсикоза, повышению скорости эпителизации ран в 1.5 раза и уменьшает время пребывания в стационаре на 5 койко-дней.

ПАТОМОРФОЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА 1,5-3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Воробьёва В.И., Зубкова Е.В. студентка 602 группы, Кулинченко Н.М., клинический ординатор кафедры детской хирургии, ВГМУ им. Н.Н.Бурденко

Кафедра детской хирургии (зав.каф.-д.м.н, проф., Вечеркин В.А.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Вечеркин В.А.

Цель работы: изучить зависимость развившегося перитонита от различия микробного возбудителя болезни для разработки эффективного дифференцированного лечения. Материала и методы: в клинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2014 по 2018 г на лечении находились 20 детей с перфоративным перитонитом. Причинами его стали: перфорация некротизированной кишки при спаечном процессе, заворот кишки, дивертикул Меккеля. Степень тяжести детей оценивалась по прокальцитонину сыворотки крови по BRACHMS. Бактериологическое исследование культур роста возбудителей из выпота брюшной полости и идентификация гноеродной флоры осуществлялась при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF, с использованием коммерческих микротест-систем и компьютерных программ «Микроб-автомат» и «Микроб-2». Результаты исследований: обнаружена опасная гноеродная энтерококковая инфекция. В ее числе Enterococcus faecium, активный рост которого выявлен у 7 больных, также Enterococcus faecium в микст-инфекции в сочетании с Candida albicans у 4 пациентов. Enterococcus aerogenes у 2 детей в случаях некроза кишечника со спаечной кишечной непроходимостью. Klebsiellae oxytoca в сочетании с Candida albicans в бакпосеве 2 больных с перфорацией некротизированной кишки в завороте. У 5 пациентов наступил неблагоприятный исход, в связи с переходом перитонита в абдоминальный бактериально-синегнойный сепсис и кандидоз внутренних органов. Выводы: особую опасность у детей с перфоративным перитонитом представляет собой наслоение грибов Candida krusei к энтерококковой и клебсиелезной инфекции,так как это может приводить к кандидозу внутренних органов и летальному исходу.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Гафаров Р.Р. ассистент курса урологии СамМИ, Аллазов Х.С. врач-уролог 1-Самаркандской городской больницы

Курс урологии (зав. курсом – к.м.н., доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель: проф., д.м.н. Аллазов С.А.

Актуальность. В урологической практике часто встречаются случаи сочетанной патологий органов обеих половин мошонки, в связи с чем возникают показания для выполнения симультанных операций. Симультанные операции выполняются на разных органах через один доступ. В отличие от них при мультиорганных операциях вмешательства на разных органах осуществляются одномоментно через разные доступы. Для осуществления симультанных операций на органах обеих половин мошонки наиболее удобным считается разрез по средней линии (raphe scroti) мошонки, которая называется по имени ученого, впервые описавшего её – линией Веслинга. Цель. Изучение возможностей оперативного лечения заболеваний органов обеих половин мошонки, посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга. Материал и методы. С 2016 по 2018 гг. нами было прооперировано 15 больных с сочетанной патологией обеих половин мошонки. Оперативное лечение осуществлялось посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга (J. Vesling (1598–1649) – профессор анатомии, хирургии и ботаники Падуанского университета, который описал шов мошонки – raphe scroti, линия Веслинга). Результаты. По данным объективного осмотра и ультразвукового исследования у 8 пациентов отмечались кисты придатков обоих яичек, у 4 пациентов - киста семенного канатика и киста придатка противоположного яичка, 3 больных было прооперировано по поводу гидроцеле с одной стороны и кисты придатка яичка с другой стороны. Использование доступа по линии Веслинга позволяет одновременно устранить все имеющиеся проблемы посредством единого доступа к органам мошонки. Необходимо отметить, что вне зависимости от способа ушивания кожи мошонки при едином оперативном доступе по линии Веслинга формировавшийся послеоперационный рубец выглядел как шов мошонки. При повторном осмотре больных через 1 и 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства был отмечен хороший косметический эффект, ни в одном из случаев не отмечалось рецидива патологий ни одной из половин мошонки. Выводы. Симультанные операции посредством единого оперативного доступа по линии Веслинга позволяет производить одновременно несколько операций на обеих сторонах мошонки и является наиболее оптимальным доступом при сочетанной патологии органов мошонки (двустороннее варикоцеле, киста придатка яичка, водянка, липома мошонки семенного канатика и др.). Кроме того, при ушивании кожи мошонки такой доступ оставляет совершенно незаметный послеоперационный рубец, напоминающий шов мошонки.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

Гафаров Р.Р., ассистент курса урологии СамМИ, Аллазов И.С. студент 406 гр. мед.-пед. факультета СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – к.м.н., доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель: проф., д.м.н. Аллазов С.А.

Несмотря на кажущуюся простоту и сравнительную малотравматичность эндоскопических методов диагностики при их применении возможны осложнения, поэтому необходимо неукоснительно придерживаться показаний к использованию этих методов, что очень важно для профилактики ошибок и осложнений. В экстренных случаях часто требуется проведение срочного эндоскопического исследования или манипуляции. Диапазон лечебных мероприятий, которые можно производить даже в неотложных условиях, с помощью современных эндоскопов широк: ирригационная электрорезекция с помощью электрорезектоскопов при опухолях уретры, внутренняя уретротомия при коротких стриктурах уретры, электрорезекция шейки мочевого пузыря при болезни Мариона, ТУР простаты, цистолитотрипсия, эндоскопические методы при камнях мочеточника. Результаты и обсуждение. Со времени внедрения в Узбекистане эндоскопической техники в лечении больных МКБ прошло более 40 лет, в течение которых произошли значительные изменения, способствовавшие развитию современной урологии в стране. В Республиканском специализированном центре урологии (РСЦУ) успешно выполнены несколько тысяч операций по удалению камней из мочевых путей эндоскопическим путем. Результативность и эффективность малоинвазивных эндоурологических перкутанных вмешательств определяется степенью освоенности указанных технологий и достоверно более высока на этапе расширенного внедрения и использования методик в качестве рутинных, нежели на этапе их освоения. В эндоурологическом кабинете Самаркандского

филиала РНЦЭМП за период 2015-2018 гг. проводились: цистоскопия - 812 раз, уретероскопия - 75; катетеризация мочеточника - 182, литотрипсия - 47, уретеролитоэкстракция - 32, уретролитоэкстракция - 18, цистолитоэкстракция - 52 раза. При этом наблюдали следующие осложнения: уретральная лихорадка у 6 больных, гематурия - у 14, уретрорагия - у 11. Выводы. Применение по показаниям соответствующих методов исследования и лечения у больных уролитиазом в экстренных ситуациях является залогом оказания успешной медицинской помощи больным. При этом немаловажная роль отводится использованию малоинвазивных эндоурологических методов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Гаффорова С.Ш., Абдурахимова А.Ф., Мухаммедова Ф.Ф., студенты 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Хужабаев С.Т.

Актуальность. Несмотря на повсеместное признание лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) «золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ), минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ) остается в арсенале многих хирургических клиник, а в некоторых используется как основной метод. Цель исследования: Изучение степени травматичности различных методов холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом. Материалы и методы. В основу настоящей работы положены результаты обследования и лечения 1293 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) в период с 2008 по 2018 годы, находившихся на лечении в хирургическом отделении клиники № 1 СамМИ. Из числа обследуемых больных для сравнительной оценки степени травматичности каждого из используемых трех видов доступа и выполненных оперативных вмешательств, у 57 пациентов нами изучено состояние стрессорных гормонов. Так стрессорные гормоны изучены в 17 (29.73%) случаях при выполнении ОХЭ, в 20 (37.84%) - ЛХЭ и в 20 (32.43%) - МЛХЭ. Данные наших исследований позволяют заключить, что МЛХЭ наблюдается подъем уровня гормонов при операционном вмешательстве по своей выраженности располагающийся между ЛХЭ и ОХЭ. Более резкий подъем уровня некоторых гормонов во время ЛХЭ можно объяснить влиянием напряженного карбоксиперитонеума, который сам по себе является достаточно стрессогенным фактором, связанным с растяжением брюшины, богатой нервными окончаниями. Однако при ЛХЭ возврат к исходному уровню стрессовых гормонов происходит быстрее, что по-видимому связано с меньшей травмой мышечных тканей при данной операции. Сравнительная оценка уровня стрессорного синдрома при операциях на желчных путях показала, что операции из минилапаротомного доступа по степени хирургической агрессии могут быть отнесены к малоинвазивным. Таким образом, оптимальным способом хирургического вмешательства у больных с воспалительными заболеваниями желчных путей при тяжелых сопутствующих заболеваниях (заболевания сердечно-сосудистой системы и хронические заболевания легких и др.), когда противопоказана ЛХЭ, является операция из минилапаротомного доступа, который, по проведенному нами исследованию, является менее травматичным, чем лапаротомный способ.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Голомидов А.Н., врач-хирург, соискатель кафедры хирургии №2 Медицинской Академии им. С.И. Георгиевского

Кафедра хирургии №2 (зав. каф. - д.м.н., проф. Ильченко Ф.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Гривенко С.Г.

Исследование эффективности предлагаемых методов фармакологической коррекции нарушений гомеостаза вследствии напряженного карбоксиперитонеума проведено в двух группах больных, с острым калькулезным холециститом, оперированными в хирургическом отделении Симферопольской клинической больницы скорой медицинской помощи №6. Группу сравнения составили 24 пациента с традиционной предоперационной подготовкой, интраоперационной поддержкой и послеоперационным ведением. Основная группа представлена аналогичным количеством пациентов (24 больных), у которых дополнительно на этапах предоперационной подготовки, интраоперационной поддержки и послеоперационного ведения применяли предлагаемые методы фармакологической коррекции нарушений гомеостаза вследствии напряженного карбоксиперитонеума. Основу фармакокоррекции гипоксических изменений у больных основной группы составили препараты, содержащие в своем составе янтарную кислоту и ее производные, а именно реамберин, цитофлавин и мексидол. (Патенты Украины №119602, №122632, №123990). Дополнительно, в комплекс профилактических мероприятий включался толперизон (мидокалм) - миорелаксант центрального действия, Н-холинолитик (Патент Украины №119603) и тиотриазолин (Патент Украины №123568). Фармакологический эффект тиотриазолина обусловлен противоишемическими, антиоксидантными, мембраностабилизирующими и иммуномодулирующими свойствами. По демографическим показателям между основной и группой сравнения пациентов статистические различия отсутствовали. Возраст больных в исследуемой популяции составил от 35 до 77 лет. Также исследуемые группы больных были сопоставимы по наличию у пациентов сопутствующих заболеваний. Эффективность предлагаемых методов фармакологической коррекции нарушений гомеостаза вследствии напряженного карбоксиперитонеума оценивали по количеству сердечно-сосудистых и легочных осложнений, возникших на фоне карбоксиперитонеума при проведении лапароскопической холецистэктомии. При этом учитывали следующие осложнения: асистолию, нарушения ритма сердца, бронхоспазм, инфаркт миокарда, падение артериального давления, тахикардию (более 120 уд. в 1 мин.), отек легких, пневмоторакс, пневмомедиастинум, ТЭЛА и тромбоз вен нижних конечностей. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, являющихся общепринятым стандартом на сегодняшний день. Результаты: В результате применения предлагаемых методов фармакологической коррекции нарушений гомеостаза, вследствии напряженного карбоксиперитонеума у больных с острым калькулезным холециститом при проведении лапароскопической холецистэктомии в основной группе не было диагностировано осложнений, возникших на фоне пневмоперитонеума. В то же время, у больных группы сравнения нарушения ритма сердца были диагностированы в 2 (8,33%) случаях, асистолия у 1 (4,17%) больного, падение артериального давления у 2 (8,33%) пациентов и тахикардия более 120 уд. в 1 мин. в 3 (12,5%) случаях. Таким образом, эндовидеохирургические операции с применением карбоксиперитонеума приводят к расстройствам системной гемодинамики, способствующим возникновению разнообразных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, требующих проведения профилактических мероприятий. Выводы: Предлагаемые методы фармакологической коррекции нарушений гомеостаза вследствии напряженного пневмоперитонеума снижают риск возникновения осложнений, возникающих на фоне карбоксиперитонеума, и могут быть рекомендованы к применению в широкой хирургической практике при проведении лапароскопических оперативных вмешательств.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРЯДНОГО И ДВУХРЯДНОГО МЕЖОРГАННОГО АНАСТОМОЗА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гончарук В.А., врач-хирург, соискатель кафедры хирургии №1

Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Кафедра хирургии №1 (зав. каф. - д.м.н., проф. Шапринский В.А.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шапринский В.А.

Цель работы: Улучшение результатов оперативного лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости за счет дифференцированного использования техники авторских однорядного и двухрядного узлового хирургического шва при формировании межорганных анастомозов. Материал и методы: Сравнительное изучение эффективности и преимуществ однорядного и двухрядного швов в абдоминальной хирургии проведено

в двух группах больных. Эти группы больных были сопоставимы по возрасту и полу. Также исследуемые группы больных были сопоставимы по наличию у пациентов сопутствующих заболеваний. Основную группу составили 55 больных, оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости, у которых применяли технику авторских однорядного (положительное решение о выдаче декларационного патента Украины на полезную модель по заявке u2018 09867 от 15.01.2019 г.) и двухрядного шва (патент Украины №132397) при формировании анастомозов. Для этого использовали антибактериальный шовный материал («Капроаг» и «Викрил плюс»). В группу сравнения вошли 69 больных с аналогичной патологией, у которых для формирования анастомозов применяли традиционную технику двухрядного шва Альберта-Шмидена. В основной группе авторские однорядные узловые швы были применены при формировании 1 гастро-гастро, 2 гастро-дуодено, 21 гастро-еюно, и 23 еюно-еюно анастомозов. Технику двухрядного авторского шва применили при формировании 6 тонко-толстокишечных и 2 толсто-толстокишечных анастомозов. В группе сравнения сформировано 5 гастро-гастро, 5 гастро-дуодено, 24 гастро-еюно, 26 еюно-еюно, 7 тонко-толстокишечных и 2 толсто-толстокишечных анастомоза. Оценку общего состояния проводили на основании субъективных и объективных данных. Использовали общеклинические исследования крови и мочи, рентгенологические методы, эзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковую диагностику. На основании этих данных оценивалась функция анастомозов, нарушения связанные с органическими изменениями соустий (несостоятельность анастомозов, рубцовые деформации и сужения, анастомозиты, лигатурные свищи и язвы линии анастомоза). Результаты: В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы диагностировано всего лишь одно осложнение - анастомозит. В тоже время в группе сравнения диагностированы следующие осложнения: анастомозит – 7 (10,14%), кровотечение из линии анастомоза – 1 (1,45%), несостоятельность швов – 1 (1,45%), спаечная болезнь – 1 (1,45%), кишечный свищ – 1 (1,45%). Отдаленные результаты прослежены у 47 больных основной и 53 группы сравнения. У больных основной группы рентгенологически функция анастомозов не была нарушена ни в одном случае. При проведении контрольных эндоскопий (в сроки от 3 месяцев до 1 года) воспалительная реакция в области соустий практически отсутствовала, рубцовых деформаций и стенозов анастомозов с нарушением и без нарушения эвакуации не выявлено. Не отмечено также лигатур, эрозий и язв в области анастомозов. В группе сравнения у 3 больных в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет выявлены различной степени сужения гастро-гастро анастомозов, которые в двух случаях проявлялись нарушениями эвакуации содержимого из желудка. Лигатуры гастро-гастро анастомозов выявлены у 2 больных группы сравнения в сроки от 9 месяцев до 1,5 лет после операции. Последние поддерживали хроническое воспаление в области анастомоза и сопровождались эрозиями слизистой оболочки. После эндоскопического удаления лигатур признаки анастомозита исчезли в сроки от 2 до 3 недель. Эрозивно-язвенные анастомозиты (без наличия лигатур в области анастомоза) выявлены еще у 2 больных группы сравнения. Выводы: Предлагаемая техника формирования авторских однорядных и двухрядных анастомозов с использованием антибактериальных нитей способствует благоприятному течению послеоперационного периода, что позволяет уменьшить частоту осложнений. Полученные результаты позволяют рекомендовать предлагаемую технику формирования анастомозов при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости.

ФАРИНГОМИКОЗЫ: КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Гулямова З.Р., Султонова Н.Ф. клинические ординаторы кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель Валиева Н.К.

Хронический фарингит является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей. Хронический фарингит составляет 13,5% от всех воспалительных заболеваний ЛОР - органов. Но несмотря на такую распространенность данной патологии, недостаточно изученными остаются вопросы этиологии и патогенеза хронических фарингитов. Цель и задачи: определить роль грибковой инфекции в развитии воспалительного процесса слизистой оболочки задней стенки глотки; изучить частоту и клинику хронического фарингита микотической этиологии; выявить патогенетические факторы развития грибковых поражений слизистой оболочки задней стенки глотки. Материалы и методы исследования: обследованы 70 больных с различными формами хронического фарингита, резистентного к традиционным методам лечения. Среди обследованных было 14 – мужчин (20%) и 56 женщин (80%) в возрасте от 14 до 70 лет и старше. Средний возраст составил 44,5 года. Всем больным были проведены специальные микологические исследования, в результате которых у 32 (45,7%) из 70 обследованных больных была обнаружена грибковая природа воспалительного процесса слизистой оболочки задней стенки глотки. Микологические исследования включали микроскопирование как нативных, так и окрашенных по Романовскому - Гимзе препаратов, взятых со слизистой оболочки задней стенки глотки. При этом опирались на описание псевдомицелия гриба Candida, которое считается одним из достоверных признаков отличия его от других грибов. После микроскопирования проводилось культуральное исследование. Для выращивания грибов рода Candida использовали среду Сабуро. Для подавления роста бактериальной флоры в среду добавляли антибиотик. Результаты: У 97% больных были получены при посевах дрожжеподобные грибы рода Candida. В 3% грибковые поражения ротоглотки вызываются плесневыми грибами родов Geotrichum, Aspergillus, Penicillium. Доминирующим возбудителем из рода Candida является C.albicans 59,1%, C.crusei 22,8%, C.tropicalis 11,7%, C.intermedia 5,1%, C.pseudotropicalis 1,3%. Выводы: В происхождении хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки задней стенки глотки значительная роль принадлежит грибковой флоре (45,7%). Возбудителями микоза глотки в 97% случаев являются дрожжеподобные грибы рода Candida. В диагностике хронического грибкового фарингита основными методами являются микологические исследования: микроскопия мазка и культуральные исследования.

ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТРАВМАТОЛОГОВ

Давранова А.Э., Кенжаев Б.М.

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. - проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: проф. Индиаминов С.И.

Неблагоприятные исходы при оказании медицинской помощи способствуют обращению пациента или его родственников с жалобой в правоохранительные органы. В подобных случаях назначается СМЭ, которая проводится в комиссионном порядке с привлечением специалистов различного профиля. Цель работы: Анализ видов, этапов, причин, исходов, дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) в деятельности врачей травматологов. Материал и методы исследования: Проанализированы 155 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) Самаркандского областного бюро СМЭ, проведенных с 2012 по 2017 годы по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи. Результаты исследования: Из 155 заключений КСМЭ в 7 случаях (4,5%) выявлены ДМП в деятельности травматологов. Дефекты диагностики выявлены в 5 случаях (71,4%) которые проявлялись в следующем: нераспознавание основного заболевания (закрытые переломы длинных трубчатых костей предплечья, костей кисти и бедренных костей). Дефекты лечения выявлены в 1 случае (14,3%), которые выражались в позднем проведении операции. В 1 (14,3%) случае выявлен дефект организации в виде недостаточного объема медицинской помощи. При анализе причин выявлено, что в большинстве случаев-6 (85,7%), ДОМП допущены из-за субъективных причин: недостаточная квалификация медицинского персонала 2 случая (28,6%); невыполнение элементарных диагностических действий и основных лабораторных и инструментальных методов исследования 2 случая (28,6%); неквалифицированное проведение диагностических исследований и неправильная оценка результатов проведенного обследования по 1 случаю (14,3%). Также отмечены объективные причины в виде отказа больного от обследования и лечения в 1 случае (14,3%). По месту допущения дефекты выявлены в основном на госпитальном этапе-6 случаев (85,7%); из них в ЦРБ-4 (57,1%), в подразделениях ЭМП 2 случая (28,6%). В 1 случае (14,3%) дефект был допущен в городской поликлинике. По исходу ДОМП отмечено, что они непосредственно способствовали наступлению смерти и инвалидности и по 2 случая (28,6%), и в 3случаях (42,8%) привели к удлинению срока лечения. Выводы. Таким образом, в деятельности врачей травматологов наиболее часто дефекты оказания медицинской помощи допускались в учреждениях госпитального этапа (ЦРБ и подразделениях ЭМП), диагностического характера в основном из-за субъективных причин и в исходе часто способствовали удлинению срока лечения, а также летальному исходу и инвалидности.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Давронов Т.С., Аълоева Х.Д., Мирзабекова М.Б, студенты 313 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Байсариев Ш.У.

В отделении проктологии клиники № 1 СамМИ с 2011 по 2016 года были оперированы 82 больных со сложными свищами прямой кишки. Возраст больных колебался от 21 до 71 и более лет. Мужчин было 53 (63,8%), женщин 29 (36,2%). Было установлено, что свищам прямой кишки у всех наблюдаемых пациентов предшествовал острый парапроктит, который вскрылся самостоятельно у 23 больных. Дооперационном периоде всем больным проводилось сфинктеромонометрия, ректороманоскопия и фистулография. Полученные результаты: По поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки оперированы 27 больные, итранссфинктерных-55. Из них 39 больным выполнена операция иссечение свища с дозированной трансанальной сфинктеротомией, 26 больным - иссечение свищевого хода до сфинктера с лигированием и ушиванием внутреннего отверстия, 14 больным - иссечение свища с закрытием внутреннего отверстия лоскутом слизистой оболочки прямой кишки. Лишь 3 больным выполнен лигатурный способ (пересечение пораженной части сфинктера лигатурой). Большое значение для результатов хирургического лечения имеют длительность течения заболевания, число обострения хронического парапроктита, количество и характер предшествовавших операцией и выбор методов операции ликвидации прямокишечных свищей. При изучении анализа результатов операций было отмечено, что рецидив свища отмечен у 6 больных, у 1 го больного наблюдался недостаточность сфинктера после операции иссечение свища с дозированной трансанальной сфинктеротомией. У больных, которым проводилось иссечение свищевого хода до сфинктера с лигированием и ущиванием оставшейся части свища с одномоментным ущиванием внутреннего отверстия рецидивов не наблюдался. Выводы: При сложных прямокишечных свищах, операции направленные на лигирование свища с ущиванием внутреннего отверстия имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами ликвидации свищей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА НА БАССЕЙНЕ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ОКОЛООРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Дадоджонов Ж.Ю., Холов Ш.И., Мардонзода К.М.

Хатлонского государственного медицинского университета, Таджикистан

Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. - к.м.н., доцент Пиров Б.С.)

Научный руководитель-член корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н. Курбанов У.А.

Цель. Определить возможности применения несвободного кожного лоскута на сосудистой ножке поверхностной височной артерии с сопровождающими её венами для коррекции посттравматических дефектов и деформаций околоорбитальной области. Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2000 г. по настоящее время с дефектами и деформациями околоорбитальной области оперированы 46 больных, 11 из которых для коррекции использовали несвободный кожный лобный и височный лоскуты на сосудистой ножке из бассейна поверхностной височной артерии. Остальные были оперированы другими методами хирургической коррекции данных дефектов. Возраст больных от 16 до 58 лет. Были оперированы больные со следующими дефектами и деформациями околоорбитальной области: сочетание алопеции брови и эктропиона верхнего века-5, эктропион нижнего века-4, сочетание эктропиона верхнего и нижнего век-2. Результаты. Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнений не было, все перемещённые лоскуты прижились. Больные были довольны результатами операции. Выводы. Наш опыт применения несвободных лоскутов на поверхностной височной артерии свидетельствует об их высокой эффективности для устранения дефектов и деформаций околоорбитальной области и может быть рекомендовано для широкого использования в специализированных учреждениях.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Даминов Ф.А., соискатель кафедры хирургических болезней №2 СамМИ, Карабаев А., Абдусаломова Ш., студенты медико-педагогического факультета, Хусаинова Ш., резидент магистратуры 2-го обучения по педиатрии СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: проф. Карабаев Х.К.

Нами изучена макро- и микроскопическая картины слизистой оболочки желудка 23 умерших в ранние сроки ожоговой болезни в период с 2015 по 2018 годы. Исследования свидетельствуют о наличии выраженной морфологической реакции слизистой оболочки желудка на ожоговую травму. При этом микроскопически обнаруживается утолщение слизистой оболочки, отечность и приобретение синюшно-красной окраски. Также отмечается обилие тягучей слизи, покрывающей слизистую оболочку. Нередко обнаруживаются мелкие кровоизлияния, которые видны невооруженным глазом на поверхности складок слизистой оболочки. Микроскопическая картина изменений слизистой оболочки стенки желудка более выражена. Клетки покровного эпителия набухшие и нередко отмечается отторжение значительного количества их от подлежащей ткани. Форма этих десквамированных клеток разнообразна, то есть отличается от интактных эпителиоцитов. Часто среди них обнаруживаются клетки с вакуолизированной цитоплазмой, со сморщенным (пикнотическим) ядром, которые деформированы. Из секреторных эпителиоцитов собственных желез желудка наиболее выраженную морфологическую реакцию проявляют париетальные экзокриноциты, у которых отмечается гомогенезация, нередко и вакуолизация цитоплазмы, увеличение (набухание) их ядра. Редко наблюдается эктопия ядер этих клеток. В собственной пластинке отмечается разрыхление волокнистых структур при обильной их инфильтрации лейкоцитами. Все сосуды, в том числе и гемокапилляры собственной пластинки слизистой оболочки полнокровные. Они заполнены форменными элементами крови. В некоторых участках отмечается кровоизлияние в собственную пластинку, где обнаруживаются экстравазальные скопления форменных элементов крови различной формы. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что при ожоговой травме (ожоговом шоке) отмечается выраженное изменение слизистой оболочки желудка, которое может осложнять течение ожоговой болезни. Эти данные являются морфологическим субстратом функциональных расстройств желудка, которые отмечаются при ожоговой болезни. Эти говорит о том, что при лечении ожоговой болезни необходимо обратить определенное внимание и на состояние органов пищеварения, в частности, желудка.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕПСИНООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Даминов Ф.А., соискатель кафедры хирургических болезней №2 СамМИ, Маматов Ф., клиник ординатор 1-го курса по хирургии, Хусаинова Ш., резидент магистратуры 2-го обучения по педиатрии СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: проф. Карабаев Х.К.

Нами в Самаркандском областном ожоговом Центре за период с 2016 по 2018 годы изучены пепсинообразующая функция желудка у 64 обожженных, в анамнезе которых не имелось заболеваний пищеварительной системы. Мужчин было 47, женщин – 17, возраст – от 15 до 65 лет. У всех больных в динамике (132 раза) исследована пепсинообразующая функция желудка методом определения количества пепсиногена в плазме крови по В.Н. Туголукову (1965). В основе метода лежит протеолитическое действие желудочного сока на сухую плазму: при смешивании испытуемого материалов содержащего протеолитический фермент, с белковым субстратом происходит расщепление белка. По количеству переваренного белка судят о

содержании фермента. Метод прост и достаточно точен. Все обожженные были разделены на группы в зависимости от тяжести ожоговой травмы. Первую группу составили 30 больных с индексом Франка (ИФ) до 30 единиц, вторую 23 больных с ИФ до 60 единиц, третью группу 11 больных с ИФ более 60 единиц. Контрольную группу составили 10 здоровых людей. У больных первой клинической группы существенных отклонений от контрольных цифр не наблюдалось. Значительно снижение пепсиногена выявлено в 1-2е, 3-10е, и 11-30е сутки у 49,2% обследованных больных второй клинической группы. У 70,2% обследованных больных с тяжелыми (ИФ 31-60) и крайне тяжелыми (ИФ более 60) ожогами установлено отсутствие пепсиногена в плазме в стадии шока, токсемии и септикотоксемии. Полученные данные свидетельствуют о значительном угнетении пепсинообразующей функции желудка у обожженных в стадии шока, острой токсемии и септикотоксемии, а степень угнетения пропорциональна тяжести термически травмы.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ОБОЖЖЕННЫХ

Давранов Б.А., Даминов Ф.А., соискатель кафедры хирургических болезней №2 СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: проф. Карабаев Х.К.

Из проводимых многочисленных исследований различных авторов установлено, что острые язвы желудочно-кишечного тракта обнаруживаются у значительной части (от 3,5 до 22%) умерших от ожогов. Анализ литературных данных показывает, что наиболее часто острые язвы локализуется в желудке (преимущественно в антральном отделе) или начальном отделе двенадцатиперстной кишки, реже в пищеводе и тонкой кишке. Нередко язвы бывают множественными. Поэтому в настоящее время одной из актуальных задач комбустиологии, решение которой необходимо для улучшения исходов лечения тяжело обожженных, является создание и внедрение в широкую лечебную практику эндоскопических методов системы профилактики острых язв ЖКТ и их осложнений. Изучены истории болезни 54 больных, лечившихся в Самаркандском ожоговом центре. Возраст больных колебался от 23 до 74 лет. Длительность ожоговой болезни до 3 месяцев. Площадь глубокого ожога составляла от 10% до 38%. У 3 умерших при аутопсии диагностированы язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (язвы Курлинга-Дюпюитрена). У 38 больных основными жалобами были боли в эпигастральной и пилородуоденальной области, несколько реже отмечены диспептические расстройства, среди них изжога, отрыжка, тошнота, задержка стула, метеоризма. У 12 больных в той или иной степени были выражены проявления астеноневротического синдрома или раздражительность, плаксивость, возбудимость, нарушение сна, потливость. При проведении работы мы использовали данные эндоскопического метода исследования позволяющего более точно оценивать состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Для эндоскопического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки применяли эндофиброскоп фирмы «Олимпус» (Япония) и пучок «МТ-2». Исследования проводили по общепринятой методике. По оценке состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у обожженных, мы учитывали окраску слизистой оболочки, наличие или отсутствие ее отечности, диффузность или очаговость изменений слизистой оболочки, в том числе и наличие эрозий, язв, размеры и характер расположения складок и другие критерии, которые учитывают эндоскописты, делая заключения о состоянии слизистой оболочки того или иного органа. Проведенные исследования показали, что у 8 больных имелись кратерообразные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Размеры язв были от 0,3-0,4 до 0,5-0,8 см с гиперемированной и отечной каемочкой, что говорит об обострении процесса. У 7 больных выявлены, острые, плоские язвы пилорического отдела желудка, причем у 22 больных одновременно выявлен катаральный дуоденит. У 16 выявлено эрозивное поражение слизистой желудка в антральной части. И только в одном случае имел место атрофический гастрит. Таким образом, на основе перечисленных данных всем больным с различной степенью ожоговой травмы, при жалобах на боли в эпигастральной области, отрыжку, тошноту, рвоту, изжогу, необходимо проводить эндоскопическое исследование, в зависимости от полученных результатов в комплекс лекарственной терапии необходимо включить медикаменты, улучшающие функцию желудочно-кишечного тракта.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ОРБИТЫ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Демина А.Д.[1], Зайцев А.Л.[1], Плотникова Е.К.[1], Николайчук Н.К.[2],

1 – БУЗ УР «РОКБ МЗ УР», 2 – ГУ Курганский областной госпиталь для ветеранов войн

Кафедра офтальмологии (зав. каф. – к.м.н., доц. Корепанов А.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Корепанов А.В.

Актуальность проблемы ранений глазницы сохраняется ввиду возможности проникновения различных предметов через тонкие стенки глазницы в полость черепа с развитием гнойной инфекции. Несмотря на совершенствование диагностических методик, выявление деревянных инородных тел, проникающих интракраниально, остаётся весьма сложной задачей. Примером трудности диагностики является следующее наблюдение. Больной Л., 36 лет, упал с высоты 3 этажа. Сознание не терял, сразу обратился к офтальмологу. Выявленная рана до 5 мм в области внутреннего угла нижнего века слева обработана антисептиками, больной отпущен домой для амбулаторного лечения. Через 8 часов общее состояние резко ухудшилось, больной доставлен в нейрохирургическое отделение. При поступлении больному была произведена спинномозговая пункция и выявлен гнойный менингит. После проведённого интенсивного противовоспалительного лечения, включая интракаротидное, эндолюмбальное, внутримышечное и внутривенное введение антибиотиков, был достигнут положительный результат. В области внутреннего угла нижнего века слева сформировался гнойный свищ, часто указывающий на наличие деревянного инородного тела. Компьютерная томография черепа инородные тела не выявила. Произведена контрастная рентгенофистулография. Выявлено проникновение контрастного вещества в среднюю черепную ямку слева с заполнением полости до 1 см диаметром в области верхушки пирамиды. В связи с этим нейрохирургом произведена трепанация черепа с подходом к верхушке пирамиды и удалением инкапсулированных инородных тел. Подход был весьма затруднён наличием сосудистого сплетения в этой области, поэтому офтальмохирургом произведена ревизия сформировавшегося свищевого хода нижнего века. В глубине орбиты обнаружено деревянное инородное тело диаметром 6 мм и длиной до 60 мм, которое было фиксировано зажимом и удалено. Послеоперационный период без особенностей. Рана в области орбиты заживала вторичным натяжением, очаговая неврологическая симптоматика, офтальмологическая патология не наблюдалась. В связи с возникшими при диагностике трудностями инородное тело было детально изучено в ряде лабораторий. Так, на кафедре биологии инородное тело было идентифицировано как фрагмент стебля лебеды раскидистой. В то же время при исследовании физико-химических свойств обнаруживается низкое содержание ионов калия, кальция и магния в указанном образце по сравнению с таковым в древесине хвойных и лиственных деревьев. Это имеет определяющее практическое значение при рентгенологическом исследовании и позволяет сделать следующие выводы: 1. Одним из наиболее доступных и эффективных методов обнаружения в полости глазницы является рентгеноконтрастное исследование. 2. Положительный результат при указанной методике исследования может быть не достигнут при наличии маломинерализованных инородных тел. 3. Формирование гнойного свища в зоне ранения позволяет предполагать возможность внедрения инородного тела, чаще деревянного, в глазнице и требует целенаправленного его поиска.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Джаполов Д.А., студент 315 группы педиатрического факультета

Кафедра общей хирургии (зав. каф. - к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Шербеков У.А.

Актуальность. Внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии - несоответствие между травматичным доступом и минимальным вмешательством на самом органе. Цель исследования. Совершенствование хирургических методов лечения эхинококкоза печени с применением эндовидеохирургических технологий. Материалы и методы. Эхинококкозом печени

оперировано 294 больных. Основную группу составили 178 больных, которые условно разделены на 3 группы: первая – 26 (14,6%) больных оперированных лапароскопическим путем, вторая - 83 (46,7%) больных оперированных минилапаротомным и третья - 69 (38,7%) больных оперированных лапаротомным доступом. 116 больных составили контрольную группу, которым в настоящее время можно было применение миниинвазивных оперативных вмешательств. Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности была предпринята у 27 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. 83 больным эхинококкэктомия из печени произведена через минилапаротомный доступ. 69 больным эхинококкэктомия из печени произведена через широкие лапаротомные доступы. При этом в основной группе больных использовалась только верхнесрединная лапаротомия. При лапароскопическом эхинококкэктомии удаление дочерных пузырей и хитиновой оболочки производилось с «троакар-экстрактором». В хирургическом лечении больных эхинококкозом печени приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При неосложненном эхинококкозе печени считаем показанным выполнение закрытой эхинококкэктомии. При нагноившимся эхинококкозе печени выполняли полузакрытую эхинококкэктомию. Эту операцию при наличии цистобилиарных свищей дополняли их ушиванием, а при осложнениях механической желтухой и холангитом операцию завершали дренированием магистральных желчных протоков. Показанием к перицистэктомии являлись случаи краевого расположения эхинококковых кист, их кальцинация. Выводы: Сравнительный анализ результатов лечения больных эхинококкозом печени показывает, что проведение операций эхинококкэктомии из печени через малоинвазивные доступы не привело к увеличению числа послеоперационных осложнений по сравнению с операциями из традиционного лапаротомного доступа (7,8% - в контрольной группе и 5,5% - в основной группе). Вместе с тем, значительно сократились сроки лечения больных (5,5 дней в основной группе и 13,6 дней в контрольной).

КРИТЕРИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ

Джемилова Э., Ахроркулов А., Сайфуллаева Н. (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Анестезиология и реанимация») Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель к.м.н Хакимов Э.А.

Актуальность. Проблему сепсиса трудно переоценить, сепсис и септический шок с полиорганной недостаточностью (ПОН) являются главными причинами смерти у тяжелообожженных. Цель работы: получение количественных критериев риска развития ПОН у пациентов с ожоговым сепсисом. Материал и методы. Были обследованы 70 пациентов с ожоговым сепсисом. У 76% больных по наличию синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) был диагностирован ожоговый сепсис, причем у 90% из них развился тяжелый сепсис с ПОН. ПОН также отмечена у 19% пациентов, не имевших диагноза «сепсис», так как количество признаков ССВР у них не превышало одного за все время заболевания, все они были старше 60 лет. ПОН сопровождалась 78% летальностью. В качестве дополнительного показателя использовали сывороточную концентрацию альбумина, величина которой демонстрирует отрицательную корреляционную связь с количеством имеющихся у пациентов признаков ССВР. Результаты. Исследование показало, что риск развития ПОН не обнаруживает достоверной зависимости от пола пациентов и зависит от их возраста, выраженности ССВР и степени снижения сывороточного альбумина. Кроме того, пожилой и старческий возраст характеризуется меньшей степенью выраженности признаков ССВР, несмотря на более тяжелое течение сепсиса и при этом – более низкими значениями концентрации альбумина. Случаи развития ПОН характеризовались неадекватным снижением альбумина даже при небольшом количестве признаков ССВР. По вероятности развития ПОН было выделено три категории риска. 1-я категория – риск развития ПОН у больных с ожоговым сепсисом отсутствует (0%), только если в течение всего заболевания отсутствуют признаки ССВР. 2-я категория – имеется средний риск развития ПОН, если в течение заболевания регистрируется 1–2 признака ССВР и концентрация альбумина превышает 20 г/л. 3-я категория – имеется абсолютный (100%) риск развития ПОН, если регистрируется 3–4 признака ССВР, а также, если при наличии 1–2 признаков ССВР имеет место концентрация альбумина ниже 20 г/л. Вывод. Полученные критерии могут использоваться для своевременного выбора адекватной тактики лечения пациентов с ожоговым сепсисом

АНАЛИЗ ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ

Жуманиезов А.С., студент группы 422В, педиатрического факультета ТМА УФ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии реаниматологии (зав.каф.- д.м.н. Сапаев О.К.)

Научный руководитель асс. Собиров Э. Ж.

Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка 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. 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 возросла в 2 раза. У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение 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. Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. НА 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась. 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 диапозоны 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%). Вывод. 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. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление - антиоксидантная защиты» в крови.

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ

Зайнобиддинова Д.С., студентка 302 группы медико-педагогического направления АндМИ

Кафедра общей хирургии (зав. каф. – доцент, к.м.н. Салахидинов С.З.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Салахидинов С.З.

Цель работы: Демпинг-синдром, если возникает, то, как правило, в течение первых двух лет после резекции желудка, ваготомии с дренирующей желудок операцией, различных способов пилоропластики или наложения обходного гастро-энтероанастомоза, т.е. независимо от характера и объема первичной операции. Исходя из этого, задача перед нами, ретроспективно изучить, как часто возникает демпинг-синдром после первичной операции. Материал и методы исследования: По нашим данным, в эти сроки демпинг-синдром выявлен у 75 (92,6%) больных, причем у 58 (71,6%) – в течение первого года. В среднем, первые признаки демпинг-синдрома после первичной операции возникали через 1,68 ±0,50 года (у мужчин 1,95 ±

0,69 лет, женщин 0,53±0,08 лет). После появления первых признаков демпинг-синдрома и прогрессирования его до тяжелых форм, больные неоднократно получали консервативную терапию как амбулаторно, так и стационарно. Оперативному лечению, пациенты с тяжелыми формами демпинг-синдрома подвергаются в течение первых четырех лет, после появления первых признаков демпинг-синдрома. В эти сроки оперированы почти все 67 (77,8%) больные. Результаты: В среднем, оперативному лечению после появления первых признаков демпинг-синдрома, больные подвергались через 3,89 ± 0,45 лет (у мужчин 3,59± 0,61 лет, женщин 4,33 ± 0,68 лет). Упорное течение демпинг-синдрома, переход его в тяжелые формы (II –III степень) и, вследствие этого, бесперспективность консервативного лечения, явились показанием к оперативному лечению. Все операции выполнены в плановом порядке. В хирургическом лечении больных с демпинг-синдромом мы придерживаемся мнения К.И.Мышкина и соавторов (1982), которые считают реконструктивными те операции, при которых создается новое анастомозирование (дренирование), корригирующими – такие вмешательства, при которых в ходе операции пассаж содержимого в кишечник остается прежним. Выводы: Таким образом, реконструктивных операций нами выполнено 65-80%, корригирующих 16-20%. Объем и характер выполненной операции в каждом конкретном случае определялся индивидуально, с учетом характера первично выполненной операции и сочетания с другими заболеваниями оперированного желудка.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зайниев А.Ф. базовый докторант, Тилавова Ю.М. студентка лечебного факультета

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. кафедрой: д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.)

Самаркандский государственный медицинский институт

Научный руководитель: д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.

Введение. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе, другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии. Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде. Материал и методы. В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2011 по 2018 год. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы. Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 больных, узловой зоб – у 192, смешанный зоб – у 45. Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу. Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 пациентов. Результаты и их обсуждения. В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6, средней степени тяжести гипотиреоз у 8, гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3). Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 больных. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тироидные гормоны после операции.

МАНЕВР «ОТКРЫТИЯ ЛЕГКИХ», КАК ИНСТРУМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИВЛ-АССОЦИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Заманов Ю.Р., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Парманова Ш.Б.

Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования СамМИ

(зав.каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Качество диагностики нозокомиальной пневмонии (НП) у больных в ОРИТ является низким. Это обусловлено тем, что отдельно взятые клинические, лабораторные и рентгенологические признаки НП обладают неудовлетворительной чувствительностью. На сегодняшний день актуальным является вопрос использования в клинической практике достоверных методов диагностики нозокомиальной пневмонии с учетом нескольких наиболее чувствительных симптомов. С целью улучшения качества рентгенологической диагностики при нозокомиальной пневмонии ИВЛ (НПивл), может быть использована компьютерная томография (КТ) легких в сочетании с маневром «открытия легких». Материалы и методы. В нашем исследовании данный метод помог установить или подтвердить диагноз НП в 13 случаях (у 8 больных - метод первичной диагностики, у 5 пациентов в качестве способа подтверждения диагноза). Однако, выявленный на КТ, синдром консолидации легочной ткани совсем не обязательно может быть связан с инфильтрацией паренхимы легких на фоне пневмонии. Достаточно часто данные изменения обусловлены развитием, так называемых, компрессионных ателектазов базальных отделов легких вследствие длительного положения на спине, высокого стояния диафрагмы, применения миорелаксантов и других причин. Для дифференциальной диагностики между ателектазированием и инфильтрацией легочной ткани, а также для определения истинного объема пневмонии с успехом использован маневр «открытия легких», который выполнялся непосредственно в кабинете КТ. Проводили маневр «открытия легких» следующим способом: повышали давление в дыхательных путях до 40 см вод.ст. в течение 40 сек. Для выполнения методики использован режим CPAP. По истечении 40 сек возвращали исходный режим вентиляции с умеренно повышенным уровнем PEEP (10-12 см вод.ст). В ходе проведения маневра стандартно использовали неинвазивный мониторинг АД, мониторинг ЭКГ, Sp02. После проведения маневра «открытия легких» выполняли повторную КТ грудной клетки, которую сравнивали с нативной КТ. Оценивали наличие динамики уплотнений в легких, истинный объем инфильтрации легочной паренхимы. Результаты. При нативных КТ были выявлены изменения, которые можно было легко принять за инфильтрацию легочной ткани на фоне НПивл. Однако проведение маневра «открытия легких» значительно изменило рентгенологическую картину. В ряде случаев инфильтрации паренхимы не оказалось вовсе, в других истинный объем воспалительных изменений оказался значительно менее выраженным. В исследовании метод применен 13 пациентам, во всех случаях удалось правильно дифференцировать изменения в легких, связанные с ателектазированием от инфильтративных изменений, а также определить истинный объем и локализацию пневмонии. Выводы. Таким образом, маневр «открытия легких», выполненный в кабинете КТ, может оказать существенную помощь в дифференциальной диагностике между ателектазированием легких и НПивл. Осложнений в ходе применения методики не выявлено.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Зенин А.А.[1], Зайцев А.Л.[1], Демина А.Д.[1], Демьяненко К.В.[2],

1 – БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница МЗ УР»,

2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Кафедра офтальмологии (зав. каф. – к.м.н., доц. Корепанов А.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Корепанов А.В.

Несущая в себе угрозу жизни пострадавших сочетанная черепно-мозговая и офтальмологическая травма (ЧМТО) является актуальной проблемой современной медицины. Анализ состояния, существующие тенденции и долгосрочное прогнозирование проблемы ЧМТО показывают, что эффективность лечебно-диагностической помощи и качество междисциплинарного взаимодействия большой группы специалистов связаны напрямую. Система оказания неотложной помощи при сочетанной черепно-мозговой и офтальмологической травме основана на следующих принципах: 1. Безэтапная транспортировка. 2. Определение очередности оказания помощи с выделением ведущего по степени тяжести патологического процесса при сочетанных и комбинированных травмах. 3. Одномоментная исчерпывающая хирургическая обработка. 4. Профилактика раневой инфекции. 5. Проведение противоэпидемических мероприятий. 6. Документальное сопровождение в пределах действующих правовых нормативов. 7. Преемственность оказания помощи и последующей реабилитации. Показания для неотложного нейрохирургического вмешательства при сочетанной ЧМТО: 1. Травматические эпи- и субдуральные гематомы, проявляющиеся клинически. 2. Травматические гематомы задней черепной ямки. 3. Травматические внутримозговые гематомы, проявляющиеся клинически. 4. Вдавленные переломы костей свода черепа, осложненные повреждением верхнего сагиттального и других синусов наружным и (или) внутренним кровотечением, повреждением вещества мозга, выходом мозгового детрита в рану. 5. Огнестрельные проникающие ранения черепа. Показания для отсроченного нейрохирургического вмешательства при сочетанной ЧМТО:1. Травматические эпи- и субдуральные, внутримозговые гематомы малого объема. 2. Вдавленные переломы костей черепа без повреждения ТМО, повреждения вещества мозга, образование гематом, кровотечения. В таких случаях, при наличии показаний, оказывается ургентная «глазная» помощь. Показания для неотложного офтальмологического вмешательства при сочетанной ЧМТО: 1. Проникающие ранения глазного яблока. 2. Контузионные разрывы глаза. 3.Состояния, угрожающие вовлечением в патологический процесс глазного яблока (ретробульбарная гематома, флегмона орбиты). 4. Грубые деформации придаточного аппарата глаз. 5.Ожоги глаз 3-4 ст. при значительных повреждениях придаточного аппарата или угрозе перфорации глазного яблока. Заключение: 1. Оказание помощи при сочетанной черепно-мозговой и офтальмологической травме основано на принципах военно-полевой хирургии и медицины чрезвычайных ситуаций (сортировка, выделение мероприятий 1 и 2 очереди, противоэпидемические мероприятия). 2. Сочетанные травмы сопровождаются тяжелым общим состоянием больного, отмечаются крайним разнообразием, требуют индивидуального подхода, принятия конкретных мер и решительных действий на этапах эвакуации. 3. Для оказания помощи необходимо привлечение высококвалифицированных специалистов и современных высокотехнологичных средств не только при проведении диагностических и лечебно-реанимационных мероприятий, но и для документального их сопровождения.

ЭТНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УСТОЙЧИВОСТИ К СТРЕССУ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МИОПИИ

Зенина Н.В.[2], Демина А.Д.[2], Пчельникова Т.А.[1], Чоладзе Т.К.[1],

[1] ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

[2] БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница МЗ УР»

Кафедра офтальмологии (зав. каф. – к.м.н., доц. Корепанов А.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Корепанов А.В.

Миопия - наиболее распространенный вид аномалии рефракции, является актуальной проблемой современности. С каждым годом количество людей с близорукостью увеличивается, миопия развивается с раннего школьного возраста, приводя к ограничению трудоспособности, снижению качества жизни и даже к инвалидизации. Цель работы: изучить уровень заболеваемости миопией в зависимости от национального состава среди студентов первого курса ИГМА. В ходе медицинского осмотра нами было обследовано 253 студента первого курса ИГМА. В качестве исследуемых данных были взяты вид и сила рефракции, полученные субъективным и объективным методами и национальность родителей. В ходе проведенных исследований нами было выявлено следующее: в обследуемой группе студентов из 253 человек выявлена миопия слабой и средней степени у 170 человек, что составило 67,19%, гиперметропия - у 3 человек, что составило 1,10%, здоровыми оказались 80 человек- 31,62%. По национальной принадлежности данные следующие: русские - 85 человек (33,6%), из них миопия выявлена у 55 студентов, что составило 65%. Удмурты - 38 человек (15,0%), миопия выявлена у 28 человек (это 74%). Татары - 48 человек (18,9%), миопия выявлена у 29 человек, что составило 60,4%. Другие национальности - 25 человек (9,9%), миопия выявлена у 19 человек (73%). Все приведенные выше данные касаются студентов, родители которых имеют одну национальность. Однако среди исследованных нами 253 человек у 61 студента (24,1%) родители имеют разную национальность, заболеваемость миопией в этой группе составила 67%. На момент поступления на первый курс ИГМА 67,19% студентов имеют миопию средней и слабой степени. Можно предположить, что такой высокий показатель связан с чрезмерной зрительной нагрузкой, которая ложится на ученика старших классов. Мощный стресс-индуцирующий фактор: выпускные экзамены в школе, вступительные экзамены в ВУЗ, смена окружающей обстановки – воздействует на подростка в течение достаточно короткого времени. Поступление в ИГМА и обучение на младших курсах также связано с восприятием огромного количества новой информации, большая часть которого происходит посредством зрительного анализатора. Выделив данную категорию лиц (выпускники старших классов) в группу риска по развитию и прогрессированию миопии и предприняв меры по профилактике развития этого заболевания на государственном уровне, ситуацию можно было бы изменить в лучшую сторону. Выводы: Близорукость встречается во всех этнических группах и остается на высоком уровне (более 60%). В популяции удмуртов наибольший процент миопов. Кроме того, высок процент миопии и среди студентов, национальность которых достаточно редко встречается на территории Удмуртской республики. Различная национальность родителей также не внесла изменений в общую картину заболеваемости, в этой группе так же выявлена высокая частота встречаемости миопии.

РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЦВЕТООЩУЩЕНИЯ

Зиёвиддинов М.К., резидент магистратуры 2 года обучения ТМА

Кафедра офтальмологии (зав. каф. – д.м.н. проф. Билалов Э.Н,)

Научный руководитель: д.м.н. профессор Билалов Э.Н.

Цель работы: Разработать и оценить эффективность компьютерного метода исследования цветоощущения при помощи программы «Color blindness». Материалы и методы исследования. Апробация программы была проведена во время приемной комиссии Ташкентской Медицинской Академии в период с 1-го по 31 июня 2018 года. За этот период при помощи программы было обследовано более 3000 абитуриентов. Средний возраст их составил 18±1,5 года. Соотношение мужчин и женщин составило 46,7% и 53,3% соответственно. Из исследования были заведомо исключены лица, имевшие другие патологии органа зрения. В качестве метода контроля использовался набор таблиц Рябкина. При выявлении патологии цветоощущения во время проведения одного из исследований повторно проводились оба для контроля и уточнения результата. Результаты. Среди 3000 обследованных абитуриентов было диагностировано 96 лиц с патологией цветоощущения. Оба метода показали одинаковое число выявленных цветоаномалов, однако, в при исследовании таблицами Рябкина в 14 случаях происходили разночтения, которые выражались в том, что обследуемые выдавали разные ответы на картина одинакового типа, что затрудняло постановку диагноза. Данные погрешности были обусловлены предположительно субъективными факторами: запоминаниями картинок до исследования, подсказками со стороны окружающих или эмоциональным волнением. Нарушения

в этих случаях выявлялись при повторном и более глубоком исследовании с использованием всех 25 таблиц. При проведении теста на программе «Color blindness» спорные случаи наблюдались лишь в 3 случаях. Низкому количеству погрешностей способствовало снижение воздействия внешних факторов (исследование проводилось в отдельной комнате). Также, необходимо отметить, что средняя длительность проведения исследования при помощи программы «Color blindness» составило 5-6 минут, что лишь незначительно превосходит в длительности традиционное исследование, которое длится 3-4 минуты. Выводы. Программа «Color blindness» продемонстрировала высокую эффективность в отношении быстрого и качественного выявления патологий цветоощущения в ходе массовых медицинских осмотров.

АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ

Ибрагимов Ш.У., студент 122 группы лечебного факультета СамМИ,

Шамсиева М.М., студентка 105 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.каф.- к.м.н. доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: асс. Тошмаматов Б.Н.

Актуальность. Изучение заболеваний сердечно-сосудистой системы достаточно актуально в настоящее время, особое внимание следует уделять своевременному выявлению врождённых аномалии коронарных артерий, так как они могут явиться причиной внезапной смерти у людей разного возраста. Длительное время они могут протекать бессимптомно, но часто являются причиной развития многих патологических состояний: дисфункции миокарда, стенокардии, инфаркта миокарда, аритмий, синкопальных состояний. Цель исследования. Установить по данным литературы варианты нормы и патологии коронарных артерий. Материал и методы исследования. Главным источником кровоснабжения сердца являются левая и правая коронарные артерии, отходящие от аорты. Изменение расположения устьев венечных артерий по высоте и окружности аорты не влияет на кровоснабжение сердца. Венечные артерии и их крупные ветви чаще лежат на поверхности миокарда, располагаясь на различной глубине под эпикардом. Ветви обеих коронарных артерий широко анастомозируют между собой, обеспечивая тем самым коллатеральное кровообращение органа. Разветвления основных стволов коронарных артерий делят на три типа -магистральный, рассыпной и переходный. Углы отхождения как первичных, так и последующих сосудов различны и колеблются в пределах 35–140. Выделяют следующие виды врожденных аномалий коронарных сосудов: аномалии отверстия; аномалии отхождения; аномалии дистального соединения; аномалии количества; аномалии хода (расположения). Так, иногда по ходу сосудов и их ветвей встречаются мышечные мостики, которые могут влиять на гемодинамику крови и быть причиной возникновения заболеваний сердца. Помимо анатомической классификации, существует клиническая, согласно которой врожденные аномалии коронарных сосудов делят на гемодинамические значимые (большие) и незначимые (малые). Выводы. Таким образом, врожденные аномалии коронарных артерий являются потенциальной причиной стенокардии, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и внезапной смерти. Поэтому, при необъяснимых кардиальных симптомах, особенно у лиц молодого возраста, необходимо исключить наличие этих аномалий.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Иброхимов М.М., клинический ординатор по специальности «Хирургия» Андижанского государственного медицинского института

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. каф. – проф. Джумабаев Э.С.)

Научный руководитель доцент кафедры Михайлевич И.Е.

Введение. Лечение, диагностика болезни Крона представляет медицинскую проблему. Лечение в основном консервативное, операции при осложнениях; сегментарное поражение желудочно-кишечного тракта неясной этиологии с тяжелыми осложнениями, кровотечения, инфильтраты, изъязвления, прободение, перитонит и другие. Мало изученным остаётся вопрос проведения профилактики грозных осложнений при выявлении болезни в ургентной хирургии. Системное лечение недостаточно влияет на микроциркуляторное, лимфотическое русло, от которых зависит течение болезни Крона (Д.Ф. Скрипниченко 1986; Ю.М. Панцырев 1988; Е. Конден, М. Найхус 1998; М.И. Кузин 2002; В.С. Савельев, А.И. Кириенко, 2009 и др.). Цель исследования: Улучшить лечение, профилактику осложнений болезни Крона в ургентной хирургии, внедрением инновационных методов, воздействующих на патологии в микроциркуляторном, лимфатическом руслах. Материал методы. Считаем, что в комплексном лечении выявленной болезни Крона необходимо включить воздействие на микроциркуляторное лимфатическое русло, поражение которого способствует появлению осложнений, аутоиммунным нарушениями. Под нашим наблюдением находилось 15 больных. В 8 случаях диагноз болезни Крона был установлен во время операции аппендэктомии, устранении перекрута кисты яичника, у 3 - апоплексии яичника. После основной операции произведено дренирование брыжейки тонкой кишки с введением раствора новокаина, гепарина, фуросемида, антибиотика; оставляли одновременно дренаж в брюшной полости. После операции проводили терапию через дренаж брыжейки тонкой кишки, паховую и подвздошную области с добавлением раствора димедрола, иммуномодулина в течение 5-6 дней. Результаты. Проводимое сочетанное традиционное с включением региональной лимфатической терапии способствовали купированию процесса, осложнений болезни Крона. Выводы. Выявление болезни Крона при операциях в ургентной хирургии с последующим указанным традиционным, лимфотропным лечением, купирует патологический процесс и предупреждает осложнения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Икромова З.Х., студентка 602-гр. педиатрического факультета СамМИ,

Алимов Ж.И., резидент магистратуры III курса, Тухтаев Ж.К. – ассистент кафедры СамМИ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. каф. – доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: доц. Бабажанов А.С.

Цель исследования: Изучить отдаленные результаты при выявлении эффективности эндовазальной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни нижних конечностей. Материал и методы исследования: В основную группу (112 пациентов) составили пациенты, которые оперированы с применением метода эндовазальной электрокоагуляции. Пациенты, оперированные с применением комбинированной флебэктомии (124 человека) составили 2 группу (группа сравнения). В 1 группе, по клинической классификации CEAP, второй класс составлял 26 пациентов, третий класс – 86. Во 2 группе 2 класс составлял 24 пациента, третий – 100 пациентов. Для проведения эндовазальной электрокоагуляции использовался аппарат для электрокоагуляции (ХВЧ-300-02 ЭлеПС) и биполярные электроды с изолированным проводником, которые через специальный разъем присоединялись к аппарату для электрокоагуляции. В послеоперационном периоде через 1 мес., 1, 3 года проводилось ультразвуковое исследование вен с целью изучения степени облитерации коагулируемых вен, возможной реканализации их просвета с оценкой сафено- феморального соустья, наличия и состояния перфорантных вен. Также определяли в мм 2 площадь подкожных кровоизлияний и гематом после комбинированной венэктомии и эндовазальной электрокоагуляции. Результаты: До операции при дуплексном сканировании вен в 96% случаев выявлена недостаточность остиального клапана. Средний диаметр вен, измеренный в положении пациента лежа на спине, составлял 7,5 мм. При эндовазальной электрокоагуляции у 44 больных электрод удалось провести с устья большой подкожной вены до нижней трети бедра, у 42 больных – до верхней трети голени и у 26 больных – до медиальной лодыжки. Через 1 месяц неполная окклюзия вена наблюдалось у 2 пациентов. На бедре определялся участок вены 9 см с замедленным кровотоком. Через 1 год у той же больной наблюдалась та же ультразвуковая картина с участком реканализации около 9 см. Через 3 года у 12 наблюдаемых больных реканализация вены не определялась, однако у 2 из них определялся рецидив, вследствие несостоятельности перфорантных вен на голени и сброса крови по системе малой подкожной вены. Больным рекомендовано ношение компрессионного трикотажа. Следует отметить, что больные с рецидивом рефлюкса по большой подкожной вене рецидивом заболевания и имели повышенную массу тела и диаметр вены больше 10 см. После

эндовазальной электрокоагуляции варикозных вен небольшие гематомы площадью 4 ±0,1 см2 регистрировались в области дополнительно проводимых минифлебэктомий. После комбинированной венэктомии площадь гематом достигала 43,4 ± 1.2 см2. В основном гематомы и подкожные кровоизлияния возникали на бедре по ходу удаляемой вены по методу Бебкока. Вывод: Эндовазальная электрокоагуляция в лечении варикозной болезни является малотравматичным оперативным вмешательством с уменьшением более чем в 10 раз площади подкожных гематом, по сравнению с комбинированной венэктомией. В течение 1 года наблюдается облитерация ствола большой подкожной вены у 96% пациентов, что свидетельствует о достаточной радикальности метода.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ ТАШКЕНТ

Инаков Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, ассистент Школы общественного здравоохранения

Введение. В настоящее время, в Узбекистане проживают более 3 миллионов (9,4%) людей старше 60 лет. Параллельно с увеличением численности населения частота заболеваемости и обращаемости за медицинской помощью среди людей в возрасте старше 60 лет постепенно увеличивается. Рост пожилого населения увеличивает нагрузку на социальный сектор, в том числе, на систему здравоохранения. Ухудшение состояние здоровья пожилых людей, связанное с возрастными изменениями и хроническими заболеваниями, негативно влияет на качество их жизни, и экономическое состояние.Цель. Изучение структуры травматизма среди лиц пожилого возраста в городе Ташкенте. Методы. Проведен ретроспективный анализ обращений в отделение экстренной медицинской помощи Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (РСНПМЦТиО) в периоды с 01 по 31 декабря 2018 года. Выборку составили люди пожилого возраста, для мужчин 60 лет и для женщин 55 лет, обратившиеся за экстренной травматологической помощью в Центр. Возрастные группы формировали в соответствии с Классификацией ВОЗ для взрослых: пожилой возраст (60-74), старческий (75-89), возраст долгожителей (90 лет и старше). Из регистрационного журнала были вынесены такие данные пожилых как возраст, пол, дата и время поступления, причина травматизма, место проживание, а также тип травмы. Результаты. В отделение экстренной помощи с 01 по 31 декабря 2018 года обратились 217 пожилых людей по причине травмы. Из них, мужчины составили 25%, женщины 75%. Распределение пациентов по возрастным группам показало, что 78% были в группе пожилых людей, 19% - в старческих, и 2% в группе долгожителей. Средний возраст гериатрического пациента составил 67 лет.Большинство обращений произошли в дневное время сутки (35%), наименьшее обращение в ночное время сутки (4%). Обращения в утреннее и вечернее время сутки составили 33% и 29% соответственно. Следующие районы заняли первые пять мест по числу обращений: Мирзо-Улугбекский район (38%), Яшнабадский (17%), Юнусабадский (12%), Мирабадский (8%) и Шайхантахурский (6%) районы. Основная причина травматизма у пожилых людей была падение (74%), как на улице, так и дома, а также в 7% случаях были подвернутые конечности. Анализ структуры травматизма показал, что больше всего встречались вывихи и растяжения капсульно-связочного аппарата (56%) и переломы костей (41%). Распределение вывихов и растяжений капсульно-связочного аппарата по возрастным группам показало, что больше всего они встречались в группе пожилого возраста (45%), и меньше всего у долгожителей (1%). Переломы костей больше всего встречались в группе пожилого возраста - 31%, тогда как у долгожителей они составили всего лишь 1%. Выводы. Исследование показывает преобладание женщин среди травмированных пожилых людей. Пожилые люди в возрасте 60-74 лет больше всего получают травму. Падение является наиболее распространенным механизмом травмы пожилых людей. Каждый второй пожилой человек, обратившийся за экстренной медицинской помощью имеет перелом костей, что следует обратить особое внимание при транспортировке таких пациентов. Область исследования: Общественное здравоохранения и медицинская информатика

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Исломов О.Б., студент 507 группы лечебного факультета Андижанского государственного медицинского института

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. каф. – проф. Джумабаев Э.С.)

Научный руководитель старший преподаватель кафедры Пакирдинов А.С.

Наряду с рядом патологий беременных (сердечно-сосудистой системы, системы крови и кроветворных органов, дыхательной системы, печени и почек) встречается паразитарное заболевание как эхинококковая болезнь. Последняя часто локализуется в печени и нередко выявляется при обращении к акушер-гинекологу, для выяснения срока беременности, либо при инструментальном исследовании другими специалистами в связи с сопутствующей патологией. Несмотря на достигнутые успехи в развитии акушерства - гинекологии и хирургии печени хирургическая тактика при эхинококкозе печени окончательно не выяснена. При таких осложнениях как разрыв, нагноение и перфорация кисты однозначно показана экстренная операция - эхинококкэктомия. При неосложненном эхинококкозе печени (ЭП) существуют разноречивые мнения хирургов: 1-группа хирургов рекомендует оперировать во время беременности, мотивируясь тем, что во время родов может произойти разрыв эхинококковой кисты; 2-группа хирургов за операцию эхинококкэктомии после завершения родов, желательно спустя 6-7 месяцев, так как к этому периоду происходит адаптация организма матери и ребенка к окружающей среде. 2-группа хирургов при формировании своего мнения исходят из того, что каждая малообоснованная операция и наркоз, могут быть угрозой для жизни плода и будущей матери. Основываясь на это, мнение 1-группы хирургов можно считать малообоснованным. Поэтому мы решили поделиться своим десятилетним опытом (1999-2009гг.) наблюдения больных с ЭП беременных. В течение десяти лет лечились 462 больных с ЭП. Из них 235 женщин (51%). Среди женского пола 13 (5,5%) оказались беременными. Из числа ЭП беременных 5 были оперированы во время беременности с краевым расположением эхинококковой кисты (5-6 сегменты). В 8 случаях, с расположением эхинококковой кисты на 7-8 сегментах печени, были оперированы спустя 6-7 месяцев после родов. Наш небольшой сравнительный опыт по наблюдению перенесенных операций с ЭП беременных до и после родов показывает, что больных беременных с неосложненным ЭП желательно оперировать после родового периода спустя 6-7 месяцев.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Исломов Н., Турсункулов Ж. (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Общая хирургия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель к.м.н. Кадыров Р.Н.

Цель исследования: Оптимизация методов лечения и прогноза пациентов с ВРВП, а также предотвращение первичных и рецидивных кровотечений с использованием эндоскопических методик. Материал и методы. Проведено комплексное лечение 105 больных циррозом печени, осложненным кровотечением из ВРВП. Всем пациентам выполняли эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП. В 28 случаях (26,7%) Эл дополняли эндоскопической склеротерапией (ЭС). Этиологическими факторами цирроза печени являлись хронический вирусный гепатит – 86 больных (81,9%), алкогольный – 19 (18,1%). при наличии эндоскопической картины продолжающегося кровотечения из ВРВП всем пациентам выполняли ЭЛ ВРВП. В 28 случаях (26,7%) ЭЛ с целью профилактики рецидива варикозов дополняли ЭС в области кардии и дистальной трети пищевода с использованием этоксисклерола 3% (6–8 мл) и гистоакрила в изолированные вены желудка. Препарат вводили интравазально и паравазально. Результаты. Эрадикация вариксов в пищеводе установлена при контрольном эндоскопическом исследовании в 57 случаях (54,3%), регрессия степени врвп – в 16 случаях (15,23%). В 19 случаях (18,0%) установить результат лечения не удалось ввиду отказа пациента от контрольной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Ранний рецидив кровотечения наблюдали у 6 пациентов (5,7%) на 2–5-е сут после ЭЛ ВПВП. Для остановки кровотечения повторно проводили Эл. в сроки до 8 мес после лечения ЭГДС проведена 57 пациентам группы эрадикации вариксов (40%) – рецидива ВРВП не выявлено; через 12 мес и более после лечения

у 29 пациентов этой группы (27,6%) – во всех случаях отмечен рецидив врвп. наибольший срок наблюдения пациента составил на день завершения исследования 1 год и 2 мес. Умерли 17 пациентов (16,2%). В 5 случаях (4,8%) смерть наступила в течение первых 5 сут на фоне острого кровотечения; 3 больных (2,9%) скончались в результате печеночно-почечной недостаточности. В группе больных цирроза печени класса В по Child-Pugh летальность составила 1,9% (2 пациента), класса С – 2,86% (3 пациента). Выводы. 1. Применение комбинации эндоскопических методов лечения и профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка сопровождается эрадикацией или регрессией вариксов, снижает частоту смертельных исходов и рецидивов кровотечения, в том числе у больных с декомпенсированными формами цирроза печени. 2. Эндоскопическое лигирование, как изолированный метод эффективен в профилактике первичных варикозных кровотечений пищевода и желудка. 3. Эндоскопическое лигирование в сочетании с эндоскопическим склерозированием может применяться для профилактики рецидивных варикозных кровотечений пищевода и желудка. 4. Эндоскопические методы лечения варикозно-расширенных вен пищевода и желудка снижают риск смертности от варикозного кровотечения, не влияя на течение основного заболевания

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Ишанкулов Р.Т., студент 5 курса лечебного факультета

Самаркандский государственный медицинский институт, Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель: д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.

Актуальность. До недавнего времени синдром Мириззи считался одним из противопоказаний для выполнения лапароскопической холецистэктомии. По данным литературы синдром Мириззи диагностируется у 2,7-5% больных с различными формами желчнокаменной болезни. Предложено несколько классификаций синдрома Мириззи, однако имеются существенные разногласия в эффективности различных методов обследования для выявления синдром Мириззи. Очень важна дооперационная диагностика синдрома Мириззи, позволяющая предупредить случайное повреждение внепеченочных желчных протоков во время операции. Цель исследования. Улучшение результатов дооперационной диагностики и лечения больных с синдромом Мириззи. Материал и методы исследования. Нами было пролечено 4037 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мириззи диагностировали у 56 больных, что составило 1,38%. Женщин было 47, мужчин 9. Возраст больных составил от 27 до 80 лет. Распределение больных в зависимости от формы воспаления желчного пузыря было следующим: хронический холецистит 32 больных, острый холецистит 24. Больные с синдромом Мириззи разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 19 больных, которым произведена лапаротомная холецистэктомия. Основную группу составили 37 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Все больные повергались общеклиническому обследованию, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Диагноз синдрома Мириззи устанавливали интраоперационно при ревизии шейки желчного пузыря, элементов треугольника Кало, гепатодуоденальной связки и её элементов. Результаты исследования и их обсуждение. Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мириззи у 37 пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириззи до операции. К ним относятся камень пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока (ОПП); расширенный пузырный проток с конкрементом; расширенный пузырный проток с низким его впадением; сморщенный желчный пузырь + расширение внутрипеченочных протоков + нерасширенный общий желчный проток (ОЖП); вклиненный камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз + сужение в области ОПП. При оценке результатов ЭРХПГ патогномоничным для синдрома Мириззи считали характерное сдавление извне общего желчного протока, либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено у 32 (58,3%) больных. Нами выделено два типа синдром Мириззи. синдром Мириззи I типа - камень, вклиненный в пузырный проток и в шейку желчного пузыря вызывает сдавление общего печеночного или общего желчного протоков был диагностирован у 42 (75%) пациентов. Синдром Мириззи II типа был представлен сформированным холецистохоледохеальным свищом у 14 больных. Окончательный диагноз был подтвержден интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%. При синдроме Мириззи I типа мы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. При этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, лапароскопическая холецистэктомия оказалась успешной у 25 больных с синдромом Мириззи. У 3 пациентов после лапароскопической ревизии подпеченочного пространства выполнение лапароскопической холецистэктомии было признано рискованным без попыток выделения пузырного протока и пузырной артерии (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало). У этих больных была осуществлена конверсия к минилапаротомной холецистэктомии. В 9 случаях сформированного холецисто-холедохеального свища (II тип синдрома Мириззи) выполнялась минилапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и санацией холедоха растворами антисептиков. Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (4 случаев). В 5 случаях выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности, производили конверсию на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны. В 2 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 3 больным произвели гепатикоеюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоеюностомии с анастомозом по Ру. У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось послеоперационных осложнений. В случае выполнения оперативного вмешательства из лапаротомного доступа у 2 пациентов отмечалось нагноение операционной раны и у 3 - послеоперационная пневмония. Летальных исходов не было. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мириззи позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту конверсий при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии. Выводы. 1. Наличие в анамнезе механической желтухи, расширения общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышения уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателях АСТ, АЛТ и ЩФ у пациентов с ЖКБ является показанием к проведению углубленного обследования для установления синдрома Мириззи. 2. При подозрении на синдром Мириззи всем пациентам показано выполнение ИОХГ, при этом диагностическая ценность данного метода приближается к 100%. 4. Операцией выбора у больных при синдроме Мириззи I типа является лапароскопическая холецистэктомия.

ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛЬНЫМ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Кадыров Р.Н., Тухтаев Б.Х., Облакулов З.Т., Элмуродов Г.К., Курбонов Н.А.

Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования СамМИ

(зав.каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) является одной из основных задач хирургического лечения больных с портальной гипертензией. Частота летальных исходов при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка, несмотря на совершенствование лечебной тактики и внедрение новых методов лечения, остается высокой и варьирует от 30 до 50%, достигая 60% при первом кровотечении.Определение кровотечений из ВРВП не представляет особых сложностей при экстренной эндоскопии. Вены могут иметь стволовой или сетевой тип строения. Материалы и методы. Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода латексными кольцами применено нами у 147 больных, 83 пациента поступили с продолжающемся пищеводно-желудочным кровотечением. Рецидивы кровотечений в группе экстренных больных отмечены у 23 больных. Таким образом, стойкий гемостаз достигается лигированием в 84,2% случаев. Результаты. Летальность среди экстренных

больных составила 8,3%. В наших наблюдениях варикозные вены желудка (18 больных) локализовались в следующих зонах: гастроэзофагеальные вены 1 типа (с преимущественным распространением в желудке по малой кривизне) – 6 больных (33,3%), гастроэзофагеальные вены II типа (с распространением в желудке по большой кривизне) – больных 5(27,8%). Изолированный варикоз фундального отдела желудка (III тип) – 7 пациента (18,9%%). Эктопических варикозных вен желудка (IV тип) в нашем наблюдении не было. При выявлении гастроэзофагеальных вен II,III типа более 10 мм в выборе метода лечения предпочтение отдавали эндоскопической склеротерапии гистоакрилом. Гемостатический эффект в ближайшем периоде сохраняется в 95% случаев. Выводы. Летальность в ближайшем периоде составила 2,3%. Эктопические вариксы желудка (IV тип) встречаются редко и практически не осложняются кровотечениями, и поэтому в лечении не нуждаются. Таким образом, по нашему опыту считаем, что применение эндоскопических технологий возможно только при варикозном расширении вен пищевода и желудка 2,3 типа, когда размер вариксов не превышает 13-15 мм.

ВЫБОР МЕТОДА ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Каримов Д.А., Давронов Т.С., студенты 313-314 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Шербеков У.А.

Введение. Экономические потери от эхинококкоза, связанные с длительной нетрудоспособностью и инвалидностью больных, возводят эту проблему до уровня социальной. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени путем разработки методов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии печени. Материалы и методы. За период с 2008 по 2018 г. на базе кафедры общей хирургии Самаркандского медицинского института по поводу эхинококковой болезни печени оперировано 146 больных с эхинококкозом печени. Мужчин – 67, а женщин – 79. Наиболее часто эхинококкоз печени диагностирован в возрасте 21–45 лет – 84 (57,6%). Значительный контингент составили больные в возрасте 46–56 лет – 32 (21,9%). При этом в молодом возрасте частота данного заболевания составила 18 (12,3%), а в пожилом – 12 (8,2%). В комплекс дооперационного обследования включали помимо тщательного изучения анамнеза как общепринятые, так и специальные методы исследования, в том числе рентгенографию органов грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ и по показаниям МСКТ. Анализ распределения больных по сегментарному расположению кист показал, что наиболее часто имели место поражения VII–VIII сегментов печени – 64 (43,8%) больных. Значительную часть составило комбинированное поражение (III–IV и VII–VIII) сегментов – 82 (56,2%). Во время операции наиболее часто диаметр эхинококковой кисты печени составлял 6–10 см у 81 (55,2%) больных, 11–20 см – у 34 (23,5%) Относительно редко встречались кисты диаметром до 5 см – 19 (13,1%) и более 21 см – лишь в 12 (8,2%) случаях. Закрытая эхинококкэктомия выполнена у 77 (67,2%) больных. Из них с капитонажем – у 14 (18,2%) больных и инвагинация фиброзной капсулы – у 63 (81,8%). Полузакрытая эхинококкэктомия с проточным дренированием выполнена у 69 (32,8%) больных. Вместе с тем тампонада полости эхинококковой кисты большим сальником – у 12 (17,4%) больных, тампонада полости кисты после эхинококкэктомии с круглой связкой печени – у 18 (26,1%) и комбинированные методы – у 39 (56,1%) больных. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 12 (8,2%) больных. Из них осложнения общего характера диагностированы у 5 (41,6%) больных. Осложнения местного характера имели место у 7 (58,4%) больных. После закрытой эхинококкэктомии местные осложнения наблюдались у 5 (6,5%) больных. Из них после капитонажа – у 2 (1,3%) и после применения инвагинационного способа – у 3 (2,0%). Выводы. Таким образом, метод тампонады остаточной полости сальником или круглой связкой доступен, менее травматичен.

ПАРАПРОКТИТЫ У ДЕТЕЙ

Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э., студенты специальности педиатрия 6 курса КРСУ,

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи

Кафедра детской хирургии (зав.каф. - д.м.н., профессор РАЕ Мыкыев К.М.)

Руководитель-к.м.н., проф. РАЕ, Мыкыев К.М.

Цель исследования: изучить особенности возникновения, локализации и течения парапроктитов у детей. Материал и методы. С 2017 по 2018 годы в городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБСМП) № 3 на лечении находилось 113 детей в возрасте от 0 до 14 лет с острым и хроническим парапроктитом. Проводилось исследование детей по специально составленной карте, которая включала в себя паспортные сведения, жалобы, анамнез, локальный статус, лечение. Объективное исследование включало общеклинические, лабораторные и инструментальные исследования. Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программы «SPSS16». Результаты исследования. В ходе исследования выявлены 111 случаев с острым парапроктитом и 2 случая – с хроническим. Примечательно, что 100% пациентов мужского пола. Из города Бишкек обратились 99 (87,6%) пациентов, остальные 14 (12,4%) – из разных сел. Детей раннего возраста (до 1 года) было 89 (78,7%). Заболеванию, в большинстве случаев, предшествовали транзиторные кишечные расстройства (диарея, запор) и ОРВИ. В ранние сроки от начала заболевания (3 сут) в стационар поступили 63 пациента (55,7%), поздние (4-11 сут) - 50 детей (44,3%). По локализации у детей были выделены первая область от 12 до 3 часов на циферблате (16 детей -14,2%), вторая область от 3 до 6 часов (50 чел-44,2%), третья от 6 до 9 часов (19чел- 16,8%), и 4 от 9 до 12 часов (28чел.-24,8%). Хочется отметить, что пик заболеваемости отмечается в зимний период 32%. Выводы: Таким образом, частота развития парапроктитов у детей до года является одной из важных проблем детской хирургии. Раннее хирургическое лечение двухэтапным методом с ликвидацией внутреннего отверстия свища способствует снижению рецидивов заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО СИНТЕЗА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кодиров Г., Хушмуродов Б., (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Терапия»),

Тиляков А. А. (студент 1 курса леч.фак. СамМИ)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель д.м.н. Тиляков А.Б.

Мы располагаем опытом лечения 95 пострадавших с тяжелыми повреждениями таза и вертлужной впадины. Основную массу, 81 пациент – составили пострадавшие наиболее трудоспособного возраста – 30–50 лет. Преобладали лица мужского пола – 67 больных, женщин – 28. Основной причиной повреждений таза явились дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты. У 49 больных отмечены сочетания переломов таза с черепно-мозговой травмой, у 14 – с повреждениями грудной клетки и легких, у 13 – с травмой органов брюшной полости. Повреждения почек и мочевого пузыря отмечены у 11 больных и у 47 больных сочетались с повреждениями костей конечностей. У 49 доставленных в стационар пациентов, отмечены явления травматического шока различной степени тяжести. Для повышения эффективности лечения повреждений костей таза вертлужной впадины у пострадавших с сочетанными травмами нами широко используется методика чрескостного остеосинтеза с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро». Оперативное вмешательство выполнено у 79 больных. Оценивая качество репозиции и восстановление функции тазобедренного сустава при переломах вертлужной впадины с применением аппарата внешней фиксации, мы установили, что наиболее качественная репозиция была достигнута у больных с поперечно ориентированными переломами и двухколонными переломами костей таза. Основной задачей при таких тяжелых вариантах повреждений вертлужной впадины с вывихом бедра и нарушением целостности тазового кольца являются устранение смещения костных фрагментов, вправление вывиха и удержание головки бедренной кости в вертлужной впадине, стабилизация тазового кольца в раннем

периоде травмы, что возможно при применении спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро». Отдаленные результаты лечения больных с применением аппарата внешней фиксации изучены у 74 больных в сроки от 6 мес до 3 лет. Все пострадавшие оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 сут. Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 74 больных, пролеченных с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро», полная репозиция достигнута в 41 случае, у этих больных получены отличные результаты. В 22 случаях репозиция была неполной, отличный результат получен у 22,3% больных, хороший – 77,7%. Плохая репозиция была у 8 больных, в 5 случаях (62,5%) результат расценивался как удовлетворительный. У 3 больных (37,5%) с дисконгруэнтностью суставных поверхностей были плохие результаты. Анализ отдаленных результатов лечения показал, что у большинства обследованных больных в упомянутые сроки после оперативного вмешательства с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро» в более чем 90% случаев получены положительные результаты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТИНАЛАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Косимов Р.Э., ассистент кафедры офтальмологии СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав. каф.- д.м.н. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Бабаев С.А.

Для максимальной эффективной реабилитации больных с атрофией зрительного нерва огромное значение имеет комплексное терапевтическое воздействие. При лечении частичной атрофии зрительного нерва можно с успехом использовать препарат Ретиналамин, производимый российской фирмой «Герофарм». Рассматриваемый препарат содержит в своем составе комплекс водорастворимых полипептидных фракций с молекулярной массой не более 10 000 Да, а также в качестве вспомогательного вещества глицин, являющегося стабилизатором данного препарата, что обеспечивает успешность многолетнего срока хранения. Ретиналамин положительно влияет на жизнедеятельность клеток на молекулярном уровне. Он широко используется во взрослой офтальмологии, эффект ретиналамина мало изучен при частичной атрофии зрительного нерва у детей, что явилось предметом нашего исследования. Цель исследования: изучить лечебный эффект ретиналамина при частичной атрофии зрительного нерва у детей. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 30 больных детей с частичной атрофией зрительного нерва разного генеза. Первичная атрофия зрительного нерва наблюдалась у 24-х больных, вторичная атрофия – у 6-и больных. Среди них мальчиков было 8, девочек – 22. Возраст больных варьировал от 3-х месяцев до 14 лет. В качестве лечебного препарата в терапии частичной атрофии зрительного нерва применяли ретиналамин. Инъекции проводились парабульбарно по 5 мг 1 раз в сутки 10 дней. Курс лечения –10 дней. Результаты исследования. В результате проведенного лечения по окончанию курса лечения поля зрения у детей с частичной атрофией зрительных нервов расширились в среднем на 21,0 ± 2,1° и имели столь же длительную стабилизацию. На всех этапах лечения отмечалась хорошая переносимость препарата ретиналамина. Динамика остроты зрения до и после лечения показала, что острота зрения у больных достоверно улучшилась и составила после лечения 0,25 (при исходных показателях 0,2). Таким образом, при лечении больных детей с частичной атрофией зрительных нервов острота зрения достоверно улучшились на 0,05, что, на наш взгляд, связана с органотропным механизмом действия ретиналамина. Таким образом, препарат ретиналамин оказывает выраженное нейропротекторное действие при частичной атрофии зрительного нерва, осуществляя эффективную защиту нервной ткани и замедляя процесс апаптоза. Помимо улучшения клинико-функциональных показателей органа зрения нами было отмечено улучшение общего самочувствия работоспособности у всех детей. Выводы. 1. Анализ полученных результатов подтверждает о высокой клинической эффективности ретиналамина при медикаментозном лечении больных с частичной атрофией зрительных нервов. 2. Ретиналамин может быть рекомендован в качестве основной нейропротекторной терапии.

ТРАВМАТИЗМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ГЕМОСТАЗ

Кравчук А.А., студент 424 группы стоматологического факультета ИГМА

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Кравчук А.П.)

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (зав. каф. - к.м.н., доц. Мохначева С.Б.)

Научные руководители: д.м.н., проф. Кравчук А.П., к.м.н., доцент Мохначева С.Б.

Цель: доказать эффективность гипертермии при гемостазе у пациентов с переломом верхней челюсти и носовым кровотечением. Задачи: провести сравнительную характеристику гемостаза по традиционной методике и с использованием «горячего» раствора калия хлорида. Материалы и методы: 16 пациентов отделений оториноларингологии и хирургической стоматологии с челюстно-лицевой хирургией, поступающих в экстренном порядке с переломом верхней челюсти, осложненным носовым кровотечением; данные экспериментальных исследований с использованием гемокоагулографа, лабораторно-клинические исследования, консультация ЛОР-специалиста, 4% раствор калия хлорида, нагретый до 40^{0}С, тампонада носа. Результаты: клинические и экспериментальные исследования показали более надежную эффективность быстрого гемостаза при носовом кровотечении у стоматологических больных за счет гипертермии. При использовании традиционной тампонады носа у 5 пациентов время кровотечения удлинялось в 2-3 раза и составляло 50-90 мин., в двух случаях использована не только передняя, но и задняя тампонада носа (помощь оказывалась на территории ЛОР-отделения). При использовании тампонов, смоченных 4% раствором калия хлорида, нагретого до 40^{0}С и наружного согревания носа горячим раствором гемостаз у 11 пациентов осуществлен в течение 20-30 мин. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Выводы: гипертермия – простое и надежное подспорье при осуществлении гемостаза у стоматологических больных с травмой верхней челюсти, осложненной носовым кровотечением.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ, ФРАГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ (БЕДРЕННОЙ, БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ, ПЛЕЧЕВОЙ) В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БУЗ УР 1РКБ МЗ УР Г. ИЖЕВСКА

Кузин Игорь Владимирович, клинический ординатор кафедры травматология, ортопедия и ВПХ, ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ (зав. каф. - д.м.н., доцент Федоров В.Г.) Научный руководитель д.м.н., доцент Федоров В. Г.

Цель работы: Анализ результатов лечения пациентов с многооскольчатыми, фрагментарными переломами диафизов плечевой, бедренной и большеберцовой костей в период с 2017 по 2018 годы в травматологическом отделении 1РКБ. Материал и методы: Всего за 2 года в травматологическом отделении 1РКБ г. Ижевска было пролечено 2312 пациентов. Из них пациенты с высокоэнергетической травмой составляли 411 человек (17.8%): Пациенты с многооскольчатыми фрагментарными переломами длинных костей конечностей являются составной частью высокоэнергетических травм. Нами было отмечено 27 таких пациентов (6.57% от высокоэнергетических травм). Наличие шока различной степени выставлялось всем пациентам. Открытые переломы имелись у 4 пациентов. Локализация переломов выглядит следующим образом: переломы бедра - 12 человек (44.4%), переломы костей голени- 11 человек (40.75%), переломы плеча- 4 человека (14.85%). Пациентам в состояние шока (при госпитализации) проводилась интенсивная терапия с одновременной стабилизацией сегмента иммобилизационным вариантом: аппаратами внешней фиксации, способом скелетного вытяжения или гипсовой иммобилизацией. Окончательный остеосинтез выполняли при стабилизации состояния пациентов, после обследования по принятой методике, которая при травмах нижних конечностей включала УЗИ сосудов нижних конечностей. Были выполнены следующие операции: При переломах бедра (12 пациентов): Остеосинтез бедра блокируемым стержнем - 7 пациентов. Остеосинтез бедра стержнем PFN- 3 пациента. Остеосинтез бедра аппаратом внешней фиксации (АВФ) - 2 пациента. При переломах костей голени (11 пациентов): Остеосинтез большеберцовой кости блокируемым стержнем - 6 пациентов. Остеосинтез большеберцовой кости пластиной - 3 пациента. Остеосинтез костей голени аппаратом внешней фиксации (АВФ) - 2 пациента. При переломах плечевой кости (4 пациента): Остеосинтез плечевой кости блокируемым стержнем - 3 пациента. Остеосинтез плечевой кости пластиной - 1 пациент. Результаты и обсуждения: В данной группе пациентов летальных исходов в период пребывания в отделении не

было. Так же не было инфекционных осложнений - все операционные раны зажили в физиологически сроки первичным натяжением. Пациенты были выписаны из стационара через 15-25 дней с момента госпитализации с рекомендацией выполнить рентгенограммы через 2, 4, 6 мес. И до окончательного сращения перелома наблюдаться у своего лечащего врача. Результаты прослежены практически у всех пациентов. Из осложнений стоит отметить у двух пациентов замедленную консолидацию после перелома бедренной кости. Выводы: Таким образом, выбранную этапную тактику ведения пациентов с многосегментарными диафизарными переломами плечевой, бедренной и большеберцовой костей мы считаем оптимальной. Непременным условием достижения хорошего результата является: соблюдение пациентом всех рекомендаций, динамическое наблюдение лечащим врачом за пациентом на амбулаторном этапе лечения (контрольные рентгенограммы в динамике, выполненные через 2, 4, 6 месяцев) со дня травмы и до сращения перелома.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ БОЛЬНЫМ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Курбаниязова А.З., студентка 4 курса лечебного факультета, Бахриев Б.Л. магистрант

Самаркандский государственный медицинский институт, Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель: старший преподаватель Давлатов С.С.

Актуальность. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж во многом зависят от комплексного решения таких вопросов, как рациональная предоперационная подготовка, направленная на адаптацию больного к повышенному внутри брюшному давлению, выбор адекватного способа пластики дефектов брюшной стенки и профилактика послеоперационных осложнений. Цель исследования. Разработать программу для определения количественную оценку факторов риска рецидива у больных с вентральными грыжами. Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-ой и 2 ой клиники СамМИ в сроки с 2008 по 2016 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (96 – 42,1%) и основная группа (132 – 57,9%). Больные основной группы были разделены на 3 подгруппы. Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (программа для электронно – вычислительных машин № DGU 03724) выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями. Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили пластику дубликатурой апоневроза по общепринятым методикам. Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде и создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца. В 3-й подгруппе больные с набранным количеством баллов от 11 до 20 имели высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, при этом целесообразно было бы применять только ненатяжные методики sublay, inlay и onlay, тем не менее мы считаем, что данные методики практически не снижают риска рецидива и не устраняют грыжевого дефекта. Очевидно, что радикализма можно добиться только путем ликвидации дефекта, а не замещением его трансплантатом, в связи с чем сочетание натяжных и ненатяжных методик можно считать оптимальным способом пластики брюшной стенки. Существенным фактором, удерживающим хирурга от радикальной операции, являются чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применяем комбинированную пластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 3-й подгруппе мы отдавали предпочтение комбинированной пластике. Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 164 больных, которых оперировали по поводу послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах, при этом учитывали также размер грыжевого выпячивания и длительность грыженосительства, возраст больных и сопутствующие заболевания, все другие факторы, кроме данных КТ и МРТ, гистологическое и спирометрическое исследование. Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненатяжная аллопластика - 7 пациентам. Из 112 обследованного пациента, которому выполнялась пластика с учетом балльной оценки, пластика с использованием местных тканей производилась 19, комбинированная пластика с использованием полипропиленовой сетки – 28, ненатяжная аллопластика - 34 и ненатяжная аллопластика с мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez - 31. Рецидив заболевания выявлен нами у 8 больных, что составило 4,1% общего числа (209) обследованных больных. В группе, в которой выполнялась пластика передней брюшной стенки без учета балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,3%) больных. При этом 6 (7,1%) из них выполнялась пластика местными тканями, 1 (1,2%) - комбинированная пластика край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. В группе, в которой выполнялась пластика с учетом балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 1 (0,9%) больной. Рецидив возник у больной, которой пластика выполнялась местными тканями. У больных, которым выполнялась пластика с применением аллотрансплантата рецидивов не наблюдалось. Выводы. Таким образом балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ

Курбонов Н.А., Ахмедов Р.Ф.

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Карабаев Х.К.

Печеночная дисфункция или постгипоксический (постшоковый) гепатит - одно из проявлений полиорганной недостаточности (ПОН) у обожженных. Частота его проявления широко варьируется в зависимости от площади глубокого ожога. Вслед за стадией ожогового шока наступает период, когда из спазмированных ранее сосудов в центральный кровоток попадают метаболиты, накопившиеся за время шока. В настоящее время известно уже около 200 таких веществ. Основными из них являются: цитокины, эйкосапоиды, оксид азота, интерфероны, фибронектин, кислородные радикалы и др. Все перечисленные и многое другие вещества являются факторами, обуславливающими развития синдрома ПОН при термической травме. Печеночная энцефалопатия (ПЭ) представляет собой комплекс потенциально обратимых нервно-психических нарушений возникающих как следствие острой или хронической печеночной недостаточности и/или портосистемного шунтирования крови (Э.И. Мусабаев с соавт., 2012). Энцефалопатия при ожоговой болезни встречается в 30-45% случаев постшоковом периоде (А.А. Алексеев с соавт., 2014). Изучить влияние нарушение функции печени у обожженных на возникновение печеночной энцефалопатии. Нами обследовано 50 больных с термическими поражениями в возрасте от 20 до 60 лет, с площадью глубокого ожога от 20% до 45% поверхности тела с клинической картиной ПЭ. Больные были разделены на 2 группы по 25 пострадавших.. Оценивались эффективность общепринятой традиционной терапии (1 группа) и дополнительно получавших препарат Гепотек концентрат в дозе 10,0 мл в зависимости от степени выраженности ПЭ в течение 10 дней (2 группа). Группы больных были идентичные по возрасту и полу, площадью глубокого ожога. У всех больных мы изучали уровень билирубина, АСТ, AJIT, щелочной фосфатазы. мочевины, аммиака, протромбиновый индекс и время. Все исследования проводились в стадии острой ожоговой токсемии и септикотоксемии. Анализ полученных результатов показал, что нарушение функции

печени в основном возникали (45,5%) в стадии токсемии и септикотоксемии. Нарушение функции ЦНС у 87,9% пострадавших выражались в виде сонливости, вялости, снижения аппетита, астенизации и безучастности. У 75.8% больных нарушения функции ЦНС проявлялись психомоторным возбуждением, бредом, галлюцинациями, астериксис ("хлопающий тремор"), клонус стой, нарушение тест связи числ (тест Рейгана) и др. Явления токсического гепатита наблюдались у 27 (54%) обследованных. Они проявлялись увеличением печени, проявлением желтушности, рвотой, снижением показателя протромбинового индекса, гипербилирубинемией, и повышением уровня АЛТ, АСТ. щелочной фосфатазы, мочевины и аммиака. Такие признаки токсической энцефалопатии, как бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение под воздействием традиционной терапии ликвидировались. Остальные признаки нарушения функции ЦНС вялость, астенизация, сонливость, раздражительность, астериксис (клонус стоп), наблюдались в контрольной группе у 75,6% обследованных, а в группе с применением Гепотек (L-орнитин L-аспартат) токсический гепатит протекал компенсированно. печеночная недостаточность была выражена незначительно. Включение в комплексную терапию Гепотек у больных с обширными глубокими ожогами способствует более компенсированному течению токсического гепатита. Снижается тяжесть печеночной недостаточности, степень функциональных нарушений, что выражается в улучшении клинико-биохимических показателей.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кучкаров А.Р., клинической ординатор Ферганского филиала ТМА

Научный руководитель: Арипов А.М.

Цель работы: изучения диагностика и смертности от онкологических заболеваний. Материал и методы исследования: Обследованы материалы статических данных ВОЗ и здравоохранения Узбекистана. Результаты: В основе онкологического заболевания лежит нарушение регуляционного процесса тканевого роста. Клетки в нашем организме постоянно растут и делятся для того, чтобы компенсировать поврежденные или старые клетки. Когда клетка делится и обновляется всегда существует риск вероятности возникновения ошибки. Наш организм оснащен механизмом предупреждения и исправления этих ошибок, но иногда он может дать сбой. Этот процесс наиболее вероятен при воздействии канцерогенов (веществ, способствующих возникновению рака), различные травмы (физической, тепловой или иного рода), и неблагоприятных условиях для функционирования этих механизмов (например, при гипоксии – недостатке в ткани кислорода). Если механизм контроля деления клетки «ломается», возникнет неконтролируемый рост и деление, который и называют термином «рак». Злокачественные опухоли имеют три ключевых отличия, от «доброкачественного» процесса: неконтролируемый рост, прорастание (инвазия) в соседние ткани и органы, способность к метастазированию – процессу циркуляции раковых клеток с током крови или лимфы в другие части тела. Есть много факторов риска. Некоторые из них связаны с образом жизни, и на них можно влиять, а генетика и возраст, не поддаются влиянию. По данным Cancer Research UK, до 33% смертей от курения связаны с онкологическими заболеваниями. Примерно 6% всех смертей приходит на алкоголь, каждая восьмая из них - от рака. Развитие 18% злокачественных опухолей приходится на инфекции. Значимая роль принадлежит ожирению, неправильному питанию с преобладанием красного, жирного, жареного мяса и полуфабрикатов, недостатком овощей, фруктов, пищевых волокон. Каждый день в мире умирает 27 тыс. человек от рака. Онкологические заболевания унесут 9,6 миллиона жизней в этом году, гласит исследование Всемирной организации здравоохранения. Международное агентство по исследованию рака, входящее в состав ВОЗ, проанализировало ситуацию в 185 странах. Согласно их прогнозам, в 2018 году в мире выявят 18 миллионов новых случаев болезни, а 9,6 млн завершатся летальным исходом. С момента последнего исследования за 2012 год угроза рака возросла на 28%. На первом месте по распространенности рака оказалась Австралия –около 468 на 100 000. Второе место – у Новой Зеландии 438 на 100 000, третье – у Ирландии 373,7 на 100 000. В десятку стран максимального риска также вошли Венгрия, США, Бельгия, Франция, Дания, Норвегия и Нидерланды. Всемирная организация здравоохранения считает, что число случаев заболевания раком возрастет в ближайшие 20 лет на 70%. По прогнозам ВОЗ, больше всего смертельных случаев будет зарегистрировано в Азии, но это объясняется густонаселенностью региона. На Европу придется 23% летальных исходов, на Америку – 21%. По данным статистики МЗ РУз в Ферганской области в 2009 году было зарегистрировано 14999 новых появившихся раковых клеток, что составляет 0,5% от общего числа населения, из них 2014 доброкачественные, а в 2010 году 15795 (0,52%) из них 2192 являются доброкачественными, в 2011 году это число увеличилось на 17677 (0,54%), а доброкачественных достигло до 4881, в 2012 году число новых опухолевых клеток резко снизилось до 14824 (0,45%), из них 1501 являются доброкачественными. Вывод: Основным фактором, который влияет на появление и увеличение опухолевых заболеваний является изменение экологии, алкоголизм, курение.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Кхоршани Б., аспирант ВГУЗ Украины«Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина*

Пастухова А.И., студентка II курса, 26 группы, медицинского факультета

№2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Кафедра общей хирургии (зав. каф. – проф. Полевой В.П.)*

**Научный руководитель профессор, д.м.н. Полевой В.П.*

Цель работы: Изучить характер микроциркуляторных нарушений у больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы. Материал и методы исследования: Обследовано 74 больных с ишемической и смешанной формами синдрома диабетической стопы разной степени поражения нижних конечностей с помощью метода лазерной допплерофлоуометрии. Контрольную группу составили 50 человек с отсутствием выраженной сопутствующей патологии и поражений нижних конечностей. Результаты: Установлено, что у таких больных наблюдается снижение показателей постоянной составляющей кровообращения М и переменной составляющей микроциркуляции σ, что указывает на снижение функционирования механизмов активного и пассивного контроля микроциркуляции. Кроме того, отмечено снижение показателя Kv, что паралельно со снижением М и σ указывает на нарушения нейрогенного и миогенного механизмов регуляции. Такие изменения наблюдаются и при анализе амплитудно-частотного спектра колебаний перфузии активных и пассивных факторов и их вклада в регуляцию микроциркуляции. Эндотелиальные колебания возрастают параллельно с возрастанием степени ишемии конечности и, значительно превышают контрольные величины ($p<0,05$). Возрастание амплитуд нейрогенных колебаний свидетельствует о нарушении контроля над тонусом стенки сосудов симпатическими вазомоторными нервами, что вызывает возрастание нейрогенного тонуса и эластичности сосудистых стенок, с одновременным снижением их вклада в общую регуляцию микроциркуляции. Со стороны миогенных колебаний отмечено увеличение последних, что указывает на снижение периферического сопротивления в капиллярной сети. При этом их вклад в общую регуляцию микроциркуляции нижних конечностей уменьшается. Амплитуда дыхательных колебаний у таких больных несколько уменьшается с нарастанием степени ишемии конечности. Снижение этих показателей, наряду со снижением М, может быть направлено на предупреждение развития отеков нижних конечностей в ответ на возрастание периферического сопротивления. Вместе с этим отмечается возрастание вклада в модуляцию кровообращения и, в общем уровне тканевой перфузии. Пульсовые колебания зависят от тонуса сосудов. Это объясняется снижением эластичности сосудистой стенки за счет ангиосклероза и уменьшения обьема притока артериальной крови в микроциркуляторное русло. Однако, вклад в общую регуляцию микроциркуляции возрастает. Незначительные изменения со стороны пассивных факторов регуляции микроциркуляции можно объяснить возрастными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы. При этом наблюдается возрастание амплитуд активных факторов регуляции (Ае, Ан, Ам), которые непосредственно воздействуют на систему микроциркуляции путем регулирования тонуса сосудистой стенки. Хотя общий вклад их в модуляцию кровообращения уменьшается с возрастанием степени артериальной недостаточности. Со стороны пассивных факторов (Ад, Ап) отмечались противоположные изменения, что можно расценивать как компенсаторную реакцию сосудистого русла на нарушения артериального кровоснабжения. Выводы: Таким образом, совокупность указанных изменений показателей лазерной допплерофлуометрии у больных с синдромом диабетической стопы со стороны активных и пассивних факторов регуляции микроциркуляции нижних конечностей, указывают на нарушение кровоснабжения, не только на макро-, но и на микроциркуляторном уровне.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лесная А.С., студентка 20 группы, 5 курса, медицинского факультета № 2

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2 (зав. каф. – д.м.н., проф. Криворучко И.А.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Лесной В.В.

Цель работы. Проанализировать хирургические методы коррекции синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) в раннюю фазу тяжелого (умеренно тяжелого) острого панкреатита (ОП). Материал и методы исследования. Обследовано 57 пациентов (случайная выборка), госпитализированных в хирургическое отделение в 2018 году с диагнозом ОП. Диагноз ОП верифицирован на основании критериев Atlanta (2012): болевой синдром (интенсивный, опоясывающего характера) локализованный в верхнем этаже брюшной полости выявленный у 46 (81%) больных; трехкратное увеличение уровня амилазы (липазы) плазмы крови - 35 (61,4%); визуализация изменений паренхимы поджелудочной железы по данным ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии брюшной полости - 55 (96,5%). При госпитализации на основании критериев шкалы The Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS): положительные перитонеальные симптомы диагностированы у 6 (10,5%) больных; повышение уровня креатинина более 177 мкмоль/л - 13 (22,8%); снижение уровня гематокрита (ниже 40%) - 11 (19,3%). У 19 (33,3%) больных (количество баллов по шкале HAPS составило ≥ 1) диагностирован умеренной тяжести (mild) или тяжелый (severe) ОП. Внутрибрюшное давление измерялось трансвезикальным методом, после введения в пустой мочевой пузырь теплого изотонического раствора объемом не более 25 мл, в горизонтальном положении, в момент выдоха пациента, за нулевую отметку принимался уровень средней подмышечной линии (нормальное внутрибрюшное давление составляло менее 12 мм рт ст., определенное после троекратного измерения с интервалом 2-6 часов). Результаты. Установлено что, несмотря на проводимые консервативные методы лечения ОП (рациональная инфузионная терапия, эпидуральная анальгезия, декомпрессия кишечника), СИАГ III степени (World Society of the Abdominal Compartment Syndrome) диагностирован у 11 (19,3%) пациентов, IV степени – 8 (14%). Учитывая раннюю фазу ОП, высокий риск инфицирования паренхимы железы, гемодинамическую нестабильность пациентов преимущество отдавалось миниинвазивным методам лечения. У 9 (15,8%) пациентов под контролем УЗИ с помощью дренажей типа «Pigtail» 9 Fr произведена пункция острых перипанкреатических жидкостных скоплений. Объем аспирированного экссудата составил 1510±150 мл, с последующим дебитом по дренажу 360±50 мл/сутки, что способствовало регрессу СИАГ 3 мм рт ст./сутки. У 6 (10,5%) пациентов без жидкостных коллекторов в брюшной полости, забрюшинном пространстве выполнили эндоскопическую подкожную фасциотомию путем рассечения белой линии передней брюшной стенки (SLAF), 2 (3,5%) пациентам - rectum abdominis fasciotomy (RAF), что позволило снизить внутрибрюшное давление до 15±3 мм рт.ст. в первые часы послеоперационного периода. У 2 (3,5%) пациентов с СИАГ более 25 мм рт ст., при неэффективности миниинвазивных методов, произвели лапаротомную декомпрессию с назоинтестинальной интубацией, что способствовало стабилизации гемодинамики (артериальное систолическое давление > 100 мм рт ст, абдоминальное перфузионное давление > 60 мм рт.ст.), улучшение вентиляционной функции легких, стабилизации диуреза на уровне 30-50 мл/час. Выводы. Таким образом, СИАГ отягощает клиническую картину течения ОП, усиливая ишемию паренхимы поджелудочной железы, способствует транслокации бактерий из кишечника в очаги деструкции. СИАГ диагностирован у 19 (33,3%) пациентов с ОП, у 17 (29,8%) из них возможна коррекция внутрибрюшной гипертензии с помощью миниинвазивных методов.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ПИОНЕФРОЗОМ

Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т., (студенты 6 курса пед.фак.)

Широв Б.Ф., (студент 6 курса мед.пед.фак.), Тиляков А.А (студент 1 курса леч.фак),

Кафедра детской хирургии (зав.каф. д.м.н, доц. Юсупов Ш.А.

Научный руководитель д.м.н., доц. Мавлянов Ф.Ш.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения обструктивных уропатий, осложненных пионефрозом. Материал и методы. На лечении находилось 288 детей с врожденным гидронефрозом и уретерогидронефрозом. Из них обструктивная уропатия у 15 детей осложнилась пионефрозом. 9 детей было с врожденным гидронефрозом и 5 детей с уретерогидронефрозом. Результаты. У детей пионефроз зачастую отягощен состоянием гнойной интоксикации, поэтому риск первичной нефруретерэктомии высок. К тому же не смотря на гнойно-воспалительный процесс у детей компенсаторные возможности почки велики, а наличие 15-20% от функции почки является основанием к проведению органосохраняющей операции после стабилизации процесса. В связи с этим у таких больных нами была применена следующая тактика. Оперативной лечение данной категории пациентов производилось в два этапа. После предварительного урологического обследования на первом этапе проводилась перкутанная нефростомия пораженной почки. Если гнойный процесс был распространен на околопочечную клетчатки, то в обязательном порядке производилось дренирование гнойника. После выведения больного из состояния тяжелой гнойной интоксикации благодаря дренированию почки, стабилизации преморбидного фона ребенка, производилось повторное урологическое обследование (допплерография, экскреторная урография, радиоизотопные методы исследования). Если по данным исследования констатировалось отсутствие функции почки, больному производилась органоудаляющия операция. Нефруретерэктомия была произведена у 11 детей. У 4 детей было выявлено наличие функциональной способности почки. После разгрузки верхних мочевыводящих путей при помощи перкутанной нефростомии, на фоне комплексной терапии, по данным диагностики установлено 15-20% сохранной почечной паренхимы. Таким детям были произведены реконструктивно – пластические операции на верхних мочевыводящих путях (2 ребенка с врожденным гидронефрозом, 2 ребенка с уретерогидронефозом). Выводы. Таким образом: в отличие от нефростомии открытым способом, создающей дополнительные рубцы в окружающих почку тканях и в тканях брюшной стенки, где проходит разрез, чрескожная нефростомия не создает дополнительных технических трудностей для повторной операции, которая, по существу, проходит в техническом отношении не как повторное, а как первичное вмешательство. Кроме того, повторное урологическое обследование после декомпрессии мочевыделительной системы может достоверно определить показания к органоуносящим или пластическим операциям на мочевыводящем тракте.

ОБРАБОТКА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ С БЕТАДИНОМ

Мадаминов. А.А., Давронов Т.С., Джалолов Д.А., Рустамов И.М., студенты 313-315 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра общей хирургии (зав.каф.-к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Шеркулов К.У.

Введение. Связано это в первую очередь с тем, что во многих странах мира, особенно в эндемичных зонах, к которым относится и Узбекистан, заболеваемость эхинококкозом не только не снижается, но и продолжает расти. Однако ни один из предложенных методов не может удовлетворить ожидания хирургов, так как при их использовании возникают различного рода осложнения (кровотечения, повреждение кровеносных сосудов и желчных протоков). Поэтому решение данной проблемы должно идти по пути стимуляции образования соединительной ткани в остаточных полостях. Материалы и методы. Разработан новый способ облитерации остаточной полости после операции по поводу эхинококкоза. После клинической апробации данный способ был применен у 12 пациентов с эхинококкозом печени. Результаты. Возраст больных варьировал от 25 до 45 лет. Всем больным была произведена марсупиализация в связи с большими размерами эхинококковой кисты и ее локализацией в VII и VIII сегментах печени. Всем больным после операции устанавливали дренажные трубки в полость кисты для ее промывания 10% разведенным раствором Бетадина. Введение препарата в полость кисты производили каждый день – однократно с экспозицией 5 мин. Длительность введения препарата зависела от сроков облитерации полости кисты, что подтверждалось результатами УЗИ и КТ. У исследуемой группы больных облитерация наступила в среднем на 10–15-е сутки после

операции. В послеоперационном периоде проведенный клинический лабораторный анализ показал повышение уровней АЛТ и АСТ в крови. Их нормализация наступала на 5–6- е сутки после операции, что доказывает не токсичность данного препарата на печень. Все больные поправились. Послеоперационный койко-день составил 12,5. Выводы. Бетадин в силу присущих ему химических свойств оказывает стимулирующее действие на образование соединительной ткани в остаточной полости. Как лекарственный препарат – не токсичен, не вызывает побочных эффектов. Использование Бетадина как стимулятора облитерации остаточной полости приводит к сокращению послеоперационного койко-дня и сроков временной нетрудоспособности больных с эхинококкозом.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маликов Н.М студент 413-гр. педиатрического факультета СамМИ, Алимов Ж.И., резидент магистратуры III курса,

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. каф. – доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: асс. Тоиров А.С.

Цель исследования: Изучить эффективности комплексной терапии при хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Материал и методы исследования: В хирургическом отделении Самаркандском ГМО за период 2012-2018 гг. оперировано 287 больных по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей. Из них: женщин - 223, мужчин - 64 человек, что составило 77,6% и 22,4% соответственно. Длительность заболевания в среднем составила 2 года. Из общего числа больных на догоспитальном этапе получали комплексное лечение 92 (32%) пациентов, которое включало в себя компрессионную, медикаментозную терапию, а в ряде случаев склерооблитерацию. Наиболее часто медикаментозная терапия осуществлялась следующими препаратами: детралекс, флебодиа 600, антистакс и пентоксифиллин в рекомендуемых дозах курсами в течение 2-х месяцев 2 раза в год. Данная терапия была направлена: на повышение сосудистого тонуса, улучшение микроциркуляции, улучшение лимфовенозного дренажа в нижних конечностях. Результаты: Большинство пациентов, получавших медикаментозную терапию - 181 (63,3%) имела место положительная динамика в развитии патологического процесса в виде уменьшения отека и тяжести в нижних конечностях. А у 43 (15%) пациента на фоне проводимой медикаментозной терапии существенной динамики нами не отмечено. Компрессионная терапия была использована всем пациентам, причем у 246 (85,7%) из них применялись современные средства – различные виды компрессионного трикотажа, а у 38 – компрессионно-эластическое бинтование. Более выраженный положительный эффект отмечен у пациентов, использующих современные средства компрессии. Пациентам в клинике выполнялись следующие оперативные вмешательства: операция Троянова - 20 (7%), флебэктомия по Бэбкоку - Нарату - 247 (86%), операция по поводу рецидива варикозной болезни - 8 (2,7%), диссекция перфорантных вен - 12 (4,3%). После операции всем пациентам назначалась терапия с добавлением антиагрегантов. В 37 случаях, имевших высокий риск развития тромбоза в глубокой системе вен нижних конечностей назначалась гепаринотерапия по стандартной схеме. Прослежены отдаленные результаты у 103 (36%) пациентов. Сроки наблюдения составляли от 6 месяцев до 4 лет. Из этого количества пациентов комплексную терапию получали 235 (82%) человек, которые составили первую группу наблюдения. В данной группе отмечены 5 (2,1%) случаев рецидива варикозной болезни. Вторую группу составили 52 (18%) пациента, которые в силу ряда обстоятельств комплексного лечения не получали. У 16 (5,6%) пациентов отмечены рецидивы варикозной болезни, а в 99 (34,6%) случаях – усиление венозной недостаточности в процессе динамического наблюдения. Вывод: Таким образом, полученные результаты подтверждают необходимость проведения комплексной терапии не только в пред, но и послеоперационном периоде у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

ПРИЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Мамадалиев Ж., Мансуров Н., Турахонов А (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Общая хирургия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель к.м.н Хайдаров Г.А.

Различают общие и местные признаки ущемленных грыж. К местным симптомам относят невправимость грыжи, которая ранее легко вправлялась, определение плотного увеличенного и напряженного грыжевого выпячивания, отсутствие передачи кашлевого толчка. Перкуторно над областью грыжевого выпячивания в случае ущемления кишки определяется тимпанит. При наличии ущемления сальника или скопления большого количества грыжевой воды отмечается резкое притупление перкуторного звука. К общим симптомам относят внезапно возникающую острую боль в области грыжевого выпячивания, тошноту, рвоту и при позднем диагнозе - интоксикацию и характерные признаки, свойственные острой кишечной непроходимости. Боль обычно возникает внезапно на месте грыжевого выпячивания. В начале ущемления могут быть икота и рвота обычно рефлекторного характера. При развитии кишечной непроходимости и нарастании токсикоза рвотные массы приобретают каловый запах. Усиливается болезненность по всему животу, появляется резкий метеоризм, отмечается задержка стула и газа, возникает бурная перистальтика кишечника (симптом Валя). В поздние сроки при всех видах ущемления состояние больных резко ухудшается в связи с омертвлением ущемленного органа, развитием кишечной непроходимости, грыжевой флегмоны и перитонита. Диагноз в типичных случаях нетрудный. Появление сильной боли в области грыжевого выпячивания и невозможность свободно вправить грыжевое содержимое в брюшную полость - характерные признаки ущемленной грыжи. Возможны затруднения при распознавании небольших грыж, когда петля кишки ущемляется только в области ущемляющего кольца или имеется пристеночное ущемление кишки (грыжа Рихтера) Выявить подобные ущемления можно только при тщательной пальпации грыжевых ворот брюшной стенки. Все больные с ущемленными грыжами независимо от срока и локализации ущемления подлежат экстренной госпитализации в хирургический стационар. Транспортируют их на носилках в положении лежа. Запрещаются насильственное ручное вправление, применение слабительных средств, теплых ванн, введение наркотиков и спазмолитиков. Ручное вправление ущемленной грыжи на догоспитальном этапе возможно у тяжелых больных с наличием сопутствующих заболеваний и только в том случае, если с момента ущемления прошло не более 2 ч. Предварительно подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора атропина, при необходимости производят катетеризацию мочевого пузыря, опорожняют желудок (промывание при помощи толстого зонда) и делают очистительную клизму. Затем больного помещают в горячую ванну. Ручное вправление грыжи на догоспитальном этапе медицинскому работнику проводить не следует. При неуспешности вправления больного срочно госпитализируют в стационар. Нужно помнить, что при вправлении ущемленной грыжи и особенно при самовправлении может быть ложное вправление, когда грыжевое выпячивание вправляется в брюшную полость при сохранившемся ущемлении органа. Поэтому после вправления грыжи больных следует госпитализировать в хирургический стационар.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Маматкулова М.М., (студентка 2 курса леч.фак., СамМИ), Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э. Т., (студенты 6 курса пед.фак., СамМИ)

Кафедра детской хирургии (зав.каф. д.м.н, доц. Юсупов Ш.А.)

(научный руководитель д.м.н., доц. Мавлянов Ф.Ш.

Сопоставление данных УЗИ, допплерографии мочеточника пузырного выброса мочи и рентгенпланиметрии с интраоперационной картиной и морфологического исследования предпузырного отдела мочеточника позволило нам констатировать степень уретерогидронефроза. При уретерогидронефрозе II степени отмечается порок развития дистального отдела мочеточника, который проявляется неправильным формированием мышечных пучков, складок слизистой оболочки, избыточным разрастанием соединительной ткани. На УЗИ вышеуказанные гистологические изменения приводят к тому, что средние значения длины почки увеличиваются до 95,5±0,3, ширины - 50,3±0,7, диаметра мочеточника - 11,3±0,3, а ТПП уменьшается до 12,2±0,7. Допплерография показала, число выбросов в минуту снижается до 3,5±0,5 раз, а продолжительность одного выброса – 2,92±0,2 секунд. Максимальная скорость равнялась – 0,18±0,02м/с, средняя – 0,12±0,02м/с и минимальная 0,10±0,02м/с. По данным рентгенпланиметрии длина мочеточника равна 12,0±0,5 см, диаметр мочеточника – 2,1±0,1см, VMO - 50,4±7,3., RMO - 1,0±0,04.Принимая во внимание способность мочеточника к

резкому растяжению под влиянием ретенции мочи и не менее разительному сокращению после устранения обструкции, неоимпланатция мочеточника в мочевой пузырь производилась без обуживания. При уретерогидронефрозе III степени отмечается чрезмерное развитие мышечной и разрастание соединительной ткани. Наряду с гиперплазией соединительной ткани отмечается усиление дистрофических изменений миоцитов по сравнению с предыдущей группой наблюдения. В то же время хронический воспалительный процесс способствует усилению склеротических изменений дистального отдела мочеточника и, как следствие, увеличению его обструкции. На УЗИ выше указанные гистологические изменения приводят к тому, что средние значения длины почки увеличиваются до 113,2±3,2, ширины - 68,3±1,9, диаметра мочеточника - 17,3±0,7, а ТПП уменьшается до 7,1±0,3. Допплерография показала, число выбросов в минуту снижается до 1,5±0,5 раз, а продолжительность одного выброса – 1,16±0,5 секунд. Максимальная скорость равнялась – 0,08±0,02м/с, средняя – 0,07±0,02м/с и минимальная 0,05±0,02м/с. По данным рентгенпланиметрии длина мочеточника равна 12,0±0,5 см, диаметр мочеточника – 2,1±0,1см, VMO - 50,4±7,3., RMO - 1,0±0,04.

ПНЕВМОПЕРИКАРДИУМ У РЕБЕНКА (Случай из практики)

Маматкулова М.М., (студентка 2 курса леч.фак.), Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т., (студенты 6 курса пед.фак.)

Кафедра детской хирургии (зав.каф. - д.м.н, доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель д.м.н., доц. Мавлянов Ф.Ш.

Инородное тело желудка, повреждающее целостность перикарда – довольно редко встречающийся случай. В этой связи мы сочли возможным представить его описание. Больной О. 11 месяцев госпитализирован в отделение реанимации ОДММЦ с признаками острой дыхательной и сердечной недостаточностью. На обзорной «R-хау» органов брюшной полости и грудной клетки обнаружено инородное тело кардиальной части желудка и признаки пневмоперикардиума. На основании данных клинического, рентгенологического и эндоскопического исследований установлен диагноз инородного тела кардиальной части желудка, пневмоперикардиума. При помощи ФЭГДС из желудка удалено инородное тело (булавка). В точке Ларрея выполнена пункция перикарда с последующим его дренированием по Сельдингиру. Больному был установлен назогастральный зонд, через который производилось кормление ребенка. Дренажный катетер был удален на 9 сутки после травмы. Однако, на 5 сутки после удаления дренажа, при контрольном рентгенологическом обследовании выявлено незначительное накопление воздуха в полости перикарда. Перикард был пунктирован в 5 межреберье по lin. parasternalis sinistra, с последующей аспирацией воздуха из полости перикарда. Повторная пункция перикарда производилась 3 раза с интервалами 5-6 дней по мере накопления воздуха. Назогастральный зонд был удален на 31 сутки от момента заболевания. На 33 сутки после контрольного рентгенологического обследования ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Контрольное «R-хау» через неделю и 1 месяц после выписки исключила наличие перикардита и пневмоперикардиума.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

Мамирова С.Б., студентка 401 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: асс. Хамедова Ф.С.

Частота перинатального инсульта детей в возрасте менее 30 дней жизни составляет 26.4 на 100 000 (к ишемическим относится 17.8%), частота перинатального артериального инсульта – 25 на 100 000 новорожденных, что является основной причиной гемипаретических форм детских церебральных параличей. В связи с данной тенденцией необходимо проводить раннюю диагностику перинатального инсульта у новорожденных. Цель исследование: изучить эффективность нейросонографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга при диагностике перинатального инсульта у новорожденных. Материал и методы исследования: Нами было обследовано 28 больных. По типу инсульта больные были разделены на два группы: 1-ю составили 19 больных с ишемическим инсультом, 2-ю – 9 с геморрагическим. Наряду с клиническими и лабораторными исследованиями у всех больных были проведены нейросонография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга. Результаты: Ультразвуковое исследование в 1-й группе оказалось неинформативным в 17 случаях, тогда как во 2-й был поставлен правильный диагноз в 8. При компьютерной томографии головного мозга у данных больных была получены следующие результаты: в 1-й группе в 15 случаях был поставлен диагноз и определена точная локализация сосудистых нарушений, во 2-й данных показатель составил 100%. При магнитно-резонансной томографии головного мозга в обеих группах патологический прогресс был выявлен в 100%. Полученных результаты не снижают достоинств нейросонографии и компьютерной томографии, так как в более поздних сроках эти методы в связи с их большой доступностью и относительной простотой проведения дают большую информация о характере изменений паренхимы головного мозга и последствий сосудистых нарушений головного мозга. Выводы: Полученные результаты инструментальной диагностики показали эффективность магнитно-резонансной томографии головного мозга. Данный метод позволяет своевременно выявлять перинатальный изменения головного мозга у новорожденных, что способствует выбору правильной тактики лечения новорожденных с перинатальными инсультами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ

Манас уулу Актан, студент 5 курса, 2 группы, факультета Педиатрии, КГМА

Кафедра: Нейрохирургия (зав. каф.-академик –НАН КР, профессор Мамытов М.М.)

Научный руководитель: к.м.н. Каримов Ж.М., асп. Ашимов С.О.

Цель работы: Уточнить показаний к хирургическому лечению эпилепсии и определить наиболее оптимальный способ хирургического лечения фармакорезистентных форм эпилепсии. Оценить эффективности хирургического лечения у больных с фармакорезистентной формой эпилепсии. Материал и методы исследование: Обследовано 30 больных с фармакорезистентными формами эпилепсии после хирургического лечения (2018г) в отделении нейрохирургии НГ КР. Методы исследования: Обязательным этапом в диагностике произведено инструментальные методы исследование: ЭЭГ, КТ, МРТ и МР-ангиография с контрастом. Результаты: В результате исследование выявлено: мужчины 13(43,3%) женщины 17(56,7%) случаев. В возрастном аспекте :до 20 лет – 2 б (6,6%), 20-25 лет -6 б (20%), 26-35 лет -3 б (10%), 36-45 лет -9 б (30%), 46-55 лет -5 б (16,7%), старше 56 лет 5 б (16,7). У всех больных установлен фармакорезистентная форма эпилепсии. Все больные принимали антиэпилептические препараты (АЭП): карбомазепин 400-600мг в сутки(80%), депакин 400-1200 мг в сутки (10%), трилептал (7%), и другие противоэпилептические препараты (3%). Всем больным произведено оперативное лечение в условиях нейрохирургии №1-2 НГ МЗКР в периоде 2018г. Пациенты с операцией ПЭГ (Пневмоэнцефалография с лечебной целью)-19 (63,3%), Удаление кисты с разъединением субарахноидальных спаек 7 (23,3%), Супиальная трансекция 4 (13,4%). После операционном периоде, во время стационарного лечение произведенной Пневмоэнцефалографии с лечебной целью у 4% больных наблюдались повторные эпиприступы генерализованного характера, а 96% во время стационарного лечение эпиприступы не наблюдались. При операционном удалении кисты наблюдались 10% эпиприступы генерализованного характера, и 90% во время стационарного лечение эпиприступы не наблюдались. А у оперированных произведенной с супиальной трансекцией во время стационарного лечения эпирпиступы не наблюдались. Выводы: Таким образом применение, - Пневмоэнцефалографии (ПЭГ) с лечебной целью при фармакорезистентной формы эпилепсии на первом этапе лечении является наиболее эффективным методом лечении. При хирургической удалении кист с разъединением грубых арахноидальных спаек головного мозга совместно с супиальной трансекцией является обоснованным, перспективным и самым эффективным методом лечении фармакорезистентной формы эпилепсии. Дифференцированные и в своевременные применения хирургической лечении (ПЭГ и Супиальную трансекцию) на фармакорезистентную форму эпилепсии показывают свою высокую эффективность. После оперативных вмешательств наблюдается резкое снижение частота и продолжительность эпиприступов, улучшение социально-экономического положение, высокие показатели качеств жизни в сравнении с медикаментозной терапии фармакорезистентной формы эпилепсии.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Мардиев А.С. Рахмонов Ш.Ф. студенты 303 группы мед.педагогического факультета СамМИ

Кафедра общая хирургия (Зав. кафедрой – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель, ассистент Дусияров М.М.

Актуальность. В последнее время при холецистэктомии все шире используется ЛХЭ. Однако при выраженным спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости, при патологии сердца и лёгких, когда пневмоперитонеум небезразличен для больного, да и стоимость операции высокая, она не всегда применима. Методы работы и результаты. В нашей клинике с 2013 по 2018 гг у 114 больных произведено холецистэктомия из минидоступа (МЛХЭ). Около половины всех больных, перенесших МЛХЭ, были в возрасте от 60 до 75 лет. Женщин было 98 (85,96%), мужчин-16 (14,04%). Деструктивные формы острого холецистита выявлены у 46 (40,3%) больных, в том числе флегмонозный – у 36, гангренозный – у 10. При выполнении МЛХЭ у больных был использован усовершенствованный нами новый технический прием, который значительно облегчает выполнение операции. После произведения минилапаротомии, через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку, которая при выполнении «трудной» холецистэктомии особенно необходима. После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны. Вывод. Таким образом, полученные результаты позволяют отметить, что холецистэктомия из мини доступа позволяет выполнить удаление желчного пузыря как при хроническом, так и остром холецистите без увеличения длительности её осуществления. При этом применение усовершенствованного варианта МЛХЭ способствовало достоверно понизить число послеоперационных осложнений с 5% до 0,5% случаев.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

Мардиев А.С., Рахмонов Ш.Ф. студенты 303 группы мед.педагогического факультета СамМИ

Кафедра общая хирургия (зав. кафедрой – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель, ассистент Шеркулов К.У.

Актуальность. Среди пациентов колопроктолога иногда встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика. Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела - эпителиально-копчиковый ход. Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического лечения эпителиально - копчикового хода. Материалы и методы. В колопроктологическом отделении в 1- клинике СамМИ с 2014 по 2018 гг. прошли оперативное лечение 60 больных эпителиально-копчиковым ходом хронической формой течения. Все прошли радикальное лечение. Хирургическая тактика, лечения эпителиально-копчикового хода практически унифицирована. Она сводится к иссечению патологического отдела с подшиванием ко дну раны. 11 больным (18.3%) наложены глухие матрасные швы. Послеоперационные осложнения из этой группы больных возникли у 2 больных (18.1%). После этих осложнений стали применять полуоткрытый метод оперативного лечения с учетом анатомических параметров и степени сложности формы заболевания. К наиболее неблагоприятной группе относили больных с высокой конфигурацией ягодиц, острым углом межъягодичного углубления, длинной по протяженности складки. Для этой группы больных применяли разработанный и модифицированный способ хирургического лечения врачами клинике СамМИ. После иссечения патологического очага в пределах здоровой ткани дополнительно иссекали клиновидный лоскут подкожно-жировой клетчатки с обеих сторон раны с таким расчетом, чтобы обеспечить достаточную мобильность смещаемых ко дну кожных краев. Рану ушивали возвратными швами, на каждую половину раздельно, с таким расчетом, что после затягивания всех швов оставалась узкая рана, не более 0,2 см. В этой группе оперированы 49 пациента (81.7%). Осложнение наблюдали у 4 больных. Остальных 45 человека оперировали с частичным иссечением клиновидного лоскута подкожно жировой клетчатки, подшиванием ко дну раны. Осложнения наблюдали у 1 больного. Вывод. Таким образом, индивидуальный поход к выбору операции в зависимости от топографической особенности крестцово копчиковой области, наряду с применением комплекса мероприятий по профилактике осложнений при долечивании позволяет добиться хороших результатов выздоровления.

СЛУЧАЙ ДИСФОНИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мардонзода К.М., Холов Ш.И., Дадожонов Ж.Ю.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан, Республиканская клиническая больница Дангаринского района.

Научный руководитель - член корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель: описать клинический случай наблюдения пациента с дисфонией после хирургического вмешательства на щитовидной железе (ЩЖ). Материал и методы исследования. Пациентка Н., 28 лет, была госпитализирована в Республиканскую клиническую больницу Дангаринского района, с диагнозом – узловое поражение левой доли щитовидной железы II степени. В анамнезе: увеличенная левая доля щитовидной железы – которая развилась в течении последних 4-х лет, затруднённое дыхание, отдышка. На амбулаторном этапе пациентке была проведена медикаментозная терапия для достижения эутиреоидного состояния. Оперативное вмешательство - гемиструмэктомия проведено с применением эндотрахеального наркоза, минимально-инвазивным неэндоскопическим доступом в сочетании с оптическим увеличением из переднего срединного шейного доступа, на 2-3 см выше ярёмной вырезки, поперечным разрезом длинной в 5 см. По маркированной линии разреза с предварительной инфильтрацией рассекалась кожа и подкожная клетчатка доступом по Кохеру, далее послойно рассекалась платизма до фасции грудинно-подъязычной мышцы. Верхний кожно-мышечный лоскут тупым и острым путём мобилизировали до уровня нижнего края щитовидного хряща, несколько выше кожного разреза рассекали грудинно-подъязычную и грудинно-щитовидную мышцы по обеим сторонам, обнажая ЩЖ. С учётом размеров железы она подвергалась мобилизации тупым и острым путём по периметру, при этом выделялись верхне-щитовидные и нижне-щитовидные сосудистые ножки. Обе нижне-щитовидные артерии нами перевязывались и пересекались. Затем под оптическим увеличением с обеих сторон идентифицировали возвратные гортанные нервы (анатомическая непрерывность ВГН была сохранена), а также интактные околощитовидные железы, по две с каждой стороны. После тупого отделения перешейка железы от трахеи, перешеек рассекали и производили последующую мобилизацию левой доли ЩЖ. Путём временного наложения сосудистого зажима на верхнюю сосудистую ножку и основание доли производили резекцию железы. После этого проводили гемостаз паренхимы железы электрокоагулятором. Интраоперационно наблюдалось гипертрофия m. sterno-hyoideus et m. sterno-tyroideus с левой стороны, сравнительно меньшие размеры кровеносных сосудов левой доли ЩЖ со слабым кровенаполнением. Для достижения оптимального эстетического эффекта все слои ушивались послойно, с применением тонкого атравматического шовного материала, включая наложение внутрикожного эстетического шва. Результаты. Активного кровотечения не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде на 2 сутки у пациентки была выражена осиплость голоса (функциональная дисфония), которая была корригирована медикаментозно и фониатрической терапией на 50 послеоперационный день. Отдалённые результаты прослежены в период 3 года после операции. Выводы. Хорошее знание топографо-анатомических особенностей зоны операции и прецизионная техника оперирования позволяют обеспечить должную профилактику повреждения ВГН и связанные с ним послеоперационных осложнений, исключая возможность ятрогенных поражений. Комплексное консервативное лечение, начатое в раннем послеоперационном периоде у больных с обратимыми расстройствами двигательной иннервации гортани, обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию.

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Марчук Е.В., студентка 2 курса 2 группы медицинского факультета №1,

Гуцул О.В., ассистент кафедры биологической физики и медицинской информатики ВГУЗУ

«Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – проф., д.физ.-мат.н. Федив В.И.)

Научный руководитель ассистент, к.физ.-мат.н. Гуцул О.В.

Цель работы: Проблема лечения онкологических заболеваний является в настоящее время одной из самых актуальных вопросов здравоохранения. Из перечня распространенности локализаций злокачественных новообразований на первом месте среди женщин является рак молочной железы (РМЖ). Ежегодно в мире появляется около миллиона новых случаев РМЖ и около половины из этих случаев заканчиваются смертью. Именно поэтому актуальность методов лечения РМЖ и причины эффективности или неэффективности проводимых мероприятий является чрезвычайно актуальной. Материал и методы исследования: Лечение РМЖ в Черновицком областном онкологическом диспансере (ЧООД) происходит тремя путями: лучевая терапия (ЛТ), хирургический метод и химиотерапия. Суть метода ЛТ заключается в том, что опухоль подвергается воздействию гамма-лучей вместе с регионарными лимфатическими узлами и путями лимфооттока. В качестве источника гамма-излучения используется аппарат «АГАТ-Р1У». Дооперационная ЛТ происходит по дозировке по 2 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 40-45 Гр. В качестве радиосенсабилизатора при контактном методе облучения используют препарат метрогил (производный нитроимидазола - электронно-акцепторных сообщения), который ведет себя подобно кислороду, но в отличии от кислорода, метрогил проникает гораздо глубже в опухоль и обладает избирательной токсичностью по отношению к гипоксическим клеткам даже при отсутствии излучения. Селективное введение метрогила в опухоль и окружающие ткани до операции обеспечивает снижение риска послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при использовании пороговых доз облучения. Суммарная очаговая доза в 40-45 Гр приводит к гибели 90-95% субклинических очагов роста. ЛТ позволяет облегчить и увеличить шанс на успешный исход операции по удалению опухоли за счет гибели периферических клеток опухоли. Это приводит к снижению митотической активности раковых клеток, что в свою очередь приводит к уменьшению размеров опухоли, а также облегчает удаление опухоли и снижает риск метастазирования. Результаты: В 2017 г в Черновицком областном онкологическом диспансере 70 больных РМЖ получили предоперационную ЛТ. Учитывая размеры опухоли до начала терапии и непосредственно накануне операции, мы сделали следующие выводы относительно эффективности назначения ЛТ в дооперационном периоде: у 40% больных регрессия опухоли составляла 50%; у 46% больных - опухоль уменьшилась на 30%; у остальных 14% пациентов - на 20%. Большинству больным ЛТ дала положительный эффект и опухоль уменьшилась в размерах на 30-50%. В данной выборке пациентов: у пациентов с благоприятным исходом ЛТ отсутствовали воспалительные процессы, стадия рака 2-я (у 43% больных с данной выборки), 3-я (у 47% больных с данной выборки); пациенты с удовлетворительным результатом лучевой терапии имели воспалительные процесс в организме (46% из выборки) и 4-ю стадию рака (67% из них). Процент больных, которые не попали ни в одну из приведенных категорий причин менее успешного эффекта от ЛТ, объясняется индивидуальными особенностями состояния организма и опухоли. Выводы: ЛТ в дооперационном периоде лечения РМЖ дает хорошие результаты: действует на опухоль, склерозируя ее, что облегчает хирургическое удаление опухоли, снижает митотическую активность опухоли, предотвращает образование метастаз. Индивидуальные характеристики организма и опухоли имеют большое влияние на результаты ЛТ.

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ СЕПТОПЛАСТИКИ

Махмудов И.Х., Холов Ш.И., Дадожонов Дж.Ю.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Республиканская клиническая больница Дангаринского района (глав.врач -Камолов К.У.)

Научный руководитель - член корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., проф. Курбанов У.А.

Цель: изучить характер и формы деформации наружного носа и его перегородки у пациентов, которым выполнялись повторные операции на носу, изучить особенности и объём вторичных корригирующих вмешательств. Материал и методы исследования. Бригадой реконструктивно-пластических хирургов ХГМУ с февраля 2016 года по декабрь 2018 года на базе Республиканской клинической больницы Дангаринского района 327 пациентам с искривлениями перегородки носа (ИПН), без или в сочетании с деформацией наружного носа (ДНН), произведена операция септопластики и ринопластики. В том числе в 27 случаях (8,3%) были выполнены различные повторные корригирующие операции на носу и носовой перегородки. Мужчин было 14, женщин - 13. Возраст больных колебался от 14 до 48 лет (в среднем 25,5). Всем этим пациентам ранее в других лечебных учреждениях были выполнены операции на перегородке носа – подслизистая резекция перегородки по способу Киллиан. В том числе 5 пациентам операции проводились дважды. Больные жаловались на изменение формы наружного носа после перенесённой операции, затруднение дыхания, и остаточной деформации носа. Наряду с общеклиническими исследованиями всем больным производилась компьютерная томография (КТ) с 3D- моделированием. Результаты. При обследовании и интраоперационной ревизии были выявлены следующие изменения: остаточная деформация наружного носа у 15 (55,6%) пациентов, остаточное искривление перегородки у 16 (59,3%), вторичные деформации наружного носа, связанные с перенесённой ранее операцией у 18 (66,7%) пациентов, в том числе седловидная деформация носа – у 4, расширение основания носа и потеря проекции кончика носа - 21, ретракция колумеллы - 15, перфорация переднего отдела перегородки - 3, синдром «открытой крыши» - 2, синехии - 2. У 6 пациентов были обнаружены трансплантаты (аутотрансплантат – 4, ксенотрансплантат – 2) размешённые ранее на спинке носа, которые во время повторных операций были удалены. Повторное корригирующее оперативное вмешательство производилось всем 27 пациентам с применением прецизионной техники и оптического увеличения, под общим эндотрахеальным наркозом. При этом повторная открытая септопластика и ринопластика произведена 16 пациентам. Ринопластика путём использования аутотрансплантатов - 11 пациентам (ауторёберный трансплантат - 9, трансплантат с использованием резектата спинки носа для подпорки колумеллы - 2). Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, заживление ран первичным натяжением. Каких - либо осложнений не было отмечено. В сроках от 3-х до 22 месяцев после операции были наблюдаемы все пациенты. В целом хорошие удовлетворительные результаты были получены во всех случаях. Выводы. Агрессивная (чрезмерная) резекция перегородки при операции по способу Киллиан чаще становится причиной возникновения вторичной деформации наружного носа. С другой стороны, изолированное вмешательство на перегородке носа, без коррекции деформации наружного носа, на сегодняшний день является неоправданной. Ввиду того, что в большинстве случаев ИПН сочетается с ДНН, хирургическая тактика должна быть направлена на одновременную коррекцию формы и функции носа.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мизамов Ф.О., Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Облакулов З.Т., Муродуллаев С.О.

Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования СамМИ

(зав.каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Актуальность. Проблема острой спаечной кишечной непроходимости обусловлена постоянно возрастающей ее частотой, сохраняющимся высоким процентом диагностических ошибок от 12 до 18%. требующих постоянного совершенствования лечебно-диагностической тактики (Ш.И. Каримов с соавт., 2015; А.М. Хаджибаев с соавт., 2017). Цель работы: показать эффективность лапароскопического устранения острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы и методы. Нами выполнено 68 операций лапароскопического адгеолизиса. что составило 21.4% из 318 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2007-2017гг. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после

наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца посреднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки, содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступя не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (I11-1V степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника - переходим к лапаротомии. Результаты. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6.8 дня). Выводы: При лапароскопическом адгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОСТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Мизамов Ф.О., Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Карабоев Ж.А., Курбонов Н.А.

Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования СамМИ

(зав.каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Проблемы возникновения посттравматического панкреатита значительно возросла в последнее время. Это связано с ростом количества травм поджелудочной железы у лиц работоспособного возраста и отсутствием четких представлений о сроках развития и вариантах клинического течения посттравматического панкреатита. Цель исследования: Установить частоту возникновения посттравматического панкреатита в зависимости от локализации и степени повреждения поджелудочной железы. Изучить возможности прогнозирования развития посттравматического панкреатита у лиц с травмой поджелудочной железы. Материалы и методы: Предметом клинического наблюдения стали 59 больных с травмами поджелудочной железы. Для объективной оценки травмы поджелудочной железы применялась классификация Northrup W.F (1979 г.). Среди больных преобладали пациенты с закрытой травмой поджелудочной железы (53,4%). Доля сочетанных повреждений составила 57,2%. Объем оперативного вмешательства зависел от степени поражения поджелудочной железы, тяжести кровопотери, наличия сопутствующих повреждений. Посттравматический панкреатит наблюдался у 52 пациентов с травмой поджелудочной железы (88,1%). Диагноз посттравматического панкреатита ставился на основании интраоперационной картины, клинических проявлений в послеоперационном периоде, появлением специфических панкреатогенных осложнений. Результаты исследования: Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась у пациентов с 1 и 4 степенью повреждения поджелудочной железы (88% и 77,3% соответственно). Достоверных отличий между частотой возникновения посттравматического панкреатита у больных с повреждением паренхимы железы и травмой панкреатических протоков получено не было. Установлено, что при открытой травме поджелудочной железы панкреатит развивался в 51% случаев, а при закрытой у 80% больных. По нашим данным существенное значение на развитие послеоперационного панкреатита оказывал характер проводимой операции на поджелудочной железе. При проведении тампонирования поджелудочной железы с целью остановки кровотечения, панкреатит развивался в 66% случаев, тогда как при обычном дренировании только в 49% случаев. По-видимому, это связано с дополнительной травматизацией паренхимы железы при тампонировании. Абдоминизация поджелудочной железы приводила к развитию острого панкреатита в 97,6% наблюдений. При проведении дистальной резекции поджелудочной железы посттравматической панкреатит не развивался. При манипуляциях на протоковой системе поджелудочной железы панкреатит развивался в 100% случаев. Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась при повреждении перешейка железы (86,32%) и хвоста железы (77,9%). При сочетанных повреждениях панкреатит развивался в 100% случаев. Установлено, что с увеличением тяжести поражения железы клинические проявления панкреатита становятся более выраженными. Общая летальность при повреждении поджелудочной железы составила 26,4%. В структуре летальности посттравматический панкреатит составил 15,1%. При 1 степени повреждения поджелудочной железы летальность составила 20%, при 4 степени 26,4%. При деструктивном посттравматическом панкреатите летальность составила 28,9%. Выводы: Улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с адекватно проведенным оперативным вмешательством, а также назначением в послеоперационном периоде всем пациентам упреждающей патогенетической терапии.

ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОЕ СУПЕРИНФИЦИРОВАНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Мирзаева М.А., 6-курс лечебное дело ТМА, Бахритдинов Т.Т., 5- курс медико-педагогическое направление

Андижанского государственного медицинского института

Научный руководитель: Зав. кафедры, д.м.н., профессор Касимов К.К. Андижанского государстввенного медицинского института

Актуальность проблемы: По данным разных авторов, доля хронического тонзиллита среди взрослого населения встречается в 4-6% случаев, а среди детского – около 8-10%. Цель исследования: Определения роли грибов Кандида в патогенезе хронического тонзиллита и разработать рациональные методы лечения. Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 120 больных хроническим тонзиллитом, у 39 (32,5%) установлено наличие грибково-бактериальной флоры в миндалинах. Одним из основных методов диагностики грибкового суперинфицирования является микроскопическое исследование и посев содержимого лакун миндалин на элективные среды Сабуро. При лечении применяли бактерицидно противогрибковую пасту, которую вводили в лакуны миндалин в виде затвердевающих паст. Пасту вводили 2 раза в неделю, всего на курс лечения производили 4-5 процедур. Улучшение состояния было достигнуто у 35 и неэффективным лечением оказалось у 4 больных, все эти больные с декомпенсированной формой хронического тонзиллита. Динамическое наблюдение за больными проводилась в течение 2 лет, обострение заболевания было лишь у одного больного через 2 года после лечения Выводы. 1. Таким образом, и культуральное исследование является одним из методов в диагностике хронического тонзиллита при грибково-бактериальном инфицировании. 2. Применение бактерицидно-противогрибковой пасты при лечении больных хроническим тонзиллитом является эффективным методом, так как дает возможность образования в миндалинах депо лекарственных препаратов на длительный период.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Мирзаева М.А. 6-курс лечебный дело ТМА

Бахритдинов Т.Т. 5- курс медико-педагогическое направления Андижанского государстввенного медицинского института

Научный руководитель: зав. кафедрой, д.м.н., профессор Касимов К.К. АндМИ

Нами экспериментально на кроликах было изучено влияние вышеуказанных факторов на слизистую оболочку полости носа и около носовых пазух. В зависимости от применяемого воздействия животные были разделены на 3 равных групп. Первая группа животных подвергалась воздействию лишь высокой температуры воздуха (40^0 С), вторая помещалась в условия повешенной запыленности, а третья подвергалась воздействию обоих факторов. Кролики в камерах содержались от 7 до 45 дней. В течение эксперимента изучалось влияние перечисленных факторов на слизистую оболочку полости носа и верхнечелюстных пазух. В связи с этим, в обозначенные вышеуказанные сроки, после забивания кроликов тщательно изучалось микроскопическая картина, как слизистой оболочки носа, так и околоносовых пазух. Уже к 7-му дню на слизистой оболочке полости носа и околоносовых

пазух, наблюдаются первые признаки катарального воспаления. Как при воздействии отдельных факторов, так и при сочетании их. Горячий воздух вызывает катаральное воспаление, а затем дистрофические изменения в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух, что является несколько меньшим раздражителем, чем запыленность. Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки, наблюдаются при одновременном воздействии и температурного, и пылевого факторов, когда уже к 20 дню появляются атрофические изменения эпителия в отдельных участках полости носа и верхнечелюстной пазухи. По мере удлинения сроков воздействия появляется метаплазия эпителия, то есть возникает новое качественное состояние, при этом призматический эпителий вначале превращается в переходный, а затем в многослойный плоский. Атрофический процесс захватывает более глубокие слои слизистой оболочки. Увеличивается количество фиброзной ткани. Концевые отделы желез уменьшаются в размерах, вследствие сдавливания склерозированной стромой. Уменьшается секреторная функция желез, эпителий их уплощается, иногда наблюдается их кистозное расширение. Вывод: Таким образом, нами экспериментально доказано пагубное влияние климатических факторов аридной зоны Средней Азии на слизистую оболочку полости носа.

ИНФАРКТ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Мота М.В., клинический ординатор первого года, Медицинский институт ПетрГУ

Кафедра педиатрии и детской хирургии (зав. каф. – д.м.н. Зарипова Ю.Р.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Пяттоев Ю. Г.

Инфаркт большого сальника - редкая причина острых заболеваний органов брюшной полости у детей. Среди этиологических факторов отмечают пороки развития большого сальника, травму, однако в большинстве случаев причина остается неизвестной. Наиболее часто в процесс вовлечен правый нижний сегмент сальника, который является самым подвижным и богатым жировой тканью, поэтому в большинстве случаев это заболевание диагностируют, как острый аппендицит. Широкое использование УЗ диагностики при острых болях в животе у детей позволяет заподозрить данную патологию до операции. В современной литературе приводятся описания успешного консервативного лечения инфаркта большого сальника у детей (Rimon A. et al, 2009). В Карельском Центре детской хирургии за последние пять лет находились на лечении 3 детей (два мальчика 2-х и 10 лет и девочка 8 лет) с диагнозом «Инфаркт большого сальника». Дети поступили через 2,5, 20 и 48 часов от начала заболевания. Основная жалоба при поступлении - боли в правых отделах живота. Лишь у 2-х летнего ребенка отмечалось повышение температуры до 37,6. У мальчика 10 лет имелось ожирение 3 ст. По данным лабораторного исследования пациентов патологии выявлено не было. Двум детям выполнялось УЗИ органов брюшной полости. В результате у одного пациента заподозрен инфаркт участка сальника, во втором наблюдении – выявлены признаки о.аппендицита. У двух пациентов выполнялась диагностическая лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот в умеренном количестве и измененный инфильтрированный в кровоизлияниях участок большого сальника от 4 до 6см в диаметре. Мальчику 10-и лет выполнена лапароскопическая резекция участка сальника. Ребенку 2-х лет в последующем выполнена лапаротомия, резекция части измененного сальника и аппендэктомия. Девочка 8-ми лет оперирована с диагнозом о.аппендицит. При ревизии брюшной полости выявлены вторично-измененный червеобразный отросток и инфильтрат большого сальника в диаметре до 6см, плотный, вишневого цвета. Операция закончена резекцией участка измененного большого сальника и аппендэктомией. Послеоперационный период протекал у всех пациентов без осложнений, раны зажили первичным натяжением. Средний койко-день составил 9,6. При морфологическом исследовании участков удаленного сальника имелась однотипная картина геморрагического некроза/инфаркта с демаркационным воспалением. В удаленных отростках имелись признаки хронического воспаления вне обострения. Таким образом, инфаркт большого сальника в детском возрасте встречается крайне редко. Клиническая картина заболевания очень напоминает острый аппендицит. Ультразвуковое исследование брюшной полости квалифицированным специалистом может помочь в дифференциальном диагнозе. Использование лапароскопии у детей с данной патологией предпочтительнее как с точки зрения окончательного диагноза, так и миниинвазивного вмешательства на органах брюшной полости.

БЛЕББИНГ-ФЕНОМЕН (БФ) В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОП)

Муллахметов Б.А. студент 306 группы, Угланова Л.Н. студентка 305 группы, Исаева П.В. 313 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО ИГМА МИНЗДРАВА РФ Кафедра общей хирургии (зав. каф. – д.м.н. Халимов Э.Г.)

Научный руководитель ассистент кафедры, к.м.н. Михайлов А.Ю.

Цель работы: Выявить особенности БФ у больных с ОП на разных стадиях развития заболевания. Материал и методы исследования: Исследование проведено в период сентябрь 2018 года - март 2019 года на базе отделения хирургии БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» У пациентов с ОП, в срок от 3 до 14 с момента поступления производился забор венозной крови 5,0-10,0 мл. БФ лейкоцитов исследовался методикой микроэлектрофореза на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ. В поле размером 100 мм^2 проводили учёт лимфоцитов, нейтрофилов, моноцитов, находящихся в состоянии блеббинга. Результаты: Выявлено, что моноциты в крови пациентов с ОП находятся в терминальном БФ, который приводит к апоптозу. Нейтрофилы подвержены блеббингу в большем количестве, в вариации БФ от начальной стадии до терминальной. Лимфоциты отмечены начальным БФ, отличаются выраженной резистентностью к блеббинг-образованию. Терминальный БФ мембраны лимфоцитов в 95,0±10,5 случаев соответствует инфицированному панкреонекрозу с развитием гнойно- некротического парапанкреатита. Данная группа больных была оперирована, в 85,0% случаев широкой лапаротомией с оментобуростостомией, санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Ранние стадии БФ являются обратимыми явлениями. Выход клетки из блеббинга идет в обратном порядке, то есть в первую очередь лимфоциты, затем нейтрофилы. Уменьшение БФ лимфоцитов наиболее выраженное к 10- 14 дню развития заболевания, свидетельствует о переходе во 2 фазу ОП. Снижение БФ лимфоцитов и нейтрофилов соответствует улучшению самочувствия пациентов, уменьшению эндотоксикоза. В ходе наблюдений блеббинг моноцитов зарегистрирован исключительно в терминальной фазе, динамики развития его не отмечено. Выводы: Уровень БЛ коррелирует с тяжестью и фазностью развития ОП. Может быть рекомендован для мониторинга состояния пациентов с острым панкреатитом и выбора лечебной тактики.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА АНЕСТЕЗИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ БОЛЬ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРОКТОЛОГИИ

Муратова С.Ш., студентка 502 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - д.м.н доц. Матлубов М.М.) Научный руководитель: асс. Маллаев С.С.

Исследованию подвергнуты 42 пациента, находящихся на излечении в проктологическом отделении клиники СамМИ в 2018 году. Больные были разделены на две группы в зависимости от проведенной анестезии. Наши пациенты были в возрасте от 60 до 85 в среднем (73,4 + 2,3). Операции проводились по поводу хронического геморроя, острого парапроктита, полипов и трещин прямой кишки. В первой группе из 20 пациентов в качестве метода анестезии было проведено тотальное в/венное обезболивание (ГОМК + натрий тиопенталом с углублением препаратами НЛА). Вторая группа состояла из 22 больных, им была проведена сакральная анестезия. Последняя проводилась 2%-раствором лидокаина в дозе 480-500 мг. Группы были сопоставимы по характеристикам артериальной гипертензии и хирургической патологии. Послеоперационный болевой синдром оценивали на основании вербальной рейтинговой шкалы, визуально-аналоговой шкалы. Изучались так же гемодинамические показатели (САД, пульс и ЧД), характеризующие интенсивность после операционной боли. Результаты: В первой группу в послеоперационном периоде всем больным проводилось обезболивание наркотическими аналгетиками: морфин в дозе -0,02мг/кг, промедол в дозе - 0,02мг/кг в течении суток. Во второй группе использовались НПВС (кетонал в дозе -0,03мг/кг). На вторые сутки лишь двое из второй группы и 8 пациентов из 1 группы нуждались в обезболивании. Кроме того, в 1 группе у 40% больных наблюдалось повышение АД, учащение пульса и дыхания. Такая реакция отмечена лишь у одного больного во 2 группе. Вывод: При проведении проктологических оперативных вмешательств у лиц пожилого возраста с сопутствующей артериальной гипертензией методом выбора анестезии и послеоперационного обезболивания является проведение сакральной анестезии.

КТ-ПРИЗНАКИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ГОРТАНИ

Мухамедова А.Б., резидент магистратуры 2 года обучения ТМА

Кафедра Медицинской радиологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Ходжибеков М.Х.)

Научный руководитель д.м.н. Ходжибеков М.Х.

Цель. Определить КТ-признаки оценке распространения рака гортани, в том числе в преднадгортанное и парагортанное пространства, вовлечения хрящей гортани, экстрагортанных структур и лимфатической диссеминации. Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе Республиканского Онкологического Центра и Городского онкологического диспансера. Были рассмотрены данные мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) 80 больных с жалобами на охриплость, одышку, затруднение дыхания и нарушение фонации. Все больные были подвергнуты эндоскопическому исследованию, при котором установлено наличие образование в гортани. МСКТ проводилась на 64-рядном томографе “Somatom Definition AS” и 6-рядном “Somatom Emotion” (Siemens, Germany). Сканирование проводилось при спокойном дыхании больных с охватом поля от уровня подбородка до грудинно-ключичного сочленения. Диагноз рака гортани был верифицирован у всех больных на основании данных эндоскопической биопсии и/или данных хирургических операций. Результаты и обсуждение. По итогам исследования преимущественная локализация опухоли составляла: в складочной части- 52 (65%) случаев, в надскладочной части- 16 (20%) случаев, в подскладочной части- 5 (6%) случаев. У 7 (9%) больных из-за выраженной распространенности опухоли эпицентр образования определить не удалось – трансгортанная локализация. При анализе снимков КТ образования имели округлую или неправильную форму с четкими контурами. Средние показатели плотности образований составили +47±0,5 едН. Отличий в размерах в зависимости от анатомического расположения эпицентра опухоли не было замечено. Инфильтрация жировых пространств на КТ проявлялась появлением светлых участков на темном фоне жировой ткани. У 14 больных (17,5%) наблюдалось прорастание парагортанной клетчатки. При этом в 10 случаях эпицентром опухоли являлись ложные голосовые связки, а в 4 случаях эпицентром являлись черпало-надгортанные связки. У 12 больных (15%) наблюдалась прямое прорастание преднадгортанной клетчатки, при этом эпицентром опухоли являлся надгортанник. Поражения хрящей были обнаружены у 46 больных из 80 (57,5%). КТ критерии, свидетельствующие об инвазии хряща включали: склероз, эрозию, лизис и наличие экстраларингеального образования. Стоит отметить, что частота встречаемости вида поражения варьировала в зависимости от локализации опухоли. В то время как в щитовидном хряще больше преобладал склероз, в перстневидном и черпаловидных хрящах преобладали эрозии и лизис. Экстраларингеальное распространение наблюдалось у 21 больных с Т4 стадией, при этом данные КТ демонстрировали информацию о прорастании в гортаноглотку -13 случаев (62%), щитовидную железу - 4 (19%) и верхний отдел пищевода 4 - (19%). В 41 случае (51%) КТ показала наличие метастатического поражение лимфоузлов, преимущественно у больных с локализацией опухоли в надскладочной области. Раковый лимфаденит проявлялся увеличением лимфоузлов, изменением их формы, в отдельных случаях наблюдались очаги некроза и нарушение целостных контуров. Строгой корреляции поражения лимфоузлов с величиной первичного образования не отмечено. Выводы: Анализ данных КТ показал, что у 8 больных с Т3 стадией рака гортани по итогам клинико-эндоскопического имела место переоценка стадии и распространенность процесса соответствовала Т2 стадии рака. В данных случаях переоценка была во многом связана с тем, что размеры опухоли при ФЛС давали ошибочное представление о глубине поражения. У 6 больных Т2 стадией рака гортани по итогам ФЛС распространенность процесса по данным МСКТ соответствовала Т3 стадии рака. Причиной недооценки стадии при этом являлось отсутствие визуализации инвазии хряща или подслизистого распространения опухоли.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Мухаммадиев А.А., Туганов О.У., Рахимов А.К.

Научный руководитель – проф. Шамсиев Ж.А.

Кафедра детской хирургии, Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) является врождённой аномалией тонкой кишки, связанной с нарушением обратного развития проксимального отдела желточного протока, когда остается необлитерированной его проксимальная часть. Цель исследования: Определить структуру, частоту и клиническую симптоматику осложнений дивертикула Меккеля у детей. Пациенты и методы. За период с 2000 по 2018 гг. в отделении экстренной хирургии 2-клиники СамМИ пролечено 31 ребенка с различными видами осложненного течения ДМ. Дети в возрасте от 5 мес. до 1 года было 4 (13%), 1-3 года – 1 (3%), 3-7 лет – 14 (45%), 7-14 лет - 12 (39%). Преобладали мальчики 24 (77%). Для диагностики, наряду с общеклиническими методами, использованы: обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная рентгенография, УЗИ, по показаниям - сцинтиграфия и КТ. Результаты. Клиническая симптоматика ДМ проявлялась признаками его осложнений. Наиболее частым осложнением явилась странгуляционная кишечная непроходимость – у 10 (323%) больных. Типичными симптомами при этом были: схваткообразные боли в животе и многократная рвота, вздутие живота и видимая перистальтика кишечных петель, «шум плеска», в запущенных случаях имелись перитонеальные симптомы. Интраоперационно наиболее часто при данном осложнении выявлялась фиксация верхушки ДМ тяжом к брыжейке тонкой кишки и в образовавшемся при этом «окне» внедрялась и сдавливалась петля тонкой кишки (7), реже наблюдался заворот кишечника вокруг фиксированного с помощью тяжа к пупку ДМ (3). В 4 случаях у этих больных выявлен некроз кишечника. У 5 (20,8%) больных наблюдали внедрение ДМ в просвет подвздошной кишки с последующим образованием подвздошно-ободочной инвагинации, при этом в 3-х случаях наблюдался некроз кишечной петли. Дивертикулит наблюдали у 7 (29%) больных, при этом у 4 больных клинические признаки были аналогичны острому аппендициту, у 3 больных с клиникой перитонита интраоперационно выявлен гангренозно-перфоративный дивертикулит. К редким осложнениям ДМ относится перфорация инородными телами. Мы наблюдали 1 случай перфорации ДМ инородным телом (батарейкой) с развитием разлитого гнойно-калового перитонита. Кровотечение из ДМ наблюдали у 1 ребенка в возрасте 7 мес., что проявлялось безболезненным обильным выделением из заднего прохода крови темно-вишневого цвета, тахикардией, коллапсом и быстрой анемизацией. Тактика хирургического вмешательства определялась индивидуально в зависимости от вида патологии ДМ, анатомического варианта расположения ДМ и тяжести развившегося осложнения. Резекция ДМ выполнена в 16 случаях, резекция некротизированного участка кишечника с ДМ и наложением межкишечного анастомоза – 6, резекция с илеостомией –у 2. Летальных случаев не отмечали.

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мухамадиева М.А., студентка 601-группы, педиатрического факультета ТашПМИ

Научный руководитель: Арипова Ф.С.

Кафедра акушерства и гинекологии, детской гинекологии, ТашПМИ

Актуальность. Опухоли у детей и подростков составляют 3,8 среди гинекологической патологии у девочек и подростков, диагностика и выявление которых является своевременной и актуальной задачей. Цель и задачи. Определить частоту и выявляемость опухолей и опухолевидных образований матки и яичников у девочек. Материалы и методы исследования. Нами прооперировано 204 пациентки, по поводу опухолей гениталий в возрасте от 3 до 18 лет. Анализ клинического материала позволил выявить следующие особенности. Основной жалобой являются боли в низу живота, однако чаще, чем у взрослых опухоли протекают бессимптомно. Реже возникают симптомы сдавления соседних органов. Опухоль в силу строения детского таза располагается высоко и легко пальпируется через переднюю брюшную стенку. Быстрый рост опухоли наблюдается у 2/3 больных, что по-видимому, обусловлен активными обменными процессами растущего организма. Результаты. Дополнительные методы исследования –УЗИ, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, лапароскопия, гастроскопия- позволяют улучшить диагностику опухолей на более ранних этапах. По гистологической структуре 25% составляют зрелые тератомы, 15,3% -серозные кистомы, 11,4% -муцинозные кистомы, 15% - параовариальные кисты, 4,5 –гормонально активные опухоли, 10% - фолликулярные кисты. Выводы. Операции при опухолях яичников должны быть максимально консервативными; с применением ареактивных шовных материалов, проводиться только в специализированых стационарах об обязательном срочным гистологическом исследовании препарата.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Назаров С.П., резидент магистратуры 2 курса, асс. Тиляков Х.А. СамМИ

Кафедра Травматологии и ортопедии (зав.каф. - к.м.н. Пардаев С.Н.)

Научный руководитель: доц. Пардаев С.Н.

Актуальность. Эффективность хирургического лечения больных определяется устранением компрессии невральных структур и предотвращением дальнейшего смещения позвонка с сохранением достигнутой коррекции. Сравнительный анализ методик переднего, заднего, заднебокового спондилодеза, использования различных имплантатов и фиксаторов позвоночника демонстрирует широкий диапазон благоприятных результатов лечения от 50 до 90%. Целью данного исследования является анализ собственных результатов хирургического лечения 58 больных, которым применялось метод транспедикулярная фиксация направленные на устранения болевого синдрома, восстановления анатомических взаимоотношений и стабилизация пояснично кресцового отдела позвоночника в сочетании с различными методами переднего и заднего спондилодеза. Материал и методы исследования. На первом этапе исследования был проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 58 больных с спондилолистезом, оперированных в Самаркандской областной больнице ортопедии и последствии травм в отделении спинальной хирургии в период с 2016 по 2019 год. Всем больным был произведен задний (заднебоковой) спондилодез костными аутотрансплантатами и транспедикулярная фиксация позвоночника (PLF), в частности: изолированный задний спондилодез – у 30 больных (47%), межтеловой спондилодез из заднего доступа– у 21 (38%), межтеловой спондилодез из переднего доступа– у 4 больных со спондилолистезом III-IV ст. Трем больным молодого возраста со спондилолистезом L5 позвонка первой степени и двусторонним спондилолизом выполняли изолированное восстановление спондилолизного дефекта – костную аутопластику дефекта межсуставной части дужки и ее фиксацию комбинированной ламинарно-транспедикулярной системой без сегментарной фиксации позвоночника. Для фиксации и коррекции позвоночника были применены современные транспедикулярные системы. Редукцию смещенного позвонка осуществляли при помощи специальных «редукционных» винтов и инструментов. Фиксацию одного сегмента (4 транспедикулярных винта) производили при небольших степенях смещения, отсутствии дегенеративных изменений смежных межпозвонковых дисков. При смещениях III-IV ст., а также при выраженных дегенеративных изменениях смежных межпозвонковых дисков, значительных нарушениях баланса позвоночника выполняли многоуровневую транспедикулярную фиксацию. Результаты исследования. Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных со спондилолистезом убедительно показала увеличение частоты благоприятных исходов до 88,2% в группе больных, оперированных с применением металлических конструкций после детального предоперационного планирования. К удовлетворительным результатам отнеслись – 5 (7,4%) больных, и неудовлетворительные результаты составило – 3 (4,4%) пациента. Заключения. Таким образом, анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с истинным (спондилолизным) спондилолистезом позволил выделить следующие патологические факторы, в значительной степени определяющие анатомо - функциональные исходы лечения: компрессия нейро-сосудистых элементов; степень смещения тела позвонка; нарушение стабильности позвоночно-двигательного сегмента (гипермобильность, нестабильность); нарушение сагиттальных и фронтальных позвоночно-тазовых взаимоотношений, баланса туловища, требующие инструментальной коррекции; дегенеративные изменения смежных сегментов позвоночника; высота межпозвонкового промежутка на уровне смещения.

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ СЕПСИС

Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш.,

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Целью исследования является изучение клинико-морфологической картины панкреатогенного сепсиса с полиорганной недостаточностью. Материалы и методы. Ретроспективно изучены клинико-морфологические данные 43 случаев панкреонекроза, леченных в хирургическом отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2010-2018 гг. У 24 больных в плазме определены концентрации С- реактивного белка (Beckman, Ireland), ИЛ-6 и ФНО альфа (Beckman Coulter, France). Значения СРБ, ИЛ-6 и ФНО альфа в контрольной группе (20 доноров) были соответственно 7,2+0,8 mg/ml, 6,3+2,4 pg/ml, 4,27+1,25 pg/ml. Интенсивность синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) определена по методике Talmor M и др.(1999). Проведены измерения уровня прокальтитонина (ПКТ) по методу PCT-Q BRAHMS в сыворотке крови у больных панкреонекрозом осложненной сепсисом. Результаты. В исследуемой группе преобладали мужчины (36) и случаи связанные с желчной патологией и злоупотреблением алкоголем (31). Средний возраст был 43+1,05 лет. Длительность госпитализации 32,6±4,1 дня, из которых 10,7±3.5 проведены в отделении реанимации. У 29 больных интраоперационные посевы выявили возбудителей: только в 2 случаях высеяны стрептококки в остальных граммотрицательные бактерии в монокультурах (25) или в ассоциациях (2). Посевы крови были положительными в 8 случаях (27,6%) и не соответствовали абдоминальным посевам (стафилококки-6, синегнойная и кишечная палочки по 1 случаю). В первые 6 ч средний уровень ПКТ составил 7,05±-1,1нг/мл, в дальнейшем уровень ПКТ продолжал повышаться и в первые 48 ч составил 23,5±5,5 нг/мл.Значения СРБ, ИЛ-6 и ФНО альфа были следующими: 148,33+30,83 mg/ml ($p<0,05$), 25,2±4,8 pg/ml ($p<0,05$), 6,43+1,85 ($p>0,05$) соответственно, ССВО-2 обнаружено у 20 больного, ССВО-3 у 16, а ССВО-4 у 7 больных. Летальность при ССВО-2 была 14,3%, а при ССВО-3-4 достигла 82,4%. Недостаточности органа была у 10 больных (при этом умерли 50%). недостаточность 2 органов - 11 случаев (умерли 70,4%), а при недостаточности 3 органов - 6 летальность была 100%. Наиболее часто клинически диагностировано поражение легких (88%) - в виде дисковидных ателектазов, отеков легких, плеврит/эмпиемы, пневмоний, абсцессов легких, Умерли 18 больных (41,9%) (среди мужчин 32%, среди женщин 75%). В летальных случаях обнаружено поражение легких в 12 случаях, печени и почек по 8 случаев, желудочно-кишечного тракта у 6, миокарда у 3, головного мозга у 1 умершего. Данные исследования подтверждают стадийное течение панкреатогенного (преимущественно грамм- отрицательного) сепсиса, при котором у всех больных обнаружено наличие ССВО, повышенное ПКТ (свыше 27 нг/мл) увеличение интенсивности которого сопряжено с увеличением летальности. Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактериоцидную концентра-цию в зоне поражения со спектром действия относительно всех экономически значимых возбудителей. Отдифференцировать в реальном времени цель назначения антибиотиков при панкреонекрозе – профилактическую и лечебную – во многих случаях крайне сложно, учитывая риск «оккультного» инфицирования некротической поджелудочной железы и сложности его документации клинико-лабораторными методами. Развитие при панкреонекрозе сепсиса требует немедленного назначения антибактериальных средств максимальным эффектом и минимальными побочными эффектами. Препаратами выбора как для профилактического, так и для лечебного применения являются: карбапенемы; цефалоспорины III-IV поколений + метронидазол; фторхинолоны + метронидазол; защишенные уреидопенициллины и карбоксипенициллины (пиперацил-лин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат). Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в генезе инфекционных осложнений панкреонекроза, в схему антимикробной терапии целесо-образно включение режима селективной деконтаминации кишечника (в частности фторхилонов в комбинации с полимиксином). Данные литературы и собственные клинические наблюдения полволяют считать панкреонекроз фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных. Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе – до полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе (стерильный, инфицированный) и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств для эффективной антибактериальной терапии, следует предусматривать возможность смены нескольких режимов. Благодаря применению активной антибактериальной терапии летальность среди оперированных с панкреонекрозом снизились до 25,5%. Выводы. Высокие концентрации в плазме ПКТ, СРБ и ИЛ-6 указывает на тяжесть течения сепсиса у больных панкреонекрозом. Наиболее часто при панкреатическом сепсисе поражаются легкие; в то же время летальность резко возрастает при полиорганном поражении, три и более компонентов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ (HIFU) В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРОСТАТЫ

Нарзикулов Р.Б., врач-эндоуролог, мед. фирма «Интрамед», г. Самарканд, Юсупов Дж.Ф., магистр 1 года обучения курса урологии СамМИ,

Гайбуллаев М.Т., магистр 1 года обучения курса урологии СамМИ, Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Шодмонова З.Р.

Актуальность. Ультразвуковая абляция (High Intensity Focused Ultrasound - HIFU) - это новейший высокотехнологичный метод локального лечения опухолей, основанный на воздействии высокоинтенсивных сфокусированных ультразвуковых волн. Наиболее изученным аспектом применения HIFU в урологии являются заболевания предстательной железы, особенно аденокарциномы и доброкачественной гиперплазии простаты. HIFU-терапия традиционно применяется как самостоятельный метод лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ). Цель. Изучение принципа действия, безопасности и эффективности HIFU-терапии в лечении больных локализованным раком простаты. Материал и методы. Нами изучены результаты HIFU-терапии 37 больных с локализованным РПЖ, в возрасте 49-75 лет (в среднем 58,3±8,7). Комплексное обследование и лечение больных проводилось в медицинском центре «Интрамед» в 2015-2019 гг. У исследуемых больных исходная концентрация простатспецифического антигена (ПСА) в группе была < 15 нг/мл, сумма баллов по шкале Глисона < 7. Результаты. Показаниями для проведения абляции HIFU в наших исследованиях являлись РПЖ локализованных стадий у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями, с невозможностью или нежеланием пациентов выполнения радикальной простатэктомии, а также местный рецидив рака простаты. Принцип действия HIFU: фокусированные с помощью специальной линзы ультразвуковые волны не повреждая окружающей ткани проникают до очага поражения, где под действием повышенной температуры развивается некроз патологического образования. В дальнейшем очаг постепенно сморщивается и замещается фиброзной тканью, образуется рубец, который способствует и улучшению СНМП. В 28 случаях применяли 1 сеанс, в 6 – 2 сеанса HIFU в течение 1 лечебной сессии. Средняя продолжительность комбинированной процедуры составила 2 часа 48 минут. Уретральный катетер удаляли на 2 сутки, средняя продолжительность госпитализации составила до 3 суток. Средний срок наблюдения составил 18,5 (3-48) месяца. У 4(10,8%) пациентов симптомы инфравезикальной обструкции, появившиеся во время наблюдения явились показанием к трансуретральной (ТУР) резекции предстательной железы. Сексуальная функция была сохранена у 19 (51,3%) больных. При использовании данного метода мы столкнулись с минимальным количеством нежелательных побочных явлений и отсутствием каких-либо «грозных» осложнений. Так, после HIFU-терапии основными жалобами у 28 (75,67%) больных были ощущение инородного тела, у 26 (70,27%) пациентов наблюдалась гематурия, чувство жжения в мочеиспускательном канале, срочные позывы к мочеиспусканию или недержание мочи имело место в 21 (56,75%) случаях, отторжение некротических масс (омертвевшей ткани) образовавшихся под воздействием HIFU отмечалось в 12 (32,4%) случаях, которые имели временный характер. Следует отметить, что в первые недели после лечения HIFU вялая струя мочи, свидетельствующая о сужении мочеиспускательного канала отмечалась почти во всех случаях, что требовало проведения противоотечной терапии, а в 5 случаях - наложения эпицистостомы. У этих больных через 1-2 недели мочеиспускание нормализовалось, и катетер был удален. Выводы. Таким образом, в настоящее время не существует абсолютно эффективного метода лечения рака простаты, местный рецидив возможен после любого из них. Однако только ультразвуковая абляция (HIFU) как самый современный в мире неинвазивный (дистанционный) метод локальной деструкции образований простаты позволяет осуществить повторную операцию практически после каждого из них.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Нарзикулов Ш.Ф., Якубов Д.Ж., резиденты 2 курса магистратуры по специальности «Медицинская радиология»

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф.–к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Цель исследования: изучение особенностей рентгенологической семиотики пневмонии у детей раннего возраста, сочетанная с врожденными пороками сердца. Материал и методы исследования. Включены данные исследований 40 детей от периода новорожденности до 3 лет с врожденными пороками сердца на фоне которого развивалась пневмония. Исследование проводилось в Самаркандском областном детском многопрофильном Центре и состояло из сбора анамнеза, общеклинических исследований, электрокардиографии, эхокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки. Обследовано по 20 мальчиков и девочек. Результаты исследования. Более ранними клиническими признаками формирования нарушений легочного кровообращения у обследованных нами детей с врожденными пороками сердца являлись одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры, навязчивый кашель, усиливающийся при перемене положения тела, продолжительные застойные влажные хрипы в легких, акцент II тона на легочной артерии, формирование дефицита прибавки массы тела. Пневмония у детей с врожденными пороками сердца имела клинико-лабораторные особенности: высокую частоту (40%) бронхообструктивного синдрома, отсутствие фебрильной лихорадки (47%) и лейкоцитоз более $15*10^9$/л (65%). Клиническая картина и течение врожденных пороков сердца, в первую очередь зависели от особенностей легочной гемодинамики. Преимущественно выявленные при обследовании такие врожденные пороки сердца, как дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, подтвержденные эхокардиографией, характеризовались избыточным потоком крови через легкие, повышением давления и перестройкой легочной артерии, что в конечном итоге приводит к развитию артериальной легочной гипертензии и преимущественно правожелудочковой недостаточности, что рентгенологически проявлялось двухсторонним усилением легочного рисунка. У 10 (25%) детей на пневмонию симулировали проявления интерстициального отека в результате декомпенсированной сердечной недостаточности с быстрой (1-3 дня) обратной динамикой на фоне адекватной терапии недостаточности кровообращения. В зависимости от клинико-морфологической формы пневмония у детей с врожденными пороками сердца носила очаговый у 10 пациентов (25%), очагово-сливной - у 6 (15%), сегментарный - у 6 (15%), долевой - у 2 (5%), интерстициальный характер - у 8 (20%); затяжное течение пневмония имела у 2 (5%) больных, тяжелое –у 4 (10%). У 2 (5%) новорождённых при рентгенологическом обследовании дифференцировались множественные ателектазы, у одного явление облитерирующего бронхиолита на фоне гиперволемии малого круга кровообращения. Таким образом, у детей раннего возраста при пневмонии в основном отмечались слабоинтенсивные мелкоочаговые тени с тенденцией к слиянию на фоне двухстороннего усиления легочного рисунка, с периваскулярными, перилобулярными, перибронхиальными уплотнениями и двухстороннего расширения корневых зон. Выводы. Рентгенологический метод оценки состояния при пневмонии у детей раннего возраста удобен своей неинвазивностью, минимальной лучевой нагрузкой, широким спектром показателей и богатой информацией морфологических данных, что способствует своевременной коррекции комплексного лечения, особенно при врожденных пороках сердца, уменьшении развития постгипоксических осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ

Неъматов У.С., Мусурмонов Ф.Ш., студент магистратуры кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Лутфуллаев Г.У.

Проблемы воспалительных заболеваний околоносовых пазух является актуальной в ЛОР – практике и на данный момент удельный весть госпитализированных по поводу заболеваний носа и придаточных пазух ежегодно увеличивается на 1,5 -2%. Причины могут быть различными: 1) климатические условия, 2) экологические факторы, 3) изменения взаимодействия системы «макроорганизм - микроорганизм» за счет изменения патологических неизвестных доселе форм заболеваний. Имея большой арсенал средств, уменьшающих воспалительный процесс при острых гнойных гайморитах, мы остановили свой выбор на медицинском озоне. Наряду с дезодорацией, насыщением кислородом и разложением органических соединений на передний выходят следующие свойства озона: бактерицидное, вирицидное, фунгицидное, улучшение кровоснабжения (трофическое), кровоостанавливающее, очищающее. Материал и методы исследования: мы наблюдали в ЛОР - отделении 1-клиники СамМИ 84 пациентов с диагнозом:

острый гнойный гайморит, который вошли в основную группу; в контрольную группу мы включили 52 больных с аналогичной патологией. Больным основной и контрольной групп производили дренаж гайморовых пазух с последующим установлением в них дренажной полихлорвиниловой трубки. Определяли характер инфекционной флоры пазух путем посева экссудата на соответствующие среды и её чувствительность к антибиотикам. Ежедневно промывали пазухи через трубку физиологическим раствором и вводили антибиотики. Местное лечение сочетали с противовоспалительной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапией. Основной группе больных, помимо этого местно вводили газообразную озоно - кислородную смесь в дозе 5 мг/л/мин в течение 10 минут. Озонирование проводили на аппарате «Озонатор – 1М» (г.Ташкент). Результаты: обсуждая результаты лечения обоих групп, мы обнаружили, что средняя длительность пребывания больных в стационаре после озонотерапии составили 6-8 дней, в контрольной же группе – до 10 дней. Субъективные симптомы заболевания у больных основной группы, выражающиеся в жалобах на заложенность носа, головную боль, недомогание, повышение температуры тела исчезали на 2-3 суток раньше, чем в контроле, что касается гноетечения из пазух, а также очищение пазух на рентгенограммах в основной группе наступала на 4-5 день, а в контрольной группе – на 7-8 сутки; При передней риноскопии у больных после озонотерапии можно было увидеть спадение отёка, нормализацию цвета слизистой полости носа на 2-3 сутки раньше, чем у больных в контрольной группе. Выводы: таким образом, полученные положительные результаты лечения острых гнойных гайморитов озоно - кислородной смесью показывают, что данный метод является простым, безопасным и очень эффективным методом.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УДАЛЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Неъматов У.С., Лапасов Н.М., студент магистратуры кафедры оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Лутфуллаев Г.У.

Согласно Международной гистологической классификации новообразований ювенильная ангиофиброма носоглотки (ЮАН) относится к группе мезенхимальных опухолей и имеет доброкачественную гистологическую структуру. Она обнаруживается в основном у лиц мужского пола в пубертатном периоде (7 - 21 год). По данным некоторых авторов ЮАН встречается в 50% случаев из числа больных с доброкачественными опухолями носоглотки или меньше чем в 0,05% случаев – с опухолями головы и шеи. При удалении ЮАН применяются различные операции, в числе которых распространение получили следующие: операции с применением доступов через естественные пути; операция с применением щадящего доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением разреза под губой или операция по Денкеру); операция с применением расширенного доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза или операция по Муру), а также операция с применением доступа через нёба. Хирургическое вмешательство, осуществляемое расширенным доступом через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза), известна в отоларингологии как “операция по Муру”. Она считаются оправданной при удалении как “малых”, так и “средних” ЮАН, т.е. в случаях распространения опухоли в полость носа, пазухи решетчатой кости, клиновидные пазухи и глазницу. При осуществлении этой операции производится разрез кожи, начиная от медиального конца брови до верхней губы, который проходит вдоль бокового ската носа с последующим окаймлением его крыло. После смещения рассеченных мягких тканей в стороны, производится последовательная резекция лобного отростка верхней челюсти (не доходя до грушевидного отверстия), носовой и слёзной кости, а также глазничной пластинки решетчатой кости. Подводя итог, по некоторым аспектам хирургического лечения больных с ЮАН, следует отметить, что, несмотря на применение различных операций, количество рецидивов опухоли в настоящее время остается высоким. Основной причиной развития рецидивов, по-видимому, является продолжение роста опухоли, оставшейся в результате её неполного удаления. В то же время полное удаление опухоли во многом зависит от дифференцированного применения адекватной операции с учетом степени распространения опухоли.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ВНУТРИСАЛОННОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Норкулов У.Ф., резидент магистратуры 2-го года

Кафедра судебной медицины (зав. каф. – проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: проф. Индиаминов С.И.

Установление характера и механизма возникновения повреждений при автомобильной травме является актуальной и сложной проблемой судебной медицины и экспертной практики. При этом необходимо учитывать как конструктивные особенности салона автомобиля, так и возможность получения необходимых данных по изменениям внутренних органов. Цель работы: Сравнительное исследование морфологических особенностей повреждений печени при внутрисалонной травме у водителя и пассажира переднего сиденья легковых автомобилей. Материалы и методы исследования. Изучены материалы исследования 30 трупов в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы, погибших в результате внутрисалонной травмы, с использованием общепринятых судебно-медицинских методов исследования. Результаты. Выявлено, что у водителя разрывы печени, расположенные чаще на передней части и диафрагмальной поверхности, в основном линейной и неправильно-звездчатой формы, размерами от 0,5х1,0 см до 10,0х14,0 см, края неровные, концы закруглены, на дне видны волокна ткани. Местно на поверхности основных трещин видны тяжи разрывов, множественные поперечные наслоения и сдвиг тяжей. Местные основные разрывы локализовались в передней и прилегающих частях печени, продольного направления, линейные, реже зигзагообразные и неправильной звездчатой формы, характеризовались большими длиной и глубиной. Местные дополнительные разрывы наблюдали также в передней части печени. Они располагались косо, были дугообразные, углообразные, линейные и зигзагообразные, характеризовались небольшими длиной и глубиной. Центральные разрывы щелевидные определялись чаще в прилежащей передней части печени. Противоударные разрывы локализовались в задней части печени, имели продольное направление, были линейные или зигзагообразные, отличались большими длиной и глубиной. Периферические разрывы располагались в средней и задней частях печени, имели косое направление, были криволинейные или зигзагообразные, их отличительная особенность - большая длина и небольшие ширина и глубина. У пассажиров переднего сиденья повреждения печени чаще в виде разрывов, в основном звездчатой или линейной формы, глубиной до 2,0х3,0 см, расположены в основном у нижнего края, диафрагмальной или висцеральной поверхности печени. Края крупнозубчатые, дефекты ткани не пропорциональны, концы чаще острые, тканевые перемычки расположены на дне и у краев разрывов. Размеры разрывов от 0,5х1,5 см до 2,0х17 см, глубиной до 0,5х3,0 см. Выводы. Внутрисалонная автомобильная травма в основном наблюдается у лиц трудоспособного возраста. У водителя и пассажира переднего сиденья выявляются сочетанные повреждения. При этом повреждения печени по расположению, форме, размерам, направлению и характеру отличаются у водителя и пассажира переднего сиденья.

ОПТИМИЗАЦИЯ УСТРОЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОПЫ

Нуриддинов А.С. резидент 2-го курса магистратуры по обшей хирургии,

Андижанскй государственный медицинский институт

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мадазимов М.М.

Ретроспективно изучены истории болезни 78 больных с послеожоговыми рубцовыми деформации тыльной поверхности стопы, находившихся на лечении в отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области за период 2015-2019 гг.Новые способ: одномоментная реконструкция деформации тыльной поверхности стопы выполнено у 78 больных. Радикально, строго по промежуточному слою иссекали рубцы в области сустава, тыльной поверхности стопы и пальцев. Во время иссечения важно не повредить тыльную венозную сеть. Поочередно каждый палец стопы фиксировался к подошвенной поверхности стопы в положении сгибательной гиперкоррекции. Из тыльного непораженного листка межпальцевой складки выкраивали двугорбые кожно-жировые лоскуты. Основание лоскутов - 1-1,5 см, дистальный конец - 0,6-0,8 см. Свободные концы лоскутов фиксировали тремя швами в углубление между головками пястных костей, формируя межпальцевые комиссуры. Из передней

поверхности верхней трети бедра скальпелем брали широкие полнослойные кожные трансплантаты и закрывали рану, начиная от голеностопного сустава. В области двугорбых лоскутов и между собой трансплантаты сшивали узловыми и непрерывными атравматическими швами N 3-0; 4-0. Донорскую рану ушивали узловыми швами после мобилизации тканей.Первую перевязку выполняли на 3-5 сутки после операции. При этом имеющиеся в отдельных участках под трансплантатами гематомы выпускали через небольшие насечки над ними. Широкие полнослойные кожные трансплантаты с двугорбыми лоскутами приживают хорошо. В отдаленные сроки трансплантаты принимают вид нормальной кожи, становятся эластичными, мягкими, легко берутся в складку, обеспечивают нормальные движения в суставах стопы. В редких случаях трансплантаты приобретают более темную краску, чем окружающая кожа. Для профилактики роста рубцов в области линии швов назначали курс ультразвука с контрактубексом, бальнеолечение в условиях сероводородных источников санаторие Чимион Ферганского вилоята. Результаты и их обсуждения.Отдаленные результаты изучены у 78 (92,8%) из 72 больных. У 70 (89,6%) больных получены хорошие функциональные и эстетические результаты. У 2 (7,8%) больных достигнуты удовлетворительные результаты. После одномоментного устранения деформации тыльной поверхности стопы и синдактилии у 1 (2,4%) больного в послеоперационном периоде наступил очаговый некроз трансплантата вследствие образования гематомы под ним. Ни в одном наблюдении мы не отметили некроза двугорбых лоскутов. Вывод: При одновременном восстановлении пораженной рубцами тыльной поверхности стопа наиболее эффективным является пластика тыла стопы одним широким полнослойным аутотрансплантатом после предварительного восстановления межпальцевых комиссур двугорбыми лоскуточками. В отличие от трапециевидных и треугольных лоскутов дистальные концы двугорбых лоскутов не некротизируются, со временем их площадь увеличивается.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Облобердиева П.О., резидент 1 курса магистратуры по специальности «Медицинская радиология», Гиясова Н.К., СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

В основу работы положены результаты ультразвукового исследования 40 больных с циррозом печени, выполненные на аппарате «SonoScape»-S-50 с датчиком линейного формата, рабочей частотой 7,5 МГц. Исследование проводили утром натощак, определяли особенности контуров, размеров, структуры паренхимы печени и селезенки. Результаты исследования. Размеры органа у 10 больных на ранних стадиях патологии были увеличены - вначале правая доля, затем левая и хвостатая. Толщина последней значительно превышала 3,5-4 см, что является признаком компенсаторной гипертрофии. При прогрессировании заболевания, в результате гибели печеночных клеток и развития на их месте соединительной ткани размеры долей, в первую очередь правой, уменьшаются, что отмечали у 16% больных. Контуры печени постепенно становятся неровными, бугристыми - за счет рубцовых втяжений и участков регенерации в субкапсулярных зонах. Капсула четко не дифференцировалась. Нижний край обеих долей становился тупым (более 75 для правой и более 45 для левой доли). Контур диафрагмы либо не визуализировался, либо имел истонченный и фрагментированный вид. Форма печени претерпевала соответствующую изменению размеров трансформацию. Структура паренхимы с нарастанием выраженности морфологических изменений становилась диффузно неоднородной с множественными участками повышенной и средней или пониженной эхогенности (очаги регенерации и островки нормальной ткани). Размеры участков неоднородности вариабельны - от 0,2 до 2 см и более. Обычно за счет появления большого количества фиброзных элементов и явлений жировой дистрофии в органе значительно повышалась общая эхогенность паренхимы с выраженным затуханием ультразвука в глубоких отделах. Ввиду наличия в паренхиме печени участков, имеющих различную эхогенность, суммарная эхогенность чаще обозначалась как смешанная или повышенная. Сосудистый рисунок паренхимы печени претерпевал значительные изменения - на периферии органа печеночные вены мелкого и среднего калибра не визуализировались, визуализировались "обрубленные" магистральные стволы печеночных вен. В области ворот печени наблюдались зоны значительно повышенной эхогенности. Спленомегалия, являющаяся ранним УЗИ-признаком сформировавшегося цирроза печени, отмечалась у большинства из обследованных больных (90%). Длина селезенки при этом составляла более чем 12,0 см. Таким образом, анализ результатов исследования позволил выделить следующие изменения: изменения контуров печени в виде бугристости и сглаженности краев (8,0%), изменения размера печени (как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, а также диспропорция долей, вызванная изменением их размеров) (25%), нарушение структуры паренхимы печени в виде диффузных и очаговых изменений (75%), синдром нарушения внутрипеченочной гемодинамики (50%), синдром нарушений в билиарном тракте (50%), синдром спленомегалии (75%), наличие свободной жидкости в брюшной полости (25%), синдром поражения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Выводы. При циррозе печени в начальной стадии существенные отличия ультразвуковой картины от таковой при хроническом гепатите могут не выявляться. В противоположность этому, в терминальной стадии наступают наиболее значительные изменения ультразвуковой картины печени.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Орзукулов Б.М., студент 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общая хирургии (зав. каф. к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель – к.м.н. Хужабоев С.Т.

В последнее время при холецистэктомии все шире используется ЛХЭ.Однако при выраженным спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости, при патологии сердца и лёгких, когда пневмоперитонеум небезразличен для больного, да и стоимость операции высокая, она не всегда применима. Цель исследования: Изучение особенностей и эффективности ХЭ из мини доступа при деструктивных формах острого холецистита. Методы работы и результаты. В нашей клинике с 2008 по 2018гг у 274 больных произведено холецистэктомия из минидоступа(МЛХЭ). Около половины всех больных, перенесших МЛХЭ, были в возрасте от 60 до 75 лет. Женщин было 231(84,31%), мужчин-43(15,69%).Деструктивные формы острого холецистита выявлены у 110(40,74%) больных, в том числе флегмонозный – у 89, гангренозный – у 33. При выполнении МЛХЭ у больных был использован усовершенствованный нами новый технический прием, который значительно облегчает выполнение операции. После произведения минилапаротомии, через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку, которая при выполнении «трудной» холецистэктомии особенно необходима. После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны. Таким образом, полученные результаты позволяют отметить, что холецистэктомия из мини доступа позволяет выполнить удаление желчного пузыря как при хроническом, так и остром холецистите без увеличения длительности её осуществления. При этом применение усовершенствованного варианта МЛХЭ способствовало достоверно понизить число послеоперационных осложнений с 5% до 0,5% случаев.

АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ У ДЕТЕЙ

Орозалиев И.Э., Кимбилетова Т.А., студенты специальности педиатрия 6 курса КРСУ,

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Кафедра детской хирургии (зав.каф. - д.м.н., профессор РАЕ Мыкыев К.М.)

Руководитель-к.м.н., проф. РАЕ, Мыкыев К.М.

Цель исследования: изучить частоту различных форм аноректальной аномалии и ближайшие результаты хирургического лечения. Материалы и методы исследования: нами изучены 149 истории болезни детей с врожденными пороками развития прямой кишки, пролеченных в отделении колопроктологии ГДКБ СМП г. Бишкек. Больным проводились изучение общего состояния, локального статуса, общеклинические анализы, УЗИ, обзорная и ретгеноконтрастные исследования органов брюшной полости. Результаты и их обсуждение: из 149 больных мальчики составили – 74 (49,6%),

девочки 75 (50,4%). В возрасте до 6 месяцев 3 (2%), от 6 месяцев до 1 года 5 (3,4%). Из 149 пациентов, первичные больные были - 102 (68,5%), из них по форме порока развития атрезия прямой кишки отмечено: безсвищевая - у 66 (64,7%), со свищом в преддверье влагалище 19 (18,6%), со свищом в промежность у 14 (13,4%), свищ в уретру -2 (2%), со свищом в мочевой пузырь 1 (0,98%). В периоде новорожденности 121 прооперированы в ГДКБ СМП, им проведено первый этап - «колостома», а 15 больных - в других стационарах, где наложена «колостома». В 8 (5,4%) случаях дети поступали из дома, где в ЦСМ и ГСВ первично диагностированы пороки аноректальной области в возрасте от 2-х до 6 месяцев, что указывает на ненастороженность врачей в роддомах и плохую диагностику пороков аноректальной зоны. Из них у 2 больных была атрезия прямой кишки со свищом в преддверье влагалище, в 2-х случаях со свищом в промежность, 4 случаях стеноз анального канала. У детей родители стали отмечать беспокойство, затрудненный акт дефекации после прикорма, из-за чего обращались в ЦСМ, ГСВ. В клинике принята тактика трехэтапного хирургического лечения. Всего вторым этапом проведено операции 64 проктопластики из числа первичных больных (62,7%), из них брюшно-промежностная проктопластика у - 13, проктопластика по доступу Пенья у 11. При наличии свищей одновременно проводили иссечения свищей, пластика влагалища в 1 случае. Операцию «реколостомия» перед вторым этапом, вынуждены были произвести у 5 (7,8%) больных, прооперированных в периоде новорожденности в других детских хирургических клиниках. Показанием к «реколостомии» явилось данные контрастного исследование дистального конца атрезированной кишки, когда обнаруживалась недостаточная длина отводящего конца, чтобы произвести радикальную аннопластику. Третьи этап операции «внутрибрюшинное» закрытие колостомы произведено у 30 больных. Ближайшим осложнением после проктопластики явилось явления «энкопреза» у 46 (30,9%). Выводы: При атрезии прямой кишки эффективным методом является тактика трехэтапной хирургической коррекции. При одномоментных операциях отмечаются явления энкопреза у 30,9%. Необходимо в роддомах тщательно проводить осмотр промежности на пороки прямой кишки для своевременной диагностики.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Панжиев Ш.Т., Аманбаева Ф.Б., Абдусамиева Н.К., студенты 301 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра общий хирургии (зав. каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Муртазаев З.И.

Актуальность. Среди пациентов колопроктолога иногда встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межьягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика. Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела - эпителиально-копчиковый ход. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода. Материалы и методы. В проктологическом отделении в клинике № 1 СамМИ с 2013 по 2018 гг. прошли оперативное лечение 71 больных эпителиально-копчиковым ходом хронической формой течения. Все прошли радикальное лечение. Хирургическая тактика, лечения эпителиально-копчикового хода практически унифицирована. Она сводится к иссечению патологического отдела с подшиванием ко дну раны. 24 больным (17%) наложены глухие матрасные швы. Послеоперационные осложнения из этой группы больных возникли у 8 больных (33,3%). После этих осложнений стали применять полуоткрытый метод оперативного лечения с учетом анатомических параметров и степени сложности формы заболевания. К наиболее неблагоприятной группе относили больных с высокой конфигурацией ягодиц, острым углом межъягодичного углубления, длинной по протяженности складки. Для этой группы больных применяли разработанный и модифицированный способ хирургического лечения. После иссечения патологического очага в пределах здоровой ткани дополнительно иссекали клиновидный лоскут подкожно-жировой клетчатки с обеих сторон раны с таким расчетом, чтобы обеспечить достаточную мобильность смещаемых ко дну кожных краев. Рану ушивали возвратными швами, на каждую половину раздельно, с таким расчетом, что после затягивания всех швов оставалась узкая рана, не более 0,2 см. В этой группе оперированы 35 пациента (49,3%). Осложнение наблюдали у 6 больных (17,1%). Остальных 36 человека (50,7%) оперировали с частичным иссечением клиновидного лоскута подкожно-жировой клетчатки, подшиванием ко дну раны. Осложнения наблюдали у 1 больного (2,77%). Выводы. Таким образом, индивидуальный поход к выбору операции в зависимости от топографической особенности крестцово-копчиковой области, наряду с применением комплекса мероприятий по профилактике осложнений при долечивании позволяет добиться хороших результатов выздоровления.

ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНТЕРОСОРБЦИИ

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н., Семенюк И.Е., Петрюк Т.А.

Руководитель – професор кафедры общей хирургии Сидорчук Р.И.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Как известно, в патогенезе тяжелых термических ожогов существенное значение имеет синдром интоксикации. Кроме главного источника интоксикации – ожоговой раны, его важной составляющей считается эндогенная интоксикация, обусловленная кишечной микрофлорой и токсическими метаболитами (индол, скатол, фенолы, полиамины, свободные жирные кислоты, эндоперекиси), которые накапливаются в желудочно-кишечном тракте. Они попадают в кровь вследствие нарушения защитного барьера кишечника и детоксикационной функции печени. Инфузионно-трансфузионная терапия не всегда обеспечивает достаточное снижение уровня эндотоксикоза. В связи с этим, в остром периоде ожоговой болезни целесообразно использовать энтеросорбцию. Нами обследовано 25 больных с термическими ожогами, у которых наблюдали развитие ожоговой болезни. Опытную группу составили 15 обожженных с ИТП 65,3 ± 5,2 ед., которые в комплексе с другими лечебными средствами получали энтеросгель (I гр.). Его назначали при отсутствии рвоты с 3-4 сут. после ожога по 15-20 г 3-4 раза в день на протяжении 7-14 суток в зависимости от тяжести состояния. В группу сравнения вошли 10 обожженных с ИТП 63,8 ± 4,6 ед., которым энтеросорбция не проводилась (II гр.). У тяжелообожженных синдром интоксикации определялся уже через 1-3 сут. после травмы. Кроме клиники, на это указывал высокий уровень молекул средней массы (МСМ) как неспецифический показатель синдрома интоксикации. На 6-7 сут. во II гр. наблюдали его повышение относительно изначального уровня, что свидетельствует о возрастании степени интоксикации в стадии острой ожоговой токсемии. В дальнейшем наблюдали незначительное снижение уровня МСМ. В I гр. на 6-7 и 13-14 сут. не наблюдалось существенных колебаний уровня МСМ. Через 2 недели этот показатель оказался на 19% достоверно ниже, чем в группе сравнения. Таким образом, применение энтеросгеля не влияло на закономерности течения ожоговой болезни, но способствовало снижению клинических проявлений интоксикации. В мазках-отпечатках с ожоговых ран в 1-3 сут. тип цитограммы был некротическим. На 6-7 сут. в I гр. уменьшалось число дегенеративных клеток, возрастало количество фибробластов, сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов с более высокой фагоцитарной активностью. Во II гр. было меньше нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов, чаще встречалась внеклеточно расположенная микрофлора. С 13-14 сут. в опытной группе происходило уменьшение количества нейтрофилов. Во II гр. их количество не уменьшалось до 19-21 сут, когда определяли воспалительно-регенераторный тип цитограммы. У больных опытной группы под влиянием энтеросгеля не происходило существенного углубление ожоговых ран, эпителизация поверхностных дермальных ожогов ускорялась на 3,2 сут., очищение глубоких ран от некроза – на 4,1 сут., подготовка гранулирующих ран к свободной пересадке кожи укорилась на 2,8 сут. Приживление трансплантатов в этой группе составляло 95-97%. Во II гр. приживление кожных лоскутов обычно не превышало 87-90%. Таким образом, у больных с тяжелыми термическими ожогами, которые сопровождаются развитием ожоговой болезни, применение энтеросорбции можно считать патогенетически обоснованным. Энтеросорбионная детоксикация уменьшает клинические проявления синдрома интоксикации, что опосредованно способствует эпителизации ожоговых ран, предупреждает их углубление, обеспечивает лучшее приживление трансплантатов. Таким образом сокращаются сроки лечения, улучшается его качество.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «БЕТАДИН» В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ

Петрюк Б.В., Семенюк И.Е., Нурдинов Х.Н., Акостакиоае Т.К.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Руководитель – профессор кафедры общей хирургии Сидорчук Р.И.

Появление новых эффективных системных антибиотиков, как показывает клиническая практика, полностью не решило проблему инфекции в комбустиологии. Это связано с быстрым развитием антибиотикорезистентности микроорганизмов, а также ухудшением или полным отсутствием кровообращения в зоне ожога. Последнее существенно осложняет доступ циркулирующего в крови препарата к очагу инфекции. Поэтому использование эффективных препаратов для местного воздействия на инфекцию ожоговых ран до сих пор остается важной составляющей комплексного лечения обожженных. Целью работы было изучение клинической эффективности препарата “Бетадин” в лечении больных с поверхностными дермальными ожогами (ожоги III А ст.). Препарат обычно применялся сразу после травмы до полного заживления ожоговых поверхностей. На 6-7 сутки в раневых отпечатках наблюдали значительное уменьшение количества расположенной внеклеточно микрофлоры. Содержание НГ, пребывающих в состоянии завершенного фагоцитоза, составляло 53-55%. Через 13-14 суток наблюдалось незначительное содержание микрофлоры, которая имела преимущественно внутриклеточное расположение. Количество НГ в состоянии завершенного фагоцитоза достигало 62-65%. Клеточный состав цитограмм соответствовал регенераторному типу. В первые 1-2 сут. количество микробных тел в ожоговых ранах колебалось в широких пределах, не превышая 10^2–103/см^2 раневой поверхности. На 6-7 сут. возрастало в 15 раз только количество S. aureus. Через 13-14 сут. существенного снижения уровня микробной контаминации не было. Однако число микроорганизмов в опытной группе было ниже: S. aureus – в 12 раз, S. epidermidis – в 38 раз, E. coli – в 34 раза, Ps. aeruginosae – в 10 раз. При сравнении чувствительности высеваемой из ран микрофлоры к антибиотикам отмечена тенденция к повышению ее резистентности в сравнении с исходными значениями, более существенная в контрольной группе, где применяли другие антисептики, например хлоргексидина биглюконат. Указанное снижение чувствительности микрофлоры может быть связано с формированием антибиотикорезистентности внутригоспитальных штаммов, которые попадают на ожоговую поверхность в процессе лечения. Другой причиной этого явления может быть развитие резистентности микрофлоры вследствие нерационально проводимой антибиотикотерапии. Было установлено более благоприятное течение раневого процесса у потерпевших, местное лечение которых включало применение бетадина. Быстрее удалось ликвидировать проявления инфекционно-воспалительного процесса, очищение ран от некротизированных тканей происходило по демаркационному типу. Эпителизация поверхностных дермальных ожогов осуществлялась по островковому типу и завершалась обычно на 19-21 сутки. Следует отметить хорошую переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов и осложнений. Таким образом, использование препарата “Бетадин” при местном лечении поверхностных дермальных ожогов позволяет улучшить течение раневого процесса, уменьшить риск местных инфекционных осложнений, сократить сроки заживления ран и, соответственно, длительность стационарного и амбулаторного лечения обожженных.

ЛАЗЕРОКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ В ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА У БОЛЬНЫХ С ТОКСОПЛАЗМОЗНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИЕЙ

Пирназарова М.А., резидент магистратуры 1-го курса кафедры офтальмологии СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав.каф.-д.м.н. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: ассистент Жалалова Д.З.

Актуальность. В лечении токсоплазмозной макулодистрофии лазерокоагуляция сетчатки является хорошо зарекомендовавшим себя эффективным способом лечения. Это подтверждается данными многочисленных зарубежных и отечественных исследований за последние 30 лет. Первые результаты по лечению токсоплазмозной макулодистрофии были получены в 1968 году AielloL. с соавторами (1). Методики аргоновой лазерокоагуляции были различны, но результаты у всех авторов положительны (2,3). Наиболее высокая эффективность в лечении отека макулы наблюдалась после выполнения лазерокоагуляции в виде «решетки» (4). Однако, в лечении макулярного отека больше вопросов, нежели ответов, поскольку работа в макулярной области сопряжена с достаточным количеством ограничений. Цель работы. Изучить эффективность лечения при токсоплазмозной макулодистрофии с приминением твердотельного ND:YAG – лазера IV поколения «VISULAS 532». Материал и методы. Лазерное лечение проведено 21 больному (32 глаза) спри диффузном и клинически значимом макулярном отеке (МО), в 22% случаев – при кистозных изменениях в макулярной области. Возраст пациентов варьировал от 45 до 67 лет. Пациентам производилась панретинальная лазерная коагуляция, а в макулярной зоне – лазерная коагуляция по типу подковы и решетки твердотельным ND:YAG лазером «VISULAS 532». Больные были репрезентативны по возрасту, полу, стадии заболевания, формам макулопатии. Результаты и обсуждение. После проведенного лазерного лечения повышение зрительных функций отмечено в среднем на 0,3. Уменьшение макулярного отека отмечено в 50% случаев соответственно. Через год при общей стабильности картины глазного дна острота зрения сохранилась на уровне 55-82% от исходной. Выводы. Использование твердотельного ND :YAG лазера «VISULAS 532»IV поколения при диабетической ретинопатии позволяет регрессии макулярного отека и способствует сохранению более высоких зрительных функций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Пулатова М.Б., Назарова Ф.А., Хамидов З.З., студенты 322 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра общий хирургии (зав. каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Рустамов М.И.

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход является распространенным проктологическим заболеванием, встречающимся у 3-5% трудоспособного населения. Единственным способом радикального лечения данного заболевания является хирургический. Результаты хирургического лечения нельзя назвать полностью удовлетворительными в связи с высокой частотой рецидивов заболевания от 2 -11 до 30 - 40% и послеоперационных осложнений от 2,5 до 53%. Все это приводит к удлинению сроков лечения, нетрудоспособности пациентов и значительному ухудшению качества их жизни. Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического методов лечения эпителиального копчикового хода. Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 42 больных эпителиальным копчиковым ходом, находившихся в отделении проктологии 1-клиники СамМИ в период с 2014г. по 2018г. Хирургическое лечение пациентов было выполнено в следующем объеме: под спинальной анестезией в положении больного на операционном столе после обработки операционного поля 70% раствором этилового спирта двумя полулунными кожными разрезами экономно иссекали эпителиальный копчиковый ход с патологически измененными тканями в пределах здоровых. Выполнялся тщательный гемостаз. Всем больным было выполнено интраоперационное измерение хирургического дефекта после иссечения блока патологически измененных тканей. В среднем длина раны составила 10,50±0,50см; ширина 8,50±0,50 см, при этом глубина раны в среднем равнялась 4,50 ± 0,50 см. Далее производилось укрепление крестцово-копчиковой фасции по предложенной методике: по средней линии дна раны, отступя по 0,2 см в каждую сторону от средней линии, накладывался простой непрерывный обвивной шов нитью «Викрил-рапид» 3/0 с атравматической иглой на крестцово-копчиковую фасцию. Рана ушивалась «наглухо» адаптационными швами с захватом в шов укрепленной крестцово-копчиковой фасции. Результаты. Продолжительность операции составила от 15 до 30 минут. Общая гипертермия у прооперированных больных держалась в среднем 12 часов, причем выше 37,5 С температура тела больных не поднималась. Перевод пациентов с постельного на палатный режим осуществлен у 6 (14,2%) на первые сутки после операции, 34 (81%) пациента были активизированы на вторые сутки. Длительность антибактериальной терапии в послеоперационном периоде составила 7,0±0,50 суток. Пациенты выписывались от 7 до 12 суток после операции, при этом общий койко-день составил 10,05±0,50. Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. В ближайшем послеоперационном периоде было фиксировано 1 осложнение: у больного на 4 день послеоперационного периода было отмечено возникновение гематомы. Выводы. Данные проведенного анализа результатов лечения больных

эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода с укреплением крестцово-копчиковой фасции перед проведением через нее шовных лигатур позволяет получить крайне малое количество ранних послеоперационных осложнений за счет снижения вероятности прорезывания шовных лигатур на фасции, обеспечивает прочную фиксацию краев раны между собой с возможностью дозированного сближения их, а так же снижение действия сил натяжения тканей при сведении краев раны на наложенные швы, что ведет к снижению сроков постельного режима, равно как и послеоперационного койко-дня, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации больных.

ДИАГНОСТИКА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Раджабов С., магистр 1 курса по направлению «Неврология»

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ, зав. кафедрой проф. Джурабекова А.Т.

Научный руководитель: к.м.н. Шмырина К.В.

Актуальность. Компрессия артерий, вен и нервов шеи, обусловленная врожденной или приобретенной вертеброгенной патологией оказывает большое патогенетическое влияние на ухудшение кровоснабжения мозга. Вертеброневрологические синдромы вносят свой вклад в нарушение вегетативной регуляции и усугубление цереброваскулярных расстройств (ЦВР). Цель. Оценить результаты диагностики брахиоцефальных сосудов у больных с вертебробазиллярными нарушениями. Материалы и методы исследования. Проведено обследование 39 пациентов в возрасте от 29 до 48 лет (средний возраст 37,2 ±1,26) с ЦВР в вертебробазиллярной системе (ВБС) – 66,7% женщин, 33,3% мужчин. Все обследуемые были разделены на следующие группы: 1 группа – пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I стадии, сопровождающаяся заднешейным симпатическим синдромом (8 обследуемых, 20,5%), 2 группа – пациенты с ДЭ III стадии (10 больных, 25,6%), 3 группа – пациенты с транзиторными ишемическими атаками в ВВБ (12 больных, 30,8%), в 4 группу вошли 9 (23,1%) обследуемых, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в ВВБ. Оценка кровотока проводилась при помощи ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДГ) и транскраниальной допплерографии (ТКДГ). Так же проведены функциональные нагрузки (световая стимуляция, поворот головы в стороны). Результаты исследования. Анализ исследования показал: в 1 группе аномалии развития и хода позвоночной артерии (ПА) отмечались чаще, чем в остальных группах. Кровоток по общей сонной артерии (ОСА) находился в пределах нормы, снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по ПА отмечено в 37,5% случаев. У 5 (62,5%) обследуемых наблюдалась положительная проба с поворотами головы. Признаки экстравазальной компрессии ПА определялась чаще, чем патологическая извитость. Затруднение венозного оттока выявлено в половине случаев. Средние показатели коэффициента цереброваскулярной реактивности (КЦР) при фотостимуляции находились на нижней границе нормы, КЦР при пробах с поворотом головы были ниже нормы, что свидетельствует о сохранности компенсаторных механизмов. Во 2 группе снижение ЛСК по ПА было обусловлено патологической извитостью, экстравазальной компрессией, аномалиями развития и хода ПА. В 80% случаев отмечалась положительная проба с поворотом головы. Затруднение венозного оттока выявлено в 40% случаев. При проведении проб показатели были умеренно снижены (недостаточность компенсаторных механизмов). В 3 группе было снижение ЛСК по одной или обеим ПА, чаще связанное с экстравазальной компрессией. У 83,3% выявлено нарушение венозного оттока и + проба с поворотом головы. Признаки атеросклеротического поражения: утолщение комплекса интима-медиа, нарушение дифференцирования слоев сосудистой стенки. Признаки окклюзии брахиоцефальных сосудов (БЦС) в пределах 45% у 4 (33,3%) обследуемых. КЦР было значительно снижено – резкое ограничение компенсаторных механизмов мозгового кровотока. У пациентов 4 группы выявлены признаки аттеросклеротических поражений БЦС, в большинстве случаев отмечалось снижение ЛСК по ПА, патологическая извитость ПА. У всех больных выявлено затруднение венозного оттока. При проведении позиционных проб наблюдалось значительное колебание скорости кровотока у 88,9% пациентов. Признаки экстравазальной компрессии выявлены в 100% случаев. КЦР значительно снижен, а при поворотах головы отсутствовал прирост ЛСК (истощение компенсаторных механизмов сосудистой системы головного мозга) Выводы. Оценка цереброваскулярной реактивности позволяет оценить выраженность адаптационных реакций и степень компенсаторных возможностей головного мозга, что будет способствовать адекватной оценке проводимой терапии.

МИНИВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Рахимов У., Азизов Ш.

Научный руководитель – проф. Шамсиев Ж.А.

Кафедра детской хирургии, Самаркандский государственный медицинский институт

Варикоцеле встречается у 15–20% взрослых мужчин и до 40% не половозрелых мальчиков. Эта патология чаще наблюдается с левой стороны мошонки и может быть причиной снижения тестикулярной (половой) функции. Варикозно расширенных венах отмечаются структурные изменения во всех оболочках. В средней оболочке отмечается гипертрофия мышечных элементов и межмышечной соединительной ткани. В тех местах, где внутренняя оболочка имеет изменения в виде бляшек, средняя оболочка особенно сильно разрежена. В гроздевидном сплетении, в участках соприкосновения стенок сосудов друг с другом, наблюдается сильное развитие продольно-мышечных элементов. Целью нашего исследование, применение малоинвазивных методов лечения варикоцеле у детей. Материалы и методы. В 2-клинике СамМИ за 2010г. по поводу левостороннего варикоцеле 3 степени прооперировано 239 больных в возрасте от 10 до 16 лет. От 10 до 13 лет было - 87; от 14 до 16 лет – 152. В зависимости от способа лечения больные нами были разделены на 2 группы. В первую группу включены 163 больных, которым была произведена операция Паломо. Вторую группу составили 76 пациентов, которым проводилось лечение малоинвазивными методами (склеротерапия, лапароскопические вмешательства). Для оценки эффективности проведенного лечения все больные проводились осмотр, пальпация и УЗИ с доплерографией до операции и на 2-е сутки после операции. Результаты. На 2-е сутки при осмотре и пальпации признаки варикоцеле исчезли у 149 (91,4%) больных первой и у 74 (97,4%) – детей второй группы. Значительное уменьшение признаков отмечено у 14 (8,6%) пациентов первой и у 2 (2,6%) второй группы. У всех пациентов со значительным уменьшением варикоцеле при ультразвуковом исследовании с доплерографией обратного сброса не отмечено. Выводы: Применение предлагаемых способов позволило уменьшить длительность операции в среднем с 25 до 10 минут, применение обезболивающих средств в послеоперационном периоде, сократить койко-день с 6,7 до 2,6. Резко улучшился косметический эффект.

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АРМ И ИХ РЕЦИДИВАМИ

Рахимов А.К., резидент магистратуры 1 курса, Жовлиев Б.Б., резидент магистратуры 2 курса детской хирургии,

Шамсиева Л.А., студентка 413 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра детской хирургии СамМИ 2 клиника (зав.каф.-доцент, д.м.н. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель профессор Атакулов Д.О.

Всем больным с первичными и рецидивными АРМ в до и послеоперационном периоде проводилась комплексная реабилитация, включающая наряду с общепринятыми методами реабилитации, схематическое бужирование, электростимуляцию прямой кишки и сфинктера, а также тонизирующие процедуры сфинктерного аппарата. Продолжительность курса комплексной послеоперационной реабилитации длился от 1 года до 1,5 лет в зависимости от сроков восстановления удерживающей функции сфинктерного аппарата и анального жома. Стимуляцию сфинктера проводили на аппарате «Ультратон – АМП-2ИНТ» с ректальным датчиком, изогнутая форма которого обеспечивает эффективное воздействие на стенки прямой кишки. Важным компонентом послеоперационной реабилитации является бужирование возрастающими по толщине бужами в соответствии с увеличением возраста ребенка от одного раза в день до одного раза в месяц. Особое значение мы придаем тонизирующим процедурам сфинктерного аппарата в виде

упражнения с трубкой диаметром 2,0 см, длиной 4-5 см. В просвет прямой кишки устанавливается данная трубка больному объясняется процедура, усиливающая тонус сфинктера. Процедура проводится в течение года, которая начинается с 3-5 раз в день. В последующем эти упражнения доводятся до 25-30 раз в сутки. Также со вставленной трубкой в прямую кишку в ходячем состоянии ребенок должен удерживать его в течение 3-5 минут. Кроме того проводились контрастные лечебные клизмы (теплые и холодные) в количестве 100-150мл и ребенок удерживал воду в ходячем состоянии в течении 5-7 минут.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Рахматов А., 411 группа Педиатрического факультета СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель, асс., к.м.н. Ишмурадов Б.Т.

Цель работы. Улучшение результатов лечения и оптимизация методов реабилитации больных калькулёзным пиелонефритом единственной почки. Материал и методы исследования. Нами обследованы 28 больных калькулезным пиелонефритом единственной почки в возрасте 24-69 лет (средний возраст составил 32±4,6 лет). Из них 19 (68%) были мужчины, 9 (32%) больных – женщины фертильного возраста. Результаты и обсуждение. Реабилитация больных с мочекаменной болезнью единственной почки, осложненной пиелонефритом должна осуществляться в следующей последовательности: а) физическая реабилитация - восстановление уродинамики и улучшение жизнедеятельности организма: теплые ванны, местная вибротерапия, лазеротерапия, диадинамотерапия, магнитотерапия, УЗ-терапия, бальнеотерапия; б) лечебная реабилитация - предполагает устранение (в том числе и оперативное) функциональных и морфологических изменений, комплексное лечение осложнений; в) профессионально-социальная реабилитация включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности, освобождение от тяжелой физической нагрузки, улучшение условий труда, перевод больных на более легкую работу. Из 9 женщин четверо благополучно перенесли беременность и родили, у одной больной в послеродовом периоде проведено 3 сеанса гемодиализа. Остальные больные находились, на лечении в урологическом стационаре. У 12 больных проведена медикаментозная консервативная терапия, у 7 - выполнены эндоурологические манипуляции и в 8 случаях - корригирующие операции по экстренным показаниям. После завершения стационарного лечения, где больным проводились методы физической и лечебной реабилитации, осуществлялось проведение комплекса мер профессионально-социальной реабилитации. Ухудшение функциональной способности единственной почки является результатом пиелонефрита единственной почки и при подтверждении диагноза трудоустройство больных должно происходить в благоприятных условиях. В комплекс мероприятий по реабилитации больных калькулезным пиелонефритом единственной почки в стадии компенсации входит санаторно-курортное лечение. Выводы. Больные с калькулезным пиелонефритом единственной почки должны периодически проходить профилактическое лечение. Создание таким больным комфортных условий труда, при необходимости – смена профессии, переход на более легкую работу, а также санаторно-курортное лечение и консервативная терапию сопутствующих заболеваний благоприятно воздействуют на организм больного и позволяют продлить жизнь на долгие годы.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Рахмонов Ф., Холжигитов С., клинические ординаторы 2 года обучения СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: доцент Мустафакулов И.Б.

Гемостаз при травмах печени одна из наиболее важных проблем в хирургии этого органа. Предложено много способов остановить кровотечения из раны печени, потому что универсального метода, который был бы пригодным во всех случая, нет. В зависимости от локализации характера патологического процесса и других обстоятельств хирург может выбрать тот или другой способ (Ю.М.Дедерер с соавт., 1975; Ш.И.Каримов с соавт., 2015; L.Eisner et al.,2009) Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2011-2013 г у 37 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 10 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных. До 3 часов с момента травмы поступило 21 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек. Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клинико-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия Результаты. При поступлении из 37 человек у 11 (29,7%) пострадавших клиническое проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 23 (62,2%) и вторая степень выявлена у 3(8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера). У 18 больных (48,6%) повреждения печени сочеталось с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь). Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве. Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие: лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 13 (35,2%); электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 11 (29,7%) больных; диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 12 (32,4%); конверсия у 1 (2,7%) Лапароскопический вмешательства производит при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 22 больных) и частично 7-8 сегментов (у 2 больных). По Moore I-II и III степени. Основным условиям выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонировали прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подводили 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция. Заключение. По нашим данном удалось избежать напрасных лапаротомий в 12 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Рахмонов С.У., Махамадиев Дж.М. студент 206-группы медицинского факультета ХГМУ,

Бустонов Б.М.У. студент 506 группы медицинского факультета МГМУ. Национальный медицинский центр РТ.

Хатлонский государственный медицинский университет.

Кафедра морфологии и физиологии человека(зав. каф.- старший преподаватель Зарипов И.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Бустонов М.О.

Цель работы. Выявить особенности клиники и диагностическую ценность интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) при хроническом риносинусите (ХРС). Материал и методы исследования. Обследовано 35 пациентов с диагнозом ХРС в Республиканской клинической больнице района Дангары. Компьютерная томография (КТ) является золотым стандартом и методом выбора, для визуализации воспалительных изменений в околоносовых пазухах. Хронический риносинусит диагностировался при наличии двух и более клинических симптомов синусита и продолжительностью заболевания более 12 недель (EPOS – 2012). Также были определены: индексы сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) – повышение свидетельствует об активном

воспалительном процессе и нарушении иммунологической реактивности; индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ) – характеризует микрофагально-макрофагальную систему; индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ) – характеризует степень сенсибилизации организма; индекс соотношения лимфоцитов и нейтрофилов (ИСЛН) – отражает взаимоотношение гуморального и клеточного звена иммунной системы; лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ). Результат. В нашем исследовании ХРС чаще встречался у мужчин - 59.4%, а у женщин – 40.6%. Заболевание с двухсторонним процессом околоносовых пазух было у 29-и человек(57.1%), односторонний процесс (гемисинусит) отмечено у 10(28.6%) и пансинусит у 5 человек(11.3%). Возрастной состав у пациентов включал от 10 до 59-лет. Большинство пациентов были в возрасте от 20 до 39 – 20 человек (57,3%). Пациенты предъявляли жалобы на ринорею – 45,7% (16 чел.), снижение обоняния (гипосмия) – 51.4%(18 чел.), заложенность носа – 31,1%(11 чел.), головную боль – 42,8% (15 чел.), кашель – 5,7% (2 чел.), снижение слуха – 11,4% (4 чел.), зуд в глазах и ушах – 3% (1 чел.). В анамнезе отмечалась сенсибилизация: аллергия на медикаменты – 11,4% (4 чел.), пищевая аллергия – 5,7% (2 чел.). При КТ-исследовании околоносовых пазух выявлено утолщение слизистых оболочек у 80%, наличие экссудата в 40% случаев. У 60,5% пациентов с хроническим синуситом имелась также различной степени выраженность девиации носовой перегородки. Со стороны гематологических показателей отмечались: лимфоцитоз у 38%, лимфоцитопения у 29% пациентов; моноцитоз у 45%, моноцитопения – у 29,5% больных; нейтрофилез сегментоядерный – у 14%, нейтрофилопения сегментоядерный – у 57% пациентов; нейтрофилез палочкоядерный-38%, нейтрофилопения палочкоядерная-14,5%; СОЭ было повышено в 14,5% случаях; скрытая эозинофилия крови – у 76%. Интегральные индексы крови: ИЛГ – повышено-38%, снижение-38%; ИСНМ – повышение-19%, снижение-43%; ИСЛМ – повышение-28.5%, снижение-38%; ИСЛЭ – повышение-52.5%, снижение-14%; ИСЛН – повышение-38%, снижение-24%; ИСЛК – повышение-24%. Выводы. 1.По-видимому, одним из факторов развития ХРС является нарушение естественного оттока, дренирования и аэрации околоносовых пазух в области остиомеатального комплекса. 2.Интегральные индексы крови информативно отразили, то что при ХРС отмечаются сдвиги в иммунологической реактивности организма (ИСЛК, ИСНМ, ИСЛЭ), иммунодефицит по клеточному звену иммунитета (ИСЛН) и выраженность сенсибилизации организма (ИСЛМ).

РОЛЬ И МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Рахмонов Ф.С., клинический ординатор 2 года обучения СамМИ по специальности «общая хирургия»

Кафедра «Хирургических болезней и урологии №2» (зав.каф. – к.м.н. Мустафакулов И.Б.

Научный руководитель: ассистент Мухаммадиев М.Х.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым панкреатитом, путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики ведения больных и использования малоинвазивных методов оперативного лечения. Материалы и методы: В 2014-2019 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала Р.Н.Ц.Э.М.П. получали лечение 64 больных с тяжелыми формами острого панкреатита, из них оперированы 46 (72%) пациент. 26 (56,5%) пациентам из числа всех оперированных операции проводились исключительно лапароскопическими методами. Результаты. При экксудативных осложнениях выполнялась лапароскопическое дренирование полости малого сальника и брюшной полости. При распространенном гнойно-деструктивном процессе проводилась санация брюшной полости с использованием раствора “декасан”, а так же дренирование полости малого сальника и брюшной полости двухканальными дренажами. Применение малоинвазивных вмешательств на первом этапе лечения способствовало сабилизации больных, отграничению воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, забрющинной клетчатке, что позволило избежать применения, или же провести открытое полостное вмешательство в более поздние сроки и сделать егоо менее травматичным. Заключение. Увеличение процента проведения малоинвазивных вмешательств коррелирует со снижением процента летальности при деструктивных формах острого панкреатита, способствует снижению инвалидизации в послеоперационном периоде, а так же повышает уровень качества жизни в ситуациях, когда являются основным и единственным методом лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НАЕЗДЕ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ

Рашидов Ф.Ф., резидент магистратуры 2-го года

Кафедра судебной медицины (зав. каф. – проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: проф. Индиаминов С.И.

В судебно-медицинской практике проблема изучения транспортных происшествий связано с изменением характера и тяжести телесных повреждений, обусловленных резким увеличением количества автомобилей с их индивидуальными конструктивными особенностями. Определенные трудности, чаще всего, возникают при установлении места расположения пешехода, погибшего при наезде автомобиля. Цель работы: Изучение характера локализации и особенностей повреждений нижних конечностей у пострадавших при наезде современных легковых автомобилей. Материалы и методы исследования. Изучены материалы судебно-медицинского исследования 22 трупов в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы, погибших в связи с наездом современных легковых автомобилей со смертельным исходом, с использованием общепринятых судебно-медицинских методов исследования. Результаты. В наших исследованиях мы различали два варианта столкновения автомобиля с пешеходом. При переднебоковом столкновении легкового автомобиля с человеком - первичный удар деталями автомобиля причинялся ниже центра тяжести тела человека, а также из-за трения о боковую поверхность автомобиля, удара деталями, находящимися выше центра тяжести, вращения вокруг вертикальной оси, отбрасывания, падения, удара и продвижения по дороге. Повреждения на нижних конечностях в виде ссадины и кровоподтеки, причиненные ударом деталей автомобиля, локализуются на нескольких уровнях и поверхностях, а взаимодействием с дорогой - на одной. Ссадины, причиненные продвижением по автомобилю, направлены косо по отношению к вертикальной оси тела Повреждения, вызванные ударом об автомобиль, более глубоки, обширны, чаще располагаются с одной стороны тела. При среднебоковом столкновение легкового автомобиля с человеком - первичный удар деталями автомобиля наносится или выше, или на уровне центра тяжести тела человека. Механизм названного под варианта травмы слагается из удара, трения, падения и удара о дорогу. На кожных покровах имеются горизонтальные полосчатые следы трения, оставленные деталями автомобиля. Мягкие ткани нижних конечностях карманообразно расслоены. Мягкие ткани в зоне перелома незначительно пропитаны кровью, в то время как в точке соударения бампера наблюдались массивные кровоподтеки. Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при столкновении движущегося автомобиля с человеком по локализации и характеру выявленных наружных телесных повреждений можно определить взаиморасположение потерпевшего и направление воздействия движущегося автомобиля.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕЦИЗИОНННЫХ ТЕХНИК ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Резанов П.А., врач-хирург, онколог, соискатель кафедры хирургии №2 Медицинской Академии им. С.И. Георгиевского

КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, РФ

Кафедра хирургии №2 (зав. каф. - д.м.н., проф. Ильченко Ф.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Гривенко С.Г.

Цель работы: Изучение функциональных свойств авторских однорядных швов в эксперименте при формировании межкишечных анастомозов посредством оценки степени их стенозирования. Материал и методы: Эксперимент выполнен на 45 кроликах породы «бабочка», обоего пола, весом 3-4 кг на базе вивария и кафедры патологической анатомии медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». Животные содержались в виварии с соблюдением правил и Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите животных (1997). Экспериментальные животные были разделены на 3 группы. Во всех сериях опытов формировали тонко-тонкокишечные анастомозы. Животным I группы

(n=15) накладывали прецизионный однорядный непрерывный шов (ПОН) нитью викрил диаметром 0,070-0,099 мм (условный номер – 6/0) по авторской методике (патент Украины №32940). Животным II группы (n=15) накладывали прецизионный однорядный узловой шов (ПОУ) нитью викрил диаметром 0,070-0,099 мм (условный номер – 6/0) по авторской методике (патент Украины №119073). В III – контрольной группе (n=15) использовали шов Альберта-Шмидена (ДАШ), который ввиду простоты освоения и быстроты наложения получил наибольшее распространение среди большого разнообразия методик наложения многорядных анастомозов. Животные были на голодной выдержке в течение 12 часов перед операцией. Анестезия достигалась внутривенным введением 2% раствора ксилазина гидрохлорида (Ксила, производитель - Interchemie, Нидерланды) в дозировке 0,10 мл/кг + 5% р-р кетамина в дозировке 6-10 мг/кг массы тела. Животные выводились из эксперимента в сроки 1, 3, 5, 14 и 30 сутки после операции. Изучение степени стенозирования анастомозов производилось по авторской методике (патент Украины №118595) ее определения. Формирование базы данных и статистические расчеты осуществлялись с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Exel» и «Statistica» (версия 10 для «Windows», StatSoft.Inc., США). Оценку достоверности различий для нормально распределенных признаков проводили с использованием критерия t-Стьюдента. Результаты считали достоверными при p≤0,05. Результаты: В группе прецизионных анастомозов в первые сутки послеоперационного периода степень стенозирования составила 16,8±1,43% (для ПОН – 13,7±0,77% и 19,9±0,51% – ПОУ). К третьим суткам данный показатель возрастает до максимального значения для группы 27,4±3,41% (20,3±1,5% и 34,6±2,22% соответственно), постепенно снижаясь к пятым суткам до 20,3±2,19% (16,2±0,93% и 24,3±2,61% соответственно), сохраняя тенденцию к снижению, и на 14-е сутки послеоперационного периода составляя 14,9±1,23% (12,3±0,51% и 17,4±0,95%), а на 30-е сутки – 11,5±0,90% (9,8±0,61% и 13,1±0,95% соответственно). В группе же ДАШ показатель степени стенозирования анастомоза в первые сутки составил 51,5±1,67%, возрастая к третьим суткам до максимальных 66,9±1,31%, несколько снижаясь к пятым суткам до 54,49±4,96%, проявляя так же, как и в первой группе, тенденцию к снижению к 14-м суткам до 39,4±6,88%, сохраняя такие значения и на 30-е сутки (40,8±1,64%). Таким образом, независимо от срока послеоперационного периода проявляется общая закономерность: максимальные значения степени стенозирования характерны для ДАШ, сформированных швом Альберта – Шмидена, а наименьшие – для ПОН. Полученные экспериментальные результаты доказывают, что применение микрохирургической техники является предпочтительным методом формирования анастомозов. Все вышеизложенное позволяет нам рекомендовать к более широкому применению прецизионную технику формирования межкишечных анастомозов с использованием усовершенствованных нами технических приемов операций в широкую клиническую хирургическую практику. Выводы: Анализ степени стенозирования анастомозов на разных сроках послеоперационного периода свидетельствует о приоритетности прецизионных швов на всех сроках послеоперационного периода.

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ. ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТ ТАКТИКИ

Рудина А.В., клинический ординатор ИГМА.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ (зав.каф. – д.м.н., доцент Федоров В.Г.)

Научный руководитель д.м.н, доцент Федоров В.Г.

Цель работы: Изучить эпидемиологические особенности и методы лечения внутрисуставных переломов в области локтевого сустава у детей в Удмуртской республике. Выявить зависимость результатов лечения данным переломов от тактики. Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни 150 детей, прооперированных в травматологическом отделении РДКБ, амбулаторных карт пациентов ДТО АПО г. Ижевска, проходивших лечение после выписки из стационара. Результаты: По результатам анализа в детском травматологическом отделении на лечении находились дети с чрезмыщелковым переломом 82 человека (54,6%), с переломом головчатого возвышения 19 человек (12,7%), с переломом блока плечевой кости 3 человека (2%), головки лучевой кости 6 человек (4%), перелом шейки локтевой кости 19 человек (12,7%), перелом локтевого отростка 4 человека (2,6%). В ходе анализа возрастного состава дети до трех лет – 13 человек (8,7%), от 4 до 7 лет – 74 человека (49,3%), от 8 до 12 лет – 52 человека (34,7%), 13 лет и старше – 11 человек (7,3%). Распределение по гендерному признаку – мальчики – 93 человека (62%), девочки – 57 человек (38%). Повреждение правого локтевого сустава – 53 человека (35%), левого локтевого сустава – 97 человек (65%). Число операций за предыдущие годы в 2015году этот показатель составлял 21 человек (14%), в 2016году - 18 человек (12%), в 2017году - 57 человек (38%), 2018г - 54 человека (36%). Из них у 80 детей проведена закрытая ручная репозиция, транскутанная фиксация отломков плечевой кости спицами, у 6 детей проведена закрытая репозиция, остеосинтез лучевой кости TEN, остальным проведена открытая репозиция, остеосинтез спицами Киршнера – 64 чел. По видам травм: уличный травматизм – 82 чел. (54%), спортивный – 10 чел. (6,5%), бытовой – 45 чел. (30%), школьный – 10 чел. (6,5%), ДТП – 3чел. (2%). Для определения результатов лечения, необходимо было осмотреть детей после выписки из стационара и удаления металлоконструкций. Из них у 46 чел. после закрытой репозиции, транскутанного остеосинтеза плечевой кости удалили спицы амбулаторно. Объем движений в локтевом суставе был сохранен, болевой синдром отсутствовал. Дети, пришедшие в стационар для удаления металлоконструкций, были осмотрены после операции. У детей, после открытой репозиции, остеосинтеза головки и шейки лучевой кости отмечалось ограничение движений в локтевом суставе и ротации предплечья ФНС 1 степени (19 чел.). У детей после открытой репозиции, остеосинтеза локтевой кости металлоконструкциями объем движений в локтевом суставе был сохранен и болевой синдром отсутствовал ФНС0 (4 чел.). Выводы: Основная доля госпитализированных больных с внутрисуставными переломами области локтевого сустава лечились по поводу чрезмыщелковых переломов плечевой кости (54,6%). Данные травмы были получены на улице во время игр или по неосторожности (54%). Большая часть госпитализированных детей получила травмы в возрасте от 4 до 7 лет (49,3%). Мальчики травмировались в 1,6 раза чаще, чем девочки. При анализе методов лечения можно определить зависимость результатов лечения пациентов от тактики. В связи с тем, что при закрытой репозиции, транскутанной фиксации спицами операция проводилась в первые 6 часов и сопоставление было стабильным, результаты были положительные и качество жизни в дальнейшем не страдало. Также при остеосинтезе лучевой кости TEN операция проводилась закрыто, удаление стержня проходило через дистальную часть предплечья, результаты лечения были положительными во всех случаях. Таким образом, после всего выше сказанного можно сделать вывод, что результаты лечения напрямую зависят от методов лечения и сроков.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

Рустамов И.М., резидент магистратуры 1 года обучения СамМИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав.каф.-д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.

Актуальность: Последние годы широко внедряются в практическую хирургию малоинвазивных операций на желчевыводящих путях. Однако, несмотря на меньшую травматичность и косметический эффект, уменьшение доступа чревато более высоким риском повреждения желчевыводящих протоков, особенно в сложных клинических ситуациях, что обуславливает актуальность восстановительных и реконструктивных операциях на желчевыводящих путях. Цель исследования: Улучшение результатов восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях. Материалы исследования: Нами выполнено 52 восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях, по поводу: свежее пересечения общего печёночного протока – 14, иссечение общего печёночного протока более 3 см - 4, иссечение общего печёночного протока – 5, свежее краевое повреждение холедоха - 9; рубцовый стеноз холедоха до 1 см – 3, рубцовый стеноз холедоха с полным наружным свищом - 8, рубцовый стеноз долевых печёночных протоков с наружным свищом – 4, неполный наружный свищ (краевое повреждение протоков) – 5.Характер выполненных операций: билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже – 15, гепатикоеюностомия на потерянном дренаже – 17, гепатикоеюностомия на СТД – 7, пластика стенки общего печёночного протока на Т-образном дренаже – 13. Результаты: Летальных случаев не было. У 11 больных (23,4%) в течение 5-7 суток, после операции, отмечалось выделение желчи по подстраховочным дренажам. Отдаленные результаты до 12 лет изучены у 33 больных. Из них у 4 в сроки до 2 лет после гепатикоеюноанастомии на потерянном дренаже наступил стеноз анастомоза. Они оперированы повторно, произведено им бужирование анастомоза и дренирование его на управляемом дренаже на длительный срок (6 месяцев). После этого признаков стеноза нет, состояние их

удовлетворительное. У одного больного после били-билиарного анастомоза, выполненного на узком холедохе, через год наступил стеноз холедоха потребовавший выполнение гепатикоеюноанастомоза. Еще у 4 больных из группы с гепатикоеюноанастомозом в отдаленные сроки, более 7 лет, периодически (год 1-2 раза) отмечается «атаки» холангита, хорошо поддающиеся консервативной терапии. У остальных 23 больных отдаленные результаты операции признаны хорошими. Выводы: Количество больных нуждающихся в восстановительных и реконструктивных операциях на желчевыводящих путях не имеют тенденции к уменьшению и остаются проблемными. Своевременно выявленное повреждение и восстановительные операции дают лучшие результаты, чем реконструктивно-восстановительные, выполненные в отдаленном периоде. Выбор метода восстановительно-реконструктивных операций в каждом конкретном случае должен быть индивидуальный, они должны выполняться в специализированных отделениях.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Рустамов И.М., резидент магистратуры 1 года обучения СамМИ,

Аскаров П.А., врач ординатор хирургического отделения клиники № 1 СамМИ

Кафедра хирургические болезни № 1 (зав.каф.-д.м.н., доцент Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Курбаниязов З.Б.

Актуальность: Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. Авторы, занимающиеся проблемой реконструктивной хирургии внепеченочных желчных путей, отмечают, что, по сравнению с холецистэктомией из традиционного доступа, внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, и в процентном соотношении составляет 0,1-3%. Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с стриктурами желчных протоков.Материал и методы исследования: В основу работы включен анализ лечения 262 пациентов, оперированных с посттравматическими рубцовыми стриктурами печеночных протоков (222 - 87,6%), а также с рубцовыми стенозами билиодигестивных анастомозов (БДА) (40 - 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой гепатикохоледоха в сроки с 2000 по 2018 год.Ко времени поступления из 262 больных лишь 94 (35,8%) больных имели в анамнезе одну операцию, а 168 пациента (64,2%) поступили имея в анамнезе от двух до 4 безуспешных операций, выполненных ранее в связи с повреждением гепатикохоледоха. Результаты: Все 262 пациентов подверглись оперативному лечению. Принято считать, что адекватность или степень радикальности выполненной операции, определяет качество отдаленных результатов. Ведущими клиническими симптомами стриктуры были различной степени выраженности холангит – 40 (15,2%), желтуха – 120 (45,8%). Наружный желчный свищ имелся у 102 (39,0%) пациентов. Хирургическое лечение рубцовых стриктур может быть как одноэтапным, так и состоять из двух этапов. При интенсивной желтухе и высоком риске декомпенсации печеночной недостаточности, операция формирования БДА представляет собой высокий риск развития послеоперационных осложнений, вплоть до летального исхода. В подавляющем большинстве наблюдений 153 (56,8%) больным, операцией выбора был БДА на петле по Ру. Восстановительные операции составило 41 (26,8%), гепатикодуоденоанастомоз – 3 (1,96%), рентгеноэндобилиарные вмешательства – 22 (14,4%). Среди 262 оперированных больных различного рода осложнения отмечены у 41 (26,8%) больных, в раннем послеоперационном периоде умерли 11 пациента (7,2%). Выводы: Оптимальным методом хирургической коррекции большинства посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков следует считать билиодигестивный анастомоз, сформированный на петле тонкой кишки, выключенной по Ру.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА

Рустамов У.Ж., Мусурмонов Ф.Ш. студенты магистратуры кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель к.м.н. Сафарова Н.И.

К доброкачественным эпителиальным новообразованиям относятся папилломы, которые встречаются во всех возрастных группах, составляя 8-10% всех доброкачественных опухолей ЛОР органов. По данным литературы эта опухоль одинаково часто встречается у мужчин и женщин старше 50 лет, а по другим источникам чаще у лиц мужского пола в возрасте до 25 лет. По внешнему виду это серовато-белая опухоль на широком основании, мягкой консистенции, напоминает тутовую ягоду или цветную капусту. Папилломы обычно локализуются в преддверии носа и, собственно, в полости носа, растут относительно медленно, часто рецидивируют после удаления. Учитывая, что папиллома может переродиться в рак, удаление ее должно быть радикальным. Папилломы полости носа бывают как единичными, так и множественными, локализуются в основном в области нижних носовых раковин или носовой перегородки, часто имеют широкое основание, легко кровоточат. Последнее является чаще первым клиническим признаком, при дальнейшем росте возникает затруднение дыхании через соответствующую половину носового хода, реже кровоточивость. Папиллома нередко становится тяжелым заболеванием из-за вызываемых ею расстройств дыхания, а главное из-за склонности малигнизироваться, что по данным литературы составляет 32-40%. Локализующаяся в носоглотке или полости носа папиллома часто обтурирует естественные соустья пазух, что в свою очередь приводит к нарушению дренажной функции выводных отверстий, вентиляции пазух и как следствие синуситам. В диагностике опухолевых поражений носа и ОНП наибольшее значение имеют рентгенография, КТ, МРТ, фиброэндоскопия и гистологическая верификация. Лечение папиллом хирургическое. Объем хирургических вмешательств наиболее разнообразен по сравнению с другими доброкачественными опухолями полости носа. При небольших размерах папиллом возможно их эндоназальное удаление. При этом объем вмешательства должен быть адекватным, памятуя о высокой вероятности рецидива опухоли. При инвазии опухолью соседних структур производится её удаление с помощью доступа по Колдуелл-Люку, Денверу, Муру. При опухолях больших размеров, значительно поражающих окружающие ткани, особенно когда нельзя исключить переходноклеточного рака, производится резекции стенок носа, верхней челюсти и соседних костных структур.

РОЛЬ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Рябоконь М.А., студентка 7 группы 5 курса, Корыльчук Б.Т., студент 9 группы 6 курса,

Богун Ю.А. студент 7 группы 5 курса, медицинского факультета

ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины»

Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики семейной медицины (зав. каф. - проф. Бабинец Л.С.)

Научный руководитель: к-т. мед. наук, доцент Мигенько Б.О.

Актуальность. Лечение трофических язв, как осложнения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) сегодня является актуальной медицинской и социальной проблемой. Не менее важным является вопрос сокращения срока предоперационной подготовки данной категории больных к операционному лечению по поводу основной патологии. Цель. Применение вакуум-терапии и аутодермопластики рельефным кожным аутотрансплантатом во время операционного лечения ВБНК. Материалы и методы. Предложенная терапия применена в 64 больных с трофическими язвами (ТЯ), средних и больших размеров. Возраст пациентов - от 27 до 70 лет. Мужчин 24, женщин 40. Анамнез варикозной болезни от 1 до 30 лет. Всем больным проведено комплексное обследование: клиническое, морфологическое, бактериологическое состояния трофических язв. С целью объективной оценки динамики репаративных процессов применена система MEASURE и определения регенеративно-дегенеративного индекса. Вакуум-терапия осуществлялась сертифицированным аппаратом. Установление уровня отрицательного давления до (-500) мм рт.ст. Результаты исследования. На первом этапе лечения проводили хирургическую обработку раны. После очистки рану наполняли полиуретановой губкой размером пор от 60 до 2000 мкм, модифицируя ее в зависимости от формы раны. Весь участок покрывали и герметизировали прозрачной клейкой полупроницаемой мембраной (Tega-derm), которую перфорировали для присоединения дренажной трубки, соединенной с аппаратом для вакуум-терапии. Особенностью применения вакуум-

терапии при лечении ТЯ было учитывание фаз раневого процесса. Так, во время фазы воспаления использовали полиуретановую губку с максимальным размером пор 1500-2000 мкм и в режиме аппарата (-300) мм рт. ст. В фазе пролиферации - применена губка с размером пор 500-1500 мкм и режим отрицательного давления (-150) мм рт. в, а в фазе заживления, использовали губку с размером пор до 500 мкм в режиме (-100) мм рт. ст. Анализ применения вакуумной терапии показал ее высокую эффективность в плане ускорения времени очищения язвы от некротических тканей и микроорганизмов и ускорение процессов регенерации в более ранние сроки, чем при традиционных методах местного лечения. Так, уменьшение микробного обсеменения с первого дня способствовало очищению раны от некротических тканей и уменьшению раневого экссудата уже на 3 - 5 сутки. Начиная с 5 суток отмечался грануляционный процесс и краевая эпителизации язвы, за счет чего уменьшалась ее площадь и глубина. Выводы. Благодаря применению вакуум-терапии, удалось достичь сокращения предоперационной подготовки пациентов к 7,8 ± 4,6 дней. Это позволило на фоне "очищенной" трофической язвы провести устранение основной причины ее возникновения (ВБНК с наличием недостаточности перфорантных вен на голени), применив комбинацию эндовенозной лазерной коагуляции с операциями на перфорантных венах (их субфасциальная эндоскопическая диссекция, пункционная лазерная коагуляция) с одновременной пластикой рельефным кожным аутодермотрансплантатом.

ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Саидвалиева Н.Д., студентка 306 группы лечебного факультета ХГМУ,

Мухторов С.О., ассистент кафедры хирургических дисциплин ХГМУ,

Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. - к.м.н. Пиров Б.С.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Пиров Б.С.

Цель работы. Оценить результаты иммуносупрессивного ведения в пред - и послеоперационном периоде трансплантации почек в региональном отделении трансплантации органов и тканей человека. Материал и методы. Обследовано 52 (100%) истории болезни пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью различного генеза, которым с мая 2016 г. по февраль 2019 г. в отделении трансплантации органов и тканей человека, выполнены родственные трансплантации почки в Республиканской клинической больнице района Дангары и хирургического отделения Городской клинической больницы города Худжанда. Среди реципиентов в возрасте от 20 до 62 лет были 31 (59,6%) мужчины и 22 (40,4%) женщины. Среди доноров 27 (52%) мужчин и 25 (48%) женщин, в возрасте от 27 до 57 лет. Все реципиенты и доноры проходили обследование согласно протоколам, включая групповую совместимость крови, HLA-типирование и кроссматч. Результаты и обсуждение. Установлено, за сутки до операции больным назначали ингибиторы кальциневрина (такролимус из расчёта 0,2 мг/кг с последующим увеличением дозы до 0,3мг/кг). Интраоперационно всем реципиентам вводился метипред 10мг/кг, с последующей ежедневной, в течение 2 послеоперационных дней, редукцией и последующим переходом на таблетированный преднизолон. Также на этом этапе начинали индукционную терапию антитимоцитарным глобулином (Тимоглобулин из расчета 1мг/кг), которую продолжали в течении 5-7 дней после пересадки почки, до нормализации показателей крови (мочевина и креатинин) и мониторингом уровня тромбоцитов. В плане послеоперационной иммуносупрессии 51 (98,1%) пациент получал такролимус и один (1,9%) получил неорал в связи с наличием у пациента сахарного диабета и злокачественного повышения сахара до 13-18 ммол/л, микофенолата мофетил (ММФ) и преднизолон. Каждый раз дозы и схемы иммуносупрессивной терапии подбирались индивидуально после определения концентрации. Выводы. Таким образом, на основании данных исследований правильное введение иммуносупрессивной терапии, при адекватной селекции органов, предлагаемых для трансплантации, планирования способа оперативного лечения, своевременной профилактики иммунных и неимунных осложнений, можно улучшить непосредственные результаты АТП.

ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Сайидрахмонов С., Рахматов А. (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Нейрохирургия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель д.м.н. Агзамов М.К.

Сосудистые заболевания мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. Основное место среди них занимают инсульты. В структуре общей смертности инсульт занимает второе место после кардиоваскулярных заболеваний и первое место как причина стойкой утраты трудоспособности. В последние годы отмечается изменение соотношения частоты ишемических и геморрагических инсультов (ГИ) в сторону увеличения кровоизлияний в мозг, что во многом связано с увеличением числа больных артериальной гипертонией. Первостепенное значение для снижения смертности и инвалидизации у больных с ГИ имеет организация догоспитальной этапной помощи. Одним из наиболее важных звеньев в системе этапной помощи больным с кровоизлиянием в головной мозг, по мнению многих авторов, должно быть создание кардио-неврологических (нейрореанимационных) бригад скорой помощи. Специальная подготовка врачей специализированных бригад позволяет правильно диагностировать тип инсульта в 85-90% случаев, в то время как врачами линейных бригад скорой помощи – лишь в 30-35%. Как показывает практика, в большинстве случаев больным с острой сосудистой патологией на догоспитальном этапе оказывается неспециализированная медицинская помощь врачами поликлиник и линейных бригад скорой помощи. Это приводит не только к неправильной постановке диагноза, но и госпитализации больного с ГИ в непрофильные отделения, что является одной из грубых ошибок догоспитального этапа. Отсутствие представления о нейрохирургических возможностях в лечении ГИ довольно часто способствует неоправданным задержкам специального обследования и оперативного вмешательства, что также отрицательно сказывается на исходах лечения. Большое значение имеет время с момента кровоизлияния до поступления в стационар. ГИ является очень тяжелой патологией и проведение неотложных мероприятий и начала лечения в максимально короткие сроки является основополагающим. Позднее обращение за помощью часто обусловлено неосведомленностью населения относительно серьезности острых сосудистых заболеваний головного мозга и опасности для жизни. Следует отметить, что остается очень много проблем в организации медицинской помощи больным с ГИ в сельской местности. Из-за больших расстояний больного часто оставляют дома, что оказывает неблагоприятное влияние исход заболевания. Как известно летальность в стационарах при геморрагическом инсульте составляет 30-60%, тогда как у лечившихся в домашних условиях – до 90%, что является убедительным доказательством бесперспективности создания «стационаров на дому».

СЛУЧАЙ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ 12 -ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ОРГАНОВ

Сайфутдинова М.А., студентка 301 группы педиатрического факультета Андижанского государственного медицинского института

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. каф. – проф. Джумабаев Э.С.)

Научный руководитель старший преподаватель кафедры Пакирдинов А.С.

Полное обратное расположение внутренних органов встречается редко. Заболевания у данной категории лиц представляют интерес, как в диагностическом, так и в тактико-технологическом плане при выполнении хирургического вмешательства. Мы располагаем опытом хирургического лечения 2-х больных с прободной язвой 12-ти перстной кишки при полном обратном расположении органов. В качестве иллюстрации приводим один из них. Больной М., 28 лет, ИБ № 3754/276, поступил в I- хирургическое отделение клиники АГМИ в 7 часов утра 13 марта 2011 года. Жалобы при поступлении на боли в животе, больше в эпигастрии слева и в левой подвздошной области постоянного характера, тошноту и сухость во рту. Заболел 2 часа назад, когда внезапно появились резкие боли в эпигастрии слева с последующим распространением по левому боковому каналу подвздошной области и с локализацией в левой подвздошной области. Состояние при поступлении вынужденное, на левом боку, с приведенными к животу ногами. Язык суховат. Печеночная тупость определяется слева. Имеется выраженное напряжение мышц и болезненность передней брюшной стенки, больше

слева в эпигастрии и левой подвздошной области. Лейкоциты в крови 10,0 х 10^9 г/л, в моче единичные свежие эритроциты. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости: под куполом диафрагмы слева определяются свободный газ, тень печени расположена слева, газовый пузырь желудка справа. На ЭКГ декстрокардия, метаболические изменения миокарда. Диагноз: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки Осложнение: Перфорация и перитонит. Полное обратное расположение внутренних органов. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. При этом место хирурга слева от операционного стола. В брюшной полости в большом количестве содержимое с примесью желчи. Печень и 12-ти перстная кишка располагаются слева. По передней стенке обнаружен язвенный инфильтрат, округлой формы (1.0х1.0см), в центре которого имеется прободное отверстие 0.2х0.3см из которого выделяется содержимое с примесью желчи. Учитывая давность перфорации (2 часа) и отсутствие выраженных признаков распространенного перитонита, больному произведена первичная резекция желудка с иссечением малой кривизны с селективной ваготомией по Бильрот-I с концевым гастродуоденоанастомозом. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Больной выписан на 8 сутки после операции.

АНАЛИЗ ОЖОГОВОГО ТРАВМАТИЗМА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Сафиуллина А.И., студентка 505 группы лечебного факультета; Мартихина Н.А., студентка 507 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. каф. - д. м. н., доцент Фёдоров В.Г.)

Кафедра факультетской хирургии (д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.)

Научный руководитель и. о. ассистента Емельянова А.М.

Ожоги (combustio) – это комплексная травма вследствие высокотемпературного, химического, электрического или радиационного воздействия на тело, которое разрушает и/или повреждает кожу и подлежащие ткани. Актуальность проблемы ожогового травматизма обусловлена ее относительно высокой частотой на производстве и в быту, тяжестью травмы, сложностью и продолжительностью лечения больных. Цель: провести анализ ожогового травматизма. Задачи: первая задача – провести выборку историй болезни пациентов с диагнозом ожоги; вторая задача – анализ данных. Материалы и методы: для решения поставленной цели было изучено 567 историй болезней с диагнозом: ожоги различной локализации и раны не ожогового генеза, госпитализированных в ожоговое отделение БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР г. Ижевска в 2018 году. Полученные результаты: всех госпитализированных в стационар пациентов мы разделили по полу: мужской пол – 353 человека (62,3%), женский пол – 214 человека (37,7%); на пять возрастных групп: 1 группа – до 1 года, которая составила 20 человек (3,5%), 2 группа – от 1 года до 6 лет, она составила 77 человек (13,5%), 3 группа – с 7 до 18 лет (учащиеся школ) – 32 человека (6%), 4 группа – с 19 до 49 лет – 225 человека (40%), 5 группа – старше 50 лет – 213 человек (37%). Среди госпитализированных преобладают городские жители – 397 человек (70%), чем сельские – 170 человек (30%). Работающие составили 139 человек (32%), неработающие – 169 человек (39%), неработающие пенсионеры – 130 человек (29%). Наиболее часто встречались: ожог кипятком – 240 человек (42,3%), ожог пламенем – 100 человек (17,6%), контактный ожог – 80 человек (14,1%), химический ожог – 27 человек (4,8%). Раны не ожогового генеза – 120 человек (21,2%). Площадь поражения до 10% составила 340 человек. Поверхностные ожоги были у 71% обожжённых. Вывод. Таким образом, ожоговому травматизму чаще подвержены лица мужского пола, в основном трудоспособного возраста, но при этом большая их часть является безработными. Основной причиной ожогов является термический фактор (кипяток, пламя, горячие поверхности) и составляет 74%. Важной проблемой остается детский травматизм, так как доля пострадавших в возрасте до 18 лет составляет 22% от общего числа пролеченных больных.

ИММУНОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Семакин А.С., аспирант кафедры детской хирургии Кировского ГМУ

Кафедра детской хирургии Кировского ГМУ (зав. каф. – проф. Разин М.П.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Разин М.П.

Цель работы: оптимизация комплексного лечения гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) у детей. Материал и методы. Обследовано 531 больных от 1 до 15 лет с ГСЗ, лечившихся в палате интенсивной терапии и реанимации (ПИТИР) клиники детской хирургии Кировского ГМУ с 1995 по 2004 год: 58 больных с деструктивными пневмониями (ДП), 183 ребенка с распространенным аппендикулярным перитонитом (РАП) и 290 пациентов с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО). Все дети получали общепринятую интенсивную терапию (группа 1). С 2005 года для лечения больных с ГСЗ на реанимационном этапе стала применяться неспецифическая иммунозаместительная терапия (нормальный человеческий иммуноглобулин). Из 276 больных этого периода (24 ребенка с ДП, 160 больных с РАП и 92 пациента с ОГО) была сформирована группа 2. Цифровой материал обрабатывался с определением среднеарифметической величины (M), среднеквадратической ошибки (m), статистическую достоверность различий (p) между сравниваемыми показателями определяли методом вариационной статистики. Статистические расчеты выполнены с использованием приложения Microsoft Excel и пакета Statistica 6.0 for Windows (StatInc., USA). Уровень статистической значимости был зафиксирован при $p<0,05$. Проводился корреляционный анализ по Манну-Уитни с вычислением U-критерия. Результаты и обсуждение. В Кировской области значительно реже стали отмечаться острый гематогенный остеомиелит (-68,3%) и деструктивные пневмонии (-58,6%). В среднем по материалам исследования констатировано снижение количества больных ГСЗ на 48%. ЛИИ у больных группы 1 при поступлении в стационар был равен 6,42±0,33 ($p<0,001$). Уровень СМ фиксировался как 0,444±0,020 ($p<0,001$). Все дети получали общепринятую интенсивную терапию без иммунозаместительной терапии. По мере стабилизации состояния больные переводились из палаты интенсивной терапии и реанимации (ПИТИР), ЛИИ при переводе был равен 3,64±0,22 ($p<0,001$), уровень СМ определялся как 0,302±0,003 с той же достоверностью. Средний койко-день пребывания в ПИТИР у больных этой группы составил 5,32±0,53. Выяснилось, что величина реанимационного койко-дня не коррелировала с ЛИИ при поступлении ($U_{эмп}$=298, зона неопределённости), но коррелировала с уровнем СМ при поступлении ($U_{эмп}$=0, зона значимости). В группе 2 ЛИИ при переводе в общее отделение в этой группе был равен 2,92±0,41 ($p<0,001$), уровень СМ равнялся 0,221±0,004. Реанимационный койко-день в этой группе был равен 3,93±0,22. Таким образом, назначение неспецифического человеческого иммуноглобулина способствует более быстрой и более выраженной минимизации проявлений синдрома эндогенной интоксикации, более короткому пребыванию больных в палатах интенсивной терапии и реанимации. Выводы: в 2005-2014 годах больных ГСЗ стало встречаться на 48% меньше, чем в периоде 1995-2004 гг.; наибольшее снижение количества больных характерно для ОГО (-68,3%) и ДП (-58,6%); более объективным показателем по сравнению с ЛИИ, характеризующим выраженность синдрома эндогенной интоксикации, тяжесть состояния детей с ГСЗ и необходимую продолжительность интенсивной терапии у больных данной группы, является уровень СМ, который мы рекомендуем определять в динамике; сравнительная оценка двух схем интенсивной терапии у детей с ГСЗ свидетельствует в пользу использования неспецифической заместительной иммунизации в комплексном лечении больных данной категории.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Сергеева А.В., ординатор кафедры онкологии ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра онкологии (зав. каф. - канд.мед.наук профессор Напольских В.М.)

Научные руководители доцент, канд.мед.наук Батов С.В., ассистент Чураков И.В.

Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространённых онкологических заболеваний у женщин, характеризующееся как опухоль, часто метастазирующая в кости. Согласно данным научной литературы, в структуре онкологической заболеваемости населения обоего пола по России она занимает 2 место, в Удмуртии – 3 место. За 24 года (с 1994 по 2017 гг.) структура первичной онкологической заболеваемости значительно изменилась: РМЖ переместился с 4 места (1994 – 2002гг.) на 2 место (с 2012 г. и по настоящее время). Цель: определить значимые факторы прогноза развития

метастатического поражения костей при РМЖ у женщин в Удмуртской республике. Задачи: изучить факторы, способствующие возникновению метастазов в кости при РМЖ по данным литературы; провести ретроспективное исследование амбулаторных карт пациенток с метастатическим поражением костей при РМЖ; проанализировать полученные результаты. Материалы и методы: Был проведен ретроспективный статический анализ 21 амбулаторной карты (форма 030-06/у) женщин со злокачественными новообразованиями молочных желез с метастазами в кости. Статистическая обработка полученного материала осуществлена с помощью компьютерных программ Biostat 4,3. Полученные результаты: При изучении выборки нами были получены следующие данные. Средний возраст по группе составил 60,38±2,94 года. На злокачественные опухоли как правой, так и левой молочных желез пришлось по 10 женщин (47,62±10,9%), двусторонний синхронный РМЖ – у 1 пациентки (4,76±4,6%). У женщин были выявлены следующие биологические типы РМЖ: люминальный А – 7 человек (33,33±10,3%), люминальный В – 12 человек (57,14±10,8%), трижды негативный – 2 человека (9,52±4,7%). До этапа прогрессирования в кости у женщин были установлены следующие стадии заболевания: I стадия – у 2 пациенток (9,52±4,7%), II – у 8 (38,09±10,6%), III – у 10 (47,61±10,9%), IV – у 1 (4,76±4,6%). У данной группы женщин было проведено различное лечение: 14 пациенткам проводилось комплексное лечение (66,66±10,3%), 5 - комбинированное (23,8±9,3%) и 2 - неоадъювантная лекарственная противоопухолевая терапия (9,52±4,7%). На фоне проводимого лечения наблюдалось прогрессирование в костную систему. Кости таза были поражены у 18 женщин (26,08±5,3%), позвоночник у 25 (36,23±5,8%), грудная клетка у 10 (14,49±4,2%), кости верхних конечностей у 9 (13,04±4,1%), кости нижних конечностей у 6 (8,7±4,0%), череп у 1 (4,76±4,6%). Вывод. Таким образом, факторами, способствующими прогрессированию РМЖ в костную систему, предположительно явились: распространенные стадии заболевания (II и III) и гормонально зависимые (люминальные) типы РМЖ. Наиболее часто метастазы РМЖ поражали кости таза, грудной клетки и позвоночник.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ

Султонова Н.Ф., Гулямова З.Р., клинические ординаторы кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель Кобилова Ш.Ш.

Являясь доброкачественной опухолью по гистологическому строению, юношеская ангиофиброма носоглотки (ЮАН) в ряде случаев протекает агрессивно с поражением близлежащих анатомических образований (околоносовые синусы, крылонебную и подвисочную ямки, полость черепа, глазницу), и нарушает жизненно - важные функции, что позволяет считать это заболевание достаточно грозным. Частым симптомом, обычно заставляющим больного обратиться за помощью, является носовое кровотечение до 96%. Цель исследования: изучить эффективность применения транексамовой кислоты для профилактики послеоперационного кровотечения при ЮАН. Материалы и методы обследования: на базе 1-клиники СамМИ ЛОР отделении в период с 2014 по 2018 годы нами было обследовано 27 больных в возрасте от 12 до 26 лет с ЮАН. Больные с ЮАН были разделены на две группы. У больных первой группы в количестве 15, что составляет 55% из общего числа больных, мы использовали транексамовую кислоту для тампонады послеоперационной полости после хирургического удаления опухоли. Тампон смачивали в растворе транексамовой кислоты разведённой в 100 мл дистиллированной воды, затем использовали для тампонады. Во вторую группу входили 12 больных, что составляет 45%, которым проводили тампонаду послеоперационной полости обычными сухими марлевыми тампонами. Результаты: в ходе проведённого обследования у больных первой группы, на третий день после операции после полного удаления тампона из полости, послеоперационного кровотечения не наблюдалось. У больных второй группы, на второй день после полного удаления тампона из полости у 5 больных (42%) отмечалось кровотечение, которое купировали введением гемостатиков, у оставшихся 7 больных (58%) послеоперационного кровотечения не наблюдалось. Вывод: использование транексамовой кислоты при хирургическом лечении ЮАН, позволяет снизить риск развития послеоперационных кровотечений.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Сурикова А.И., студентка 605 группы пед. фак. ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, город Воронеж, Россия (зав.кафедрой профессор Вечеркин В.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Баранов Д.А.

Цель: Рассмотреть возможности применения лапароскопии в диагностике и лечении инвагинации у детей. Материалы и методы: В период с января 2015 по январь 2018 года на базе хирургического отделения ОДКБ №2 нами было проанализировано 49 случаев инвагинации кишечника у детей. Гендерные и возрастные критерии в нашей работе не учитывались. Для диагностики заболевания использовались такие методы, как сбор анамнеза, мануальный осмотр, рентгенография (до и (в случае необходимости) после нагнетания воздуха), УЗИ брюшной полости, диагностическая лапароскопия; а для лечения – консервативная терапия, лапароскопическая дезинвагинация, открытые операционные вмешательства. Полученные результаты: во всех 49 случаях инвагинация кишечника была подтверждена дополнительными методами исследования – УЗИ, обзорной рентгенографией, рентгенографией с бариевой взвесью. У 19 пациентов инвагинация разрешилась консервативно, после введения спазмолитиков, помещения грелки на живот, а в 7 случаях в этой группе еще и с помощью нагнетания воздуха баллоном Ричардсона через прямую кишку). В остальных 30 случаях консервативные мероприятия оказались безуспешными или имелись противопоказания к их проведению (кровь в стуле, временной интервал от начала клинических проявлений инвагинации), соответственно по экстренным показаниям этим детям было проведено оперативное вмешательство. Методом выбора способа оперативного доступа был индивидуален для каждого хирурга (зависел от владения той или иной методикой, а именно – навыками лапароскопии). В итоге - 14 детей прооперированы открытым доступом трансректальным разрезом. Интраоперационно у 4 детей инвагинация не была обнаружена! Остальным 16 детям вмешательство начато с диагностической лапароскопии, в результате которой у 3 детей инвагинация кишечника не была обнаружена, а у остальных 13 пациентов удалось произвести лапароскопическую дезинвагинацию без конверсии на открытую операцию. Выводы: исходя из анализа 49 случаев данной патологии, во время введения пациента в наркоз происходит самопроизвольное расправление некоторых инвагинатов, что связано, по всей видимости, с миорелаксацией больного и кишечника в частности. Получается, что хирург, осуществляя трансректальный доступ, значительно травмируя ткани и тем самым осложняя послеоперационный период, проводя ревизию кишечника в некоторых случаях не обнаружит инвагината и завершит операцию ушиванием раны. Начиная операцию с диагностической лапароскопии супраумбиликальным доступом, не обнаружив инвагината, мы может ее на этом завершить, тем самым причинив больному минимальную травму. Также хочется отметить, что даже при наличии инвагината расправление его эндоскопически возможно, в наших случаях это успешно проведено у всех пациентов, конверсий на открытое оперативное вмешательство не было.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ (ВН) У ДЕТЕЙ

Таирова А.Д.

Кафедра детская хирургия КРСУ

Научный руководитель к.м.н., проф. РАЕ Мыкыев К.М.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения детей с ВН путем применения усовершенствованной методики хирургического лечения. Материалы и методы исследования: Сравнительно изучены данные традиционного метода лечения с удалением или краевой резекцией ногтевой пластинки при ВН у детей и усовершенствованная пластическая методика лечения в хирургическом отделении дневного пребывания (ХОДП) ГДКБ СМП за 2012-2017 годы. Больным проводились определение степени вросшего ногтя, развернутый анализ крови, УЗИ. Результаты и обсуждение: Больные первой группы с ВП было 45 детей, которые лечились в разных амбулаторно-поликлинических условиях. У 76 больным второй

группы, применялись этиопатогенетическое хирургическое лечение без резекции и без удаления ногтевой пластины, которым проводили пластическое удаление гипертрофированных мягких тканей пальцев стопы. Возраст детей от 11 до 17 лет. Мальчиков было − 43 (53,7%), девочек − 37 (46,3%). Одностороннее поражение у − 64 (78,7%), двустороннее у − 16 (21,3%) больных. По частоте обращения наблюдается рост в осеннее и зимнее время у − 54 (67,5%). Основными жалобами с ВН были, отёк и гипертрофия мягкой ткани вокруг ногтевого валика и наличие острой боли. При наличии осложнений − отёк, гиперемия, гнойное выделения из раны пальца, ограничение движения из–за боли. В анамнезе причиной ВН являлось полукруглая стрижка ногтя и особенности конституционного телосложения и на фоне тесной обуви с подошвенно-боковой поверхности мягкие ткани гипертрофируются, приподнимаются вверх. У 14 детей изменение формы кожного валика вокруг больших пальцев стопы наблюдалось с грудного возраста, что указывает на врожденную предрасположенность. У больных с ВН первой группы в анамнезе в 35 случаях произведено хирургическое удаление ногтевой пластинки, из них у 18 по 3 раза, у 15 по 2 раза. У остальных − краевое неоднократное удаление ногтевой пластинки вместе с матрицей. При неоднократном удалении ногтевых пластинок у 40%, в отдаленном периоде отмечено грубое утолщение и деформация ногтевых пластинок. Кроме этого больные в первой группе испытывали чувство страха, из-за боли при длительных перевязках и возможности повторного оперативного вмешательства. В этиопатогенезе ВН, мягкие ткани гипертрофируются вокруг ногтевого валика, закрывая концы ногтевой пластины, и постоянная неправильная стрижка способствуют росту ногтевой пластинки в сторону мягких тканей. Учитывая это, нами решено модифицировать методику хирургического лечения вросшего ногтя. Модифицированная хирургическая методика проводится после стихания процесса воспаления. Больным назначаются: повязки с гипертоническим раствором хлористого натрия 2 раза в день, на область выраженного воспаления, местно ванночки антисептическими растворами, антибиотики, физиопроцедуры. Сущность методики: заключается в клиновидно−клюшкообразной резекци гипертрофированных мягких тканей пальца под местным обезболиванием. Рана ушивается кетгутовыми узловыми швами. В ближайшем периоде после операции в 2-х случаях из-за несоблюдения строгого постельного режима после проведенной операции наблюдался отёк, нагноение раны, в одном случае кровотечение. После консервативных мер купировано, обострения нет. В проведенной модифицированной методике лечения при ВН у детей, при изучении отдаленных результатов у всех больных отмечены хорошие результаты. Рецидив вросшего ногтя не наблюдался. Выводы: Модифицированная методика хирургического лечения при вросшем ногте у детей дает очень хорошие результаты, отсутствие рецидива заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТАНОВКИ «GAMMA-KNIFE»

Тогаев И.П., студент 205 группы лечебного факультета СамМИ

Бобомуродов А.У., студент 213 группы лечебного факультета СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. курсом. – д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.

Несмотря на большие достижения в нейроонкологии, высокие показатели летальных исходов и послеоперационных рецидивов все еще остаются глобальной проблемой в современной нейрохирургии. Причиной тому является сложное расположение опухолей головного мозга, характер роста и в некоторых случаях большие размеры опухоли. Исходя из вышесказанного, мы решили проанализировать опыт лечения больных стереотаксическим радиохирургическим способом с помощью аппарата «Gamma-Knife», который является самым современным методом лечения. Материалом исследования являются результаты радиохирургического лечения 24 пациентов находившихся под наблюдением клиники нейрохирургии СамМИ с 2006 по 2018г. У всех наблюдавшихся больных верификация диагноза проведена на основании клинико-неврологических, МСКТ и МРТ исследований. На основе исследования у 2 пациентов были обнаружены невринома тройничного нерва, у 12 невриномы слуховых нервов, у 10 обнаружены опухоли основания и ствола мозга. Всем пациентам было проведено стереотаксическое радиохирургическое облучение с помощью аппаратов «Gamma-Knife» и «Gamma-knife Perfexion». После процедуры у 18 пациентов в течение 6 лет в динамике была проведена три раза МРТ исследование, у 6 по 2 раза. На основе диспансерного наблюдений выявлено, что у 19 пациентов размеры опухоли за прошедшие годов значительно уменьшились (в 4 раза), и опухоли рассасываются, у остальных пациентов уменьшились в 2 раза и выявлен распад опухолевой ткани. У всех пациентов отмечается улучшение неврологических симптомов в динамике, в 9 случаев центральный парез лицевого нерва полностью регрессировались, у двоих частично регрессировал, эпилептические приступы в 9 случаев прекратились, а в одном случае эпи припадки стали редкими. Таким образом, наш скромный опыт показывает, что стереотаксический радиохирургический способ лечения с использованием аппарата «Gamma-Knife» (Гамма-Нож) глубинно расположенных опухолей головного мозга является эффективным и не требует госпитализации больных в специализированные стационары.

АКРИДОФЕРОН: КОМПЛЕКС МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ

Толипов С.У., Хотамова Г.Б. клинические ординаторы кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Лутфуллаев Г.У.

Хронические ларингит – заболевание с длительным и упорным течением, который на длительный срок лишает больного трудоспособности. Возникновение хронического ларингита связано с нарушением местного иммунитета слизистой оболочки гортани в результате длительного воздействия токсических факторов, патогенной инфекции и нарушением гомеостаза. Цель и задачи: Без повышения иммунопатологической реактивности трудно добиться хорошего стойкого эффекта. Поэтому необходим поиск терапевтических средств которые позволяют усилить неспецифическую резистентность организма. Универсальность системы интерферона позволяет сделать выбор в пользу группы индукторов интерферона. Акридоферон снимал эффект вирусиндуцированного блокирования синтеза собственных белков клетки на стадии внутриядерной сборки вирусных капсидов, блокирует ДНК вируса в стадии репликативного цикла и препятствует выходу вирусного потомства. Методы и материалы исследования: Под наблюдением находились 22 больных с хроническими ларингитами, которым был назначен препарат Акридоферон и 15 больных которые лечились традиционным методом (антибиотикотерапия, биостимуляторы, физиотерапия). Были сделаны анализы крови на иммунный статус до применения Акридоферона и после. Результаты: патогенная микрофлора у больных основной группы уменьшилось на 86% за период лечения Акридофероном (10 дней). У больных контрольной группы микробный пейзаж уменьшился за этот же период на 40%. Выводы: Учитывая полученные данные, целесообразно рекомендовать препарат Акридоферон в лечении хронических ларингитов вирусной этиологии.

РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УРОЛОГИИ

Тоштемиров Р.Р., студент 622 группы лечебного факультета СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель асс. Гафаров Р.Р.

Актуальность. Дистанционное обучение - взаимодействие обучающего и обучающегося на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты и реализуемое специфичными средствами интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. Информатизация общества и внедрение инновационных подходов в процесс обучения создали условия для организации учебных курсов с использованием дистанционных форм образования, основанных на комплексной виртуально-тренинговой технологии обучения. Цель работы. Определение роли дистанционного образования в оптимизации процесса обучения урологии. Материалы и методы исследования. Мировая тенденция перехода к нетрадиционным формам образования прослеживается и в росте числа вузов, ведущих подготовку по дистанционным технологиям. Одним

из ВУЗов перешедших на подобный метод модульного обучения стал Самаркандский государственный медицинский институт. В 2013 г. была внедрена система электронного обучения moodle.sammi.uz. За время своего существования система показала свою эффективность и весьма положительно отразилась на качестве подготовки медицинских кадров. Урология всегда являлась одной из самых прогрессивных специальностей медицины. Дистанционное образование не является исключением. Онлайн-курсы предлагает Европейская и Американская ассоциации урологов (EAU, AUA), Международное общество урологов (SIU), Массачусетский, Стэнфордский, Эдинбургский университет и др. Значимую роль в дистанционном урологическом образовании в странах СНГ играет интернет-портал Uroweb.ru. С 2010 года НИИ урологии совместно с Межрегиональной общественной организацией урологов «Интернет форум урологов» и проектом Академия амбулаторной урологии на площадках UroEdu.ru и Academy.UroWeb.ru предоставляется возможность дистанционного прохождения тематических курсов по урологии. Портал Uroweb.ru является головным проектом. Функция портала - своевременное обеспечение исчерпывающей информацией широкой аудитории пользователей и обеспечение перехода на подпроекты. Задачи проекта UroEdu: непрерывное дополнительное профессиональное образование с помощью дистанционных технологий. В настоящее время проходить дистанционных курсы обучения по различным направлениям урологии, после предварительной регистрации, могут все те, кто имеет отношение к урологии: от студентов до специалистов самого высокого уровня. Результаты и обсуждение. Сотрудники курса урологии СамМИ, а также студенты кружковцы, зарегистрированные на портале Uroweb.ru и регулярно проходят дистанционные курсы повышения квалификации, что подтверждается соответствующими сертификатами. Кроме того 3 сотрудника курса являются членами Американской ассоциации эндоурологов, что обеспечивает постоянный доступ ко всем материалам журнала Endourology. Регулярно проходят Школы Европейской ассоциации урологов, посвященные последним научным изысканиям в области урологии. Дистанционное образование на сегодняшний день не менее актуально, чем все другие виды образования. Современные технологии позволяют не только знакомиться с лекциями ведущих специалистов всего мира, но и активно взаимодействовать между собой и с преподавателями. Выводы. Таким образом, внедрение методов дистанционного образования позволяют специалисту-урологу, либо лицу, только овладевающему урологической наукой, в кратчайшие сроки узнавать и быть в курсе всех современных тенденций в отношении урологической патологии, повышать квалификацию, изучать современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения урологических заболеваний. Существующие сегодня интернет-платформы дистанционного образования как нельзя лучше отвечают этим требованиям.

ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ НА МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Тулаков Э.О., студент 1-курса 108 группы педиатрического факультета АГМИ

Кафедра общей хирургии (зав. каф. –Салахитдинов С.З.)

Научный руководитель: асс.Бутабоев Ж.М., ст. преп. Мадумарова М.М.

Для диагностики иммунодефицитных состояний местных тканей существует множество иммунологических методов. Сегодня в связи с появлением новых данных в области интерстициологии многие из осложнений, можно представить в виде местного аутоиммунного патологического процесса. Цель исследования: изучение влияние региональной лимфоиммуностимуляции (РЛИС) на показатели местного иммунитета у больных язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 67 больных с ЯБДПК, которым выполнялись операции резекции желудка (РЖ) по I и II способу Бильрота. Больные были разделены на 2 группы: 32 больных контрольной группы, не получивших РЛИС и 35 пациентов основной группы, получавших РЛИС в раннем послеоперационном периоде. Показатели местного иммунитета у больных ЯБДПК до и после операции оценивались по содержанию лизоцима и секреторного иммуноглобулина А (SIgA) в желудочном соке по методу радикальной иммунодиффузии по Манчини. Исследования проводились в ранние сроки после РЖ: 1,3,7 и 10-12 сутки. РЛИС проводилась в течение 3-4 дней после операции на желудке через круглую связку печени в составе: лидаза 0,15/кг, гепарин 70 ед/кг, Т –активин 1мл, глюкоза-новокаиновая смесь. Содержание лизоцима до операции исследовано у 57 больных с ЯБДПК и его уровень составил: 20,2+0,9 мкг/мг, а SIgA у 52 равнялся 25,0+1,1 мг%. В 1-е сутки после операции в контрольной группе содержание лизоцима и SIgA резко снижалось ($p<0,05$), а затем шло постепенное увеличение лизоцима, а SIgA и на 3-е сутки оставался на уровне первых суток и лишь на 7-е сутки незначительно повысился. К моменту выписки больных из стационара эти показатели еще отличались от исходных величин. На 10-12 сутки после операции уровень лизоцима составлял 14,4+0,5, а SIgA был равен 11,4+0,7. Это указывало на резкое снижение иммунологической защиты в ближайшем послеоперационном периоде. Во 2 группе больных содержание лизоцима у лиц, которым выполнялось РЛИС Т-активином, отличались от контрольной группы ($p<0,005$). Более высокий уровень лизоцима наблюдался в группе больных, которые получали Т-активин; на 3-е сутки уже наметились более существенные различия, и они были более выражены у пациентов получавших Т-активин, и эти различия были достоверными ($p<0,01$), в последующие сроки (7-10 сутки) у пациентов получивших Т-активин, лизоцим почти достиг исходного уровня. Так содержание лизоцима к 10-12 дню исследования составлял 22,1+0,3. Подобная динамика наблюдалось и в содержании SIgA в желудочном соке. Так если уровень SIgA на 7-е сутки в контрольной группе составлял 8,7+0,5, то в основной группе у лиц получавших Т – активин этот показатель был равен 16,3+0,4. К 10-12 дню SIgA в контрольной группе составил 16,4+0,9; в то время как в основной группе этот показатель повысился до 24,5+0,6. Это указывало на существенное улучшение местного иммунитета. Вывод. Таким образом, РЛИС повышает местный иммунитет, способствует более гладкому течению послеоперационного периода, снижает риск развития гнойно-воспалительных осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Тулаков Э.О., студент 1-курса 108 группы педиатрического факультета

АГМИ кафедра общей хирургии (зав. каф. - Салохитдинов С.З.)

Научный руководитель: Бутабоев Ж.М.

На клинических базах кафедры общей хирургии Андижанского государственного медицинского института с 2008 по 2018 г. оперировано 345 пациентов по поводу острого калькулезного холецистита и других осложнений ЖКБ. В настоящее исследование включены, 128 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ), холедохолитиазом, обтурационным гнойным холангитом (ОГХ). Предметом анализа являлись данные анамнеза, клинико-лабораторные показатели, данные инструментальных методов исследования, операционные находки, особенности оперативных вмешательств, данные гистологического исследования операционных препаратов, течение послеоперационного периода. При поступлении все больные отмечали быстрое развитие заболевания с характерными жалобами: боль в правом подреберье, ознобы, желтуха в течение первых часов или суток. Согласно полученным данным, клинические показатели всей группы больных заметно отличались от нормальных значений. У пациентов наблюдались тахикардия, увеличение частоты дыхания, гипертермия, что является клиническим проявлением синдрома системной воспалительной реакции. Анализ лабораторных показателей выявил увеличение билирубина и ферментов, мочевины и креатинина, достоверное увеличение лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации. Характеризуя исследуемую группу больных, можно констатировать, что полученные средние значения клинико-лабораторных данных в сочетании с органными и системными дисфункциями свидетельствуют о наличии у пациентов системного воспаления. Сравнительное изучение клинических и лабораторных параметров проводилось для определения структуры генерализованного системного воспаления у пациентов с ОГХ. При нарастании тяжести системного воспаления отмечалось достоверное значительное увеличение прямых показателей интоксикации: концентрации лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации, рост критериев системной воспалительной реакции (тахикардия, тахипное, лихорадка). Результаты и обсуждение: Наличие гнойного холангита считали показанием к неотложной операции. Объем вмешательства определялся характером выявленной патологии. Во всех случаях операция заканчивалась наружным дренированием холедоха. Деструктивные формы острого холецистита, не осложненные перитонитом, имели место у 44 (34,3%) больных. Из них флегмонозный холецистит - у 32 (25%) больных, а гангренозный у 12 (9,3%) больных. В целях предотвращения угрозы перитонита всем этим больным была выполнена неотложная операция - холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием по Керу из лапаротомного доступа. Заключение: Таким образом, ранняя диагностика и своевременная лечения больных с желчнокаменной болезни осложненной острым гнойным холангитом позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВПС – ДОС ОТ ПЖ, ПРОВЕДЕННАЯ В ОДММЦ г.САМАРКАНДА

Тураев Ф., 628 гр., Ганиев Р., 630 гр, лечебный факультет СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.кафедрой – доц., т.ф.д. Раббимова Д.Т.)

Научные руководители: к.м.н. Саидов М.А., асс., к.м.н. Шадиева Х.Н.

Введение. В апреле 2018 года на базе Самаркандского ОДММЦ открыто отделение кардиохирургии. Создание отделения было продиктовано необходимостью оказания помощи 3500 детей с ВПС, проживающих в нашем регионе. С января 2019 года в отделении проводятся операции на открытом сердце. Описание клинического случая. Больной Н., 1 год 2 мес поступил 20 февраля с жалобами на утомляемость, слабость, потливость, одышку при нагрузке. Объективно больной весом 10 кг, бледный, отмечается акроцианоз (SO_2 – 87%). Частота дыхания 32 в 1 мин, в легких жесткое дыхание, границы сердца расширены вправо, выслушивается интенсивный систолический шум максимально в 3-4 межреберье. На ЭКГ выявлены синусовая тахикардия, перегрузка правых отделов сердца, метаболические изменения. На рентгенографии грудной клетки – усиление легочного рисунка, сердце увеличено в поперечнике за счет правого желудочка, на ЭхоКГ - ДМЖП (дефект межжелудочковой перегородки) подаортальный – 8,5 мм, КДР(конечно-диастолический размер) – 2,6 см, КСР (конечно-систолический размер) – 1,6 см. ФВ (фракция выброса) ЛЖ - 64%, Ао (аорта) смещена вправо на 90%. Установлен диагноз: ДОС (двойное отхождение сосудов) от ПЖ (правого желудочка), ДМЖП. Был решен вопрос о хирургической коррекции порока. 22 февраля больному была проведена операция: Радикальная коррекция ДОС от ПЖ с созданием туннеля между ЛЖ и аортой с пластикой ДМЖП в условиях ИК (искусственного кровообращения), гипотермии и ФХКП (фармакохолодовой кристаллоидной кардиоплегии) Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии 2 марта 2019 года на восьмые сутки после операции. Обсуждение клинического случая. В нашем регионе была впервые успешно проведена операция у больного с ДОС от ПЖ. На сегодняшний день в Самарканде проводится довольно широкий спектр оперативных вмешательств на открытом сердце, в том числе пластика ДМЖП, ДМПП, частичной атриовентрикулярной коммуникации, радикальная коррекция Тетрады Фалло и др., что дает возможность населению региона получать квалифицированную доступную кардиохирургическую помощь.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Турахонов А., Мамадалиев Ж., Хушмуродов Б., (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Общая хирургия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель к.м.н. Хайдаров Г.А.

Целью исследования послужило изучение результатов видеолапароскопических вмешательств при панкреонекрозе. Материал и методы. Нами обследованы и оперированы 22 пациента со стерильным панкреонекрозом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3%), мужчин – 14 (63,7%). возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 10 больных (45,5%) диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 12 (54,5%) – смешанный. У 12 пациентов (54,5%) имели место признаки ферментативного перитонита, в 10 случаях (45,5%) зарегистрирована парапанкреатическая флегмона. Результаты. Видеолапароскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 больных (22,7%), абдоминизацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки – у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 пациентов (45,5%) с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминизацию и интенсивную антибактериальную терапию, деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 больных (31,8%), что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна пациентка (5,5%), несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаротомии, умерла на 21-е сут лечения от сепсиса. В 4 случаях (18,2%) у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований. Вывод. Применение ранних видеолапароскопических вмешательств в комплексном лечении пациентов со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть абортивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Турдиев М.С., студент 420 группы лечебного факультета СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. курсом. – д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.

При выборе адекватного доступа удаления опухолей головного мозга большое значение имеет состояние функционально-значимых проводящих путей (ФЗПП) больших полушарий. Целью настоящего исследования является изучение состояния функционально-значимых проводящих путей (ФЗПП) больших полушарий при опухолях головного мозга. Обследованы 83 больных (43 мужчин и 40 женщин) с опухолями больших полушарий головного мозга, оперированных в клинике нейрохирургии СамМИ за последние 4 года. Всем больным была произведена контрастная МРТ с последующим исследованием диффузионно-взвешенной томографии (ДВ МРТ) на 1,5 Тл аппарате «Magnetom Essenza Siemens» с трехмерной реконструкцией ФЗПП больших полушарий головного мозга. По размеру и величине опухоли варьировались от 3 до 12 см в диаметре. ДВ МРТ показывает, что при гигантских менингиомах наблюдается смещение, растяжение и истончение функционально значимых проводящих путей, что приводит к выраженным двигательным и чувствительным нарушениям. Глиальные опухоли не только сдавливали и смещали тракты, а также разрушали их и поэтому у этих больных при локализации опухолей в зонах моторных и чувствительных трактов сравнительно быстро развивались гемиплегия, гемигипе- или анестезия и речевые нарушения. В зоне опухолевой инфильтрации визуализировали разрушение комиссуральных волокон в мозолистом теле. В таких случаях для того чтобы не усугублять и так выраженных неврологических нарушений считаем целесообразным проведение биопсии опухоли с последующей лучевой и химиотерапией под наблюдением онкологов. Исходя из этого, можно констатировать, что при выборе операционных доступов к опухолям больших полушарий необходимо учитывать состояние функционально значимых проводящих путей, то есть трактов, на основании данных ДВ МРТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Туробов Б.Г., студент 423 группы лечебного факультета,

Облобердиева П.О., резидент 1 курса магистратуры по специальности «медицинская радиология», СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Цель исследования: сравнительная оценка лучевых методов исследования в диагностике цирроза печени. Материалы и методы. Анализировали результаты лучевого обследования 40 больных циррозом печени. Использованные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), гамматопография. Результаты исследования. Интерпретация результатов исследований, позволила выделить наиболее характерные лучевые признаки цирроза печени. Так, при УЗИ для цирроза печени характерно: неровность контуров печени (57,5% случаев), повышение эхогенности (82,5%), неоднородность эхоструктуры (72,5%), закругление переднего края (82,5%),

увеличения размеров долей в начальных стадиях (20%), уменьшение размеров печени (80%), увеличение соотношения поперечных размеров хвостатой и правой долей (40%), увеличение диаметра воротной (55%) и селезеночной вены (60%), ослабление визуализации стенок ветвей воротной вены (67,5%), образование коллатералей. При КТ были выделены следующие симптомы данной патологии: узловатый, неровный край зачастую уменьшенной печени (55% случаев), уменьшение в размерах правой доли (27.5%), неоднородность паренхимы (72,5%), увеличение селезенки (87,5%), увеличение диаметра воротной (90%) и селезеночной вен (85%), определение протяженности варикозных узлов и наличие коллатеральных сосудов (45%), асцит (65%). Семиотика цирроза печени при МРТ включила в себя: изменение размеров органа, атрофия медиального сегмента левой доли, бугристость поверхности, выявление диспластических узлов небольшого размера (0,7–1,5 см) с соответствующими сигнальными характеристиками (на Т2-участки со сниженным сигналом, на Т1 –с повышенным), спленомегалия, асцит, наличие развитых портосистемных коллатералей и увеличение перипортального пространства в области ворот. С помощью гамматопографии в зависимости от стадии развития заболевания определили степень поражения функционирующей структуры печени. Нужно отметить при этом исключительную возможность получения информации о тяжести патологического процесса, на основании изучения включения изотопа в ретикулоэндотелиальную систему (селезенка, костный мозг). Таким образом, УЗИ предпочтительно для детальной оценки эхоструктуры и выявления диффузных изменений печени, при отсутствии воздействия ионизирующего излучения. Для изучения оценки направления и статистического изучения анализа, характерных изменений кровотока, при отсутствии признаков портальной гипертензии предпочтитетльна ульразвуковая допплерография. Компьютерная томография приоритетна для более детального изучения состояния варикозных узлов и наличия коллатеральных сосудов. С целью более точной дифференциации диспластических узлов в печени желательно проведение МРТ. Выводы. При большинстве заболеваний печени обследование начинают с УЗИ, представляющего собой метод выбора в руках опытного специалиста. Тем не менее, в диагностике цирроза печени и его осложнений КТ и МРТ превосходят УЗИ по информативности, но стоимость их высока, доступность ограничена. Приоритетом радионуклидной визуализации является оценка состояния функционирующей структуры печени. То есть, ни один отдельно взятый метод лучевой диагностики не может полностью решить проблему диагностики цирроза печени. Можно высказать положение: лучшим считается тот метод визуализации, который обеспечивает быстроту, неинвазивность и точность диагностики при минимальных расходах.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Удодов Ф.Ю., студент 610 группы педиатрического факультета,

Строкатова А.А., студентка 608 группы педиатрического факультета ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Сергеев О.О.

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н. профессор Вечёркин В.А.).

Научный руководитель: д.м.н., доцент Глаголев Н. В.

Несиндромальный краниосиностоз (далее - НКС) встречается в последние годы все чаще 1:2000-1:4000 [Лопатин А.В. 2003], от 0,3 до 1,4 на 1000 новорожденных [Суфианов А.А, 2013]. Количество детей с запущенным краниосиностозом увеличивается, что указывает на недостаточный уровень знаний и несвоевременную диагностику НКС на поликлиническом этапе. Цель работы: определение факторов риска развития несиндромальных краниосиностозов и улучшение качества диагностики заболеваний у детей. Материалы и методы исследования: проанализировано 35 историй болезни детей с НКС, находящимися на лечении в отделениях нейрохирургии БУЗ ВО ОДКБ № 2 г. Воронежа и ГУЗ ОДБ г. Липецка за период с 2014 по 2018. Среди всех пациентов мальчиков было 30 (85,71%) человек, девочек – 5 (14,29%). В момент рождения было диагностировано 28 (80%) НКС, в первом полугодии – 4 (11,43%), во втором – 2 (5,71%), старше года – 1 (2,86%). При диагностике нами использовались методы: анализ анамнестических сведений о течении беременности, родах; результаты осмотра новорожденного неонатологом, педиатром; физикальные методы; лучевые методы (РКТ, МРТ, УЗИ); статистическая обработка результатов. Результаты: установлена взаимосвязь между патологией беременности и развитием НКС. Так у 6 (17,14%) детей беременность протекла без патологии, 29 (82,86%) патологическая беременность, из них 10 (34,48%) гестоз, 6 (20,69%) ВУИ, в остальных 13 (44,83%) характер патологии различен: эндокринопатия беременных, перинатальная травма, внешние факторы (курение). Всем детям проведено оперативное лечение (краниопластика фронтоорбитального комплекса, п-образная краниотомия, эндоскопически ассистированная краниотомия). Из них отмечались 2 рецидива, 1 летальный исход. Выводы: таким образом, алгоритм ранней диагностики НКС должен включать: акушерский и семейный анамнезы, учет влияния гендерного и внешнего факторов. Оценка состояния родничка не влияла на постановку диагноза. При наличии нескольких факторов риска необходим осмотр нейрохирурга и проведение лучевых методов исследования. Соблюдение алгоритма диагностики на поликлиническом этапе будет способствовать раннему выявлению НКС, что способствует нормальному психофизическому развитию ребенка.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ МЕТОДОМ ВНУТРЕННЕЙ УРЕТРОТОМИИ

Умиров А.А. (врач-эндоуролог, мед. фирма «Саломатлик академияси» г. Китаб),

Гайбуллаев М.Т., Хуррамов Б.М. (магистры 1 года обучения курса урологии, СамМИ)

Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Шодмонова З.Р.

Актуальность. В структуре заболеваний мочеполовой системы стриктура уретры составляет около 6%. Однако, фактическая распространенность стриктур уретры выше, т.к. довольно часто у пациентов, предъявляющих жалобы на ослабление струи мочи, устанавливается неверный диагноз (атония мочевого пузыря, аденома предстательной железы и пр.). Истинное же заболевание, стриктура уретры, выявляется лишь при дополнительном углубленном обследовании, а в ряде случаев не диагностируется вовсе. Цель исследования. Изучение причин возникновения и результатов эндоскопических методов лечения больных со стриктурой уретры. Материал и методы. В отделении экстренной урологии СФ РНЦЭМП под нашим наблюдением находились 42 больных со стриктурой уретры, которым проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Возраст исследуемых варьировался от 18 до 73 лет (средний возраст 42,3± 3,7). Сроки наблюдения больных составили от 6 месяцев до 3 лет. Исследуемые в зависимости от локализации стриктуры, протяженности, количества рецидивов и длительности заболевания разделены на 2 группы: 1-ая группа - 19 (45,2%) больных со стриктурой воспалительного генеза, посттравматического и идиопатического характера и протяженностью до 1 см; 2-ая группа – 23 (54,8%) больных перенесшие различных трансуретральные манипуляции и операции. Результаты. Всем пациентам проводилась оценка симптоматики по шкале I-PSS с оценкой качества жизни - QoL и выяснением анамнеза (причина и длительность существования стриктуры, перенесенные операции, сопутствующие заболевания). В результате комплексного обследования нами выявлено, что в 6 (14,3%) случаях стриктура уретры явилась следствием перенесенного специфического или неспецифического воспалительного процесса мочеполовой системы. Посттравматические стриктуры выявлены у 9 (21,4%) больных, после трансуретральных манипуляций и операций 23(54,8%). У 4 (9,5%) пациентов выявить причину образования стриктуры уретры из анамнеза не удалось. В большинстве случаев стриктура локализовалась в бульбозном отделе (66,6%), висячей части (14,3%), мембранозной (9,8%), простатической части уретры (4,8%), висячей и бульбозной части (4,8%). Протяженность стриктуры менее 0,5 см (26,2%), 0,6 – 1,0 см (27,6%), 1,1 – 1,5 см (16,2%), 1,6 и более (10,6%). Нами выполнялась внутренняя оптическая уретротомия «холодным ножом» в 35 случаях (83,33%), в 5 (11,9%) – лазерная уретротомия, в 2 (4,76%)случаях рассечение стриктуры производилось электроножом. Из них в 7 случаях операция была дополнена трансуретральной резекцией рубцовых тканей. Следует отметить, что у 19 (31,6%) больных эндоскопическая коррекция стриктуры выполнялась как этап эндоскопического оперативного вмешательства на мочевых путях - трансуретральной резекции простаты (7), трансуретральной резекции шейки мочевого пузыря (3), биопсии мочевого пузыря (2), цистолитотрипсии (4), уретеролитотрипсии (3). По окончании операции мочеиспускательный канал дренировался (индивидуально) уретральными катетерами различного диаметра, на срок от 1 суток до 21 дня. Эффективность проведенного лечения оценивалось после восстановления самостоятельного мочеиспускания на основании контрольного амбулаторного (стационарного) обследования больных в течение 6 и более месяцев от момента операции на основании оценки субъективных (I-PSS, QoL) и объективных параметров

(Qmax и количество остаточной мочи). Удовлетворительные результаты лечения после выполнения первичной уретротомии были отмечены у 34 пациентов (80,9%). Рецидив стриктуры в течение года после операции был отмечен у 8 больных (19,04%) которым в последующем были выполнены открытые реконструктивно-пластические или повторные эндоскопические операции на мочеиспускательном канале. Выводы. Таким образом, анализ результатов эндоскопического лечения стриктур мочеиспускательного канала свидетельствует, что лучше всего подвергаются эндоскопической коррекции стриктуры бульбозного, мембранозного и простатического отделов уретры. Своевременно проведенная первичная внутренняя уретротомия, способствует к снижению риска рецидивов стриктур мочеиспускательного канала.

МАММОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Уралов А.А. (клинический ординатор кафедры хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии ФПДО),

зав. каф. доцент, к.м.н. Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н Ачилов М.Т.

Цель: Определить диагностическую эффективность маммографии в исследований малигнизации диффузных доброкачественных пролиферативных заболеваний. Материалы: В ретроспективном исследование включено 130 женщин с различными доброкачественными пролиферативными заболеваниями молочной железы. Все пациентки комплексно обследованы с морфологической верификацией. Маммография выполнено на аппарате «TUOXIN BM-2B». У 62 (%) больных выявлены кисты и у 8 (12,9%) из них диагностирован рак молочной Железы развившийся в кисте. Фиброаденомы определялись у 68 (%) и у 9(13,2%) из них в дальнейшем выявлено малигнизация. Была верифицирована малигнизация доброкачественной опухоли. Средний возраст составил 43. Результаты: Чувствительность в выявлении патологии молочной железы в различных возрастных группах показала, что у женщин 25-45 лет эффективность маммографии составляет 72%. В группе пациенток в возрасте 45–55 лет данный показатель составляет 74%. Анализ наших данных свидетельствовал о том, что маммография является высокоэффективным методом диагностики фиброаденом и кист на фоне выраженной диффузной патологии молочных желез, чувствительность, которого составила 88% и 94% соответственно. При изучении малигнизации фиброаденомы маммографическая чувствительность составила 63%, а специфичность75%. Специфичность и чувствительность в диагностики рака в кисте молочной железы составила 73% и 42% соответственно Выводы: маммография в диагностике малигнизации доброкачественных фоновых заболеваний молочной железы является высокоспецифичной, но с относительно низким чувствительностью. В связи с этим на этапах обследования рекомендуем дополнять другими методами визуализации в диагностики малигнизации доброкачественных заболеваний молочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ МЕЖРЕБЕРНО-ПЛЕЧЕВОГО НЕРВА

Уралов А.А. (клинический ординатор кафедры хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии ФПДО),

зав. каф. доцент, к.м.н. Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н Ачилов М.Т.

Подмышечная лимфодиссекция (ПЛД) не является абсолютно безвредной операцией и нередко приводит к развитию серьёзных послеоперационных осложнений и функциональных нарушений. Из них наиболее тяжелым является развитие лимфатического отёка (лимфедемы) верхней конечности. На ряду, с этим в ближайшем послеоперационном периоде большинство больных жалуются на выраженный болевой синдром, неврологические нарушения в виде гипо и парестезии, значительно ограничения движения в плечевом суставе. Согласно литературным данным в этиологии функциональных нарушений после ПЛД (post axillary dissection syndrome) большое значение имеет механическая травма крупных нервов подмышечной клечатки. При стандартной ПЛД двигательные нервы – n.thoracicus longus et n. Thoracodorsalis, обычно щадятся, а чувствительный межреберноплечевой нерв (n.intercostobrachialis) ввиду прохождения его через подмышечную клетчатку часто пересекается. Мы располагаем 40 наблюдениями, когда во время ПЛД при отсутствии опухолевой инфильтрации в подмышечной клетчатки, кроме стандартно сохраняемых двигательных нервов были сохранены также n.intercostobrachialis (фукциональная или нервсберегающая лимфодиссекция). У 40 больных оперированных по поводу рака молочной железы- 35 случаев имело место радикальная мастэктомия и у 5 радикальные резекции. Средний возраст больных составил 47,9± 11,8 лет. Анализ результатов показал, что у большинства больных-85% в послеоперационном периоде отсутствовали функциональные и сенсорные нарушения, у 10% больных боли и нарушения чувствительности имелось слабый характер, а у 2 больных средней тяжести. Предварительные данные свидетельствует о перспективности выбранной тактики в плане обеспечения комфортности жизни оперированных больных.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Усен Аман, Эшанходжаев Т., Шералиев Н. студенты 5 курса специальность «Педиатрия» медфака КРСУ

Кафедра детская хирургия КРСУ (зав.каф. − к.мн. Мыкыев К.М.)

научный руководитель доцент, к.м.н. Порощай В.Н.

Актуальность. Гипоспадия относится к наиболее сложным порокам развития наружных половых органов у детей и в последние годы, имеет тенденцию к увеличению. Не смотря на усовершенствование методов оперативной коррекции порока, осложнения достигают до 35% случаев. Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения дистальных форм гипоспадии у детей. Материалы и методы. Нами изучен данные 154 историй болезни больных с гипоспадией прооперированных за период с 2008 по 2017гг. на базе Городской Детской Клинической Больницы скорой медицинской помощи и Национального Центра Охраны Материнства и Детства, в отделении урологии. Всем детям были проведены общепринятые клинические методы обследования, а также УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря. По показаниям пациентам проводились уродинамические методы исследования до и после оперативной коррекции, экскреторная урография, микционная цистография. Результаты и их обсуждение. За 10 лет прооперированно 154 мальчиков в возрасте от 1 года до 16 лет, с дистальными (стволовая, венечная, головчатая) формами гипоспадии. Венечная форма гипоспадии отмечалась у 62 (40,2%), стволовая - у 92 (59,8%) пациентов.У наблюдаемых больных выявлены сопутствующие врождённые заболевания, у 28 (15,5%) – односторонний крипторхизм, у 8 (4,4%) – уреторгидронефроз, у 12 (6,6%) паховые грыжи. Оперативное лечение выполнено всем пациентам, метод пластики зависел от формы гипоспадии. Лечение по методике Дюплей – Савченко выполнено – у 52 (33,8%), Mathyeu – 27 (17,6%), MAGPI – 35 (22,7%), Snodgrass – 40 (25,9%). Дистальные формы гипоспадии без искривления полового члена и с искривлением кавернозных тел до 30 оперировали одномоментно с сохранением уретральной площадки по Snodgrass. Недостаток кожи на месте созданной уретры после пластики устраняли кожей крайней плоти, путём перемещения на вентральную поверхность. Назначались антибактериальные препараты и уросептики. С 4-х суток местно накладывали повязки с сухой присыпкой (Baneocin). У всех больных наружное отверстие уретры выводилось на верхушку головки полового члена, что улучшало косметический эффект и психо-эмоциональный статус пациента. Оценку результатов лечения проводили по следующим показателям: удовлетворительно- ребенок мочится без натуживания, остаточной мочи после микции в мочевом пузыре не выявляется, показатели урофлоуграммы в пределах допустимых нормативных данных; Неудовлетворительный: сужение устья вновь сформированной уретры, наличие свищей, расхождение шва на протяжении уретры и мочевые затеки. Из 154 прооперированных детей осложнения наблюдались у 31 (20%). Наибольшее количество осложнений было по методике Дюплей – Савченко у 11 (23%), наименьшее по Mathyeu – 6 (23%), MAGPI – 7 (20%), Snodgrass – 7 (18%) детей. Из всех видов пластики дистальной формы гипоспадии по методу Snodgrass, наиболее удовлетворительны. Вывод: Одномоментная пластика уретры по Snodgrass, с выведением наружного отверстия на головку, является методом выбора лечения гипоспадий и улучшает, как функциональные показатели, так и косметические аспекты врождённого порока.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПОЛОСТИ НОСА

Файзуллаев Д.Ш., Ортиков А.А., студенты магистратуры кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Лутфуллаев У.Л.

Гемангиомы составляют от 60 до 80% всех доброкачественных новообразований, чаще встречаются у лиц женского пола. По данным международной гистологической классификации ВОЗ гемангиомы делятся на следующие виды: капиллярная, кавернозная и венозная. Кавернозные и венозные гемангиомы отличаются разными оттенками синего цвета. Поверхность их бугристая, а контуры не четкие. Ветвистая артериальная гемангиома, как правило, локализуется глубоко в тканях и не влияет на цвет кожи или слизистой оболочки. Для этого вида гемангиомы характерна пульсация, которая нередко определяется визуально. Гемангиомы полости носа имеют слабо выраженные ранние симптомы, которые связаны с нарушением основных функций носа. Характерным симптомом для всех локализаций опухоли является кровотечение. При расположении опухоли в полости носа необходимо обратить внимание на ее цвет, характер поверхности, сосудистый рисунок вокруг новообразования. Диагностику гемангиом полости носа проводят на основании анамнестических данных, осмотра, пальпации, передней и задней риноскопии, орофарингоскопии. В настоящее время большинство авторов рекомендуют в диагностике опухолей полости носа использовать не отдельный метод обследования, а комплекс методов, что существенно повышает эффективность диагностики, позволяет верно планировать лечение, выбирать оптимальные по характеру и объему хирургические вмешательства. Кроме того, широко используются такие методы диагностики как рентгенологическое обследование, фиброскопия, термография, лицевая ангиография, радионуклидное сканирование, КТ и МРТ. Окончательный диагноз верифицируется гистологическим исследованием кусочка опухоли. Основным методом лечения при гемангиоме до настоящего времени остается хирургический. К хирургическим методам лечения относятся крио- и лазерная деструкция опухоли и фотодинамическая терапия. Редко как самостоятельный метод лечения используют криодеструкцию, чаще ее сочетают с хирургическим вмешательством. Для лечения гемангиом также используют CO_2- лазер. Так как глубина проникновения лазера составляет 1064 нм, лазеры редко применяются при лечении глубоких гемангиом. Кроме того, существует риск рубцевания после использования лазера. Всё это свидетельствует о необходимости уточнения и систематизации новых методов лечения, последовательности их применения с целью профилактики осложнений и рецидивов заболевания. В связи с этим, разработка новых и усовершенствование существующих методов диагностики и лечения больных с гемангиомами ПН остается актуальной проблемой современной ринологии.

ЛЕНСЭКТОМИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Хазратова Д., резидент магистратуры 2 курса СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав. каф.- д.м.н. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Юсупов А.А.

Близорукость высокой степени является не только проблемой офтальмологии, но и социально-гигиенической. Информация для профилактики и снижения инвалидности, оптимизация медико-социальной экспертизы и социальной защиты инвалидов с высокой миопией обусловливала актуальность данной проблемы. В настоящее время основным способом рефракционной хирургии при лечении миопии высокой степени (-15,0 дптр и более) является ленсэктомия, то есть экстракция прозрачного хрусталика. Цель исследования: Изучить эффективность ленсэктомии с имплантацией ИОЛ при высокой степени близорукости. Материал и методы исследования: Было прооперировано 20 больных (40 глаз) с миопией высокой степени в частной офтальмологической клинике профессора Юсупова А.А. Среди них было 6 мужчин и 14 женщин, что соответственно составляет 30% и 70%. Основной контингент больных составляли женщины, так как чаще обращаются к хирургической коррекции высокой миопии, устраняя проблемы косметики. Большая часть (70%) больных оказались моложе 25 лет, что подчеркивает медико-социальную значимость оптимальной коррекции высокой миопии в реабилитации самой молодой части взрослого контингента. Все обследованные, по состоянию зрительных функций, являлись инвалидами I и II групп. Несмотря на это, среди пациентов были также служащие (34%) и учащиеся (38%), Предоперационная рефракция находилась от -15,0 до- 23,0 дптр (±18,2 дптр). До проведения операции острота зрения в среднем составила 0,04, с полной переносимой коррекцией в среднем составляла 0,2 ±0,02. Всем больным проводились стандартные офтальмологические исследования: визометрия, рефрактометрия, скиаскопия, кератометрия, тонометрия, пахиометрия, топография роговицы, биомикроскопия, офтальмоскопия, УЗИ исследования с расчетом ИОЛ для глаза. У всех больных была выполнена традиционная ленсэктомия методом ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией мягкой ИОЛ. Результаты исследования. В послеоперационном периоде некорригированная острота зрения варьировала от 0,2 до 0,6 (0,48 ± 0,02), что превышало ожидаемого результата до операционной коррекции остроты зрения в среднем на 40%, а с полной коррекцией острота зрения в среднем составляла 0,57±0,15. Ухудшение остроты зрения в послеоперационном периоде не наблюдалось ни в одном случае. Рефракция в послеоперационном периоде у 32-х (80%) больных с имплантируемой ИОЛ была близка к эмметропической. На 6-и глазах (15%) была слабо-миопической в диапазоне сферического (от -0,5 до -1,25 дптр) и цилиндрического (от -0,5 до -0,85 дптр) компонентов. Слабая гиперметропическая рефракция была выявлена лишь в 2-х случаях(5%) и в среднем составила +0,8 ± 0,10. В послеоперационном периоде все больные получили стандартное противовоспалительное лечение. Выводы: Ленсэктомия с имплантацией мягкой ИОЛ является эффективным и безопасным методами коррекции близорукости высокой степени, позволяющая достигать высокий клинико-функциональный результат, а также реабилитировать инвалидов, трудоустроить и улучшить общественное положение данных пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ И АНТИКОНВУЛЬСАНТНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Халикова М.Т. студентка 515 группы лечебного факультета СамМИ,

Жабборов М.А., студент 310 группы педиатрического факультета СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. курсом. – д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)

Научный руководитель: Ph.D., ассистент Алиев М.А.

Первичные опухоли головного мозга встречаются примерно в 10% от всех неврологических заболеваний нетравматического генеза. В таком же проценте случаев они являются причиной смерти от всех заболеваний неопухолевого происхождения и второй по частоте причиной смерти у нейрохирургических больных после сосудистых заболеваний. Одно из частых клинических проявлений при глиом головного мозга являются эпилептические припадки. Целью исследования являлась изучение частоты встречаемости и течения эпилептических припадков при глиомах головного мозга. Мы проанализировали данные 188 больных с внутримозговыми опухолями головного мозга, которые оперированы в 2013-2018 годах в клинике нейрохирургии СамМИ. Возраст больных от 9 до 72 лет, в среднем 40,5 лет. Среди оперированных больных 102 (54,3%) составляли женщины, 86 (45,7%) – мужчины. 28 (14,9%) больным была произведена КТ и 160 (85,1%) – МРТ, а также всем больным была произведена ЭЭГ-исследование в динамике (100%). Эпилептические припадки представляли различные виды приступов. В наших наблюдениях эпилептический синдром отмечался у 83 (44,1%) больного из 188 больных. По “Международной классификации эпилептических припадков” (ВОЗ, 1981 г.), формы припадков были представлены следующими пароксизмальными состояниями: простые парциальные припадки наблюдались у 25 (31,3%), в том числе, вегетативные – у 8 (9,6%) больных, моторные – в 10 (12%) наблюдениях, сенсорные – у 4 (4,8%) пациентов, психические – в 3 (3,6%) случаях, сложные – у 6 (7,2%) больных, с вторичной генерализацией – у 2 (2,4%) больных; генерализованные припадки отмечены у 24 (28,9%) больных. У большинства больных с эпилептическими припадками – 21 (25,1%), опухоли локализовались только в височной доле, и у 29 (34,9%) больных височная доля была вовлечена в патологический процесс вместе с теменной и лобной долями. Опухоль локализовалась в лобной доле у 32 (38,6%) больных, а также в 13 (15,7%) наблюдениях лобная

доля была вовлечена в патологический процесс вместе с теменной и височной долями. Диффузные изменения на ЭЭГ выявлены у 37 (44,6%) пациентов, локальные изменения обнаружены у 46 (55,4%) обследованных. Очаговые изменения на ЭЭГ в подавляющем большинстве случаев отмечались у больных с моторными и генерализованными припадками. После обнаружения эпилептической активности по данным ЭЭГ-исследований, до операции больным назначали антиконвульсанты группы вальпроатов и карбамазепинов. Операции проводились путем костно-пластической трепанации (151 больных) и резекционной трепанации (37 больных). При отеке головного мозга и наличии дефекта твердой мозговой оболочки (ТМО) в конце операции производилась аутопластика ТМО трансплантатом из широкой фасции бедра и установлена субдуральная и эпидуральная регулируемая закрытая дренажная система. Среди оперированных 188 больных с установкой такой системы ни в одном случае не наблюдались послеоперационные осложнения. Также не наблюдались послеоперационные осложнения (отек мозга, ликворея) у тех больных, которым была произведена аутопластика дефекта ТМО. Таким образом, при изучении частоты судорожного синдрома у больных с глиомами головного мозга было выявлено, что судорожный компонент уменьшился у 95,2% больных, что показывает высокую эффективность проведенной оперативной и антиконвульсантной терапии.

РОЛЬ И МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Халилов И. клинический ординатор 1 года обучения СамМИ.

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: ассистент Мухаммадиев М.Х.

Актуальность: Неутешительная статистика свидетельствует, что заболеваемость панкреатитом за последние полвека увеличилась в 2 раза. Прослеживается общемировая тенденция роста заболеваний острым панреатитом с увеличением доли его тяжелых деструктивных форм (Singh A., 2008; В.С. Тарасенко и соавт., 2012). Постоянный рост заболеваемости острым панкреатитом, в том числе и его деструктивными формами, трудоспособный возраст большинства пациентов, большие экономические затраты на длительное лечение, необходимость соблюдения диеты и постоянного приёма лекарственных средств ведут к утрате трудоспособности и зачастую к инвалидизации свидетельствуют о социальной значимости этой патологии (В.С. Савельев и соавт., 2008; Римарчук Г.В. и соавт, 2014; Fujimori N. et al., 2013). Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым панкреатитом, путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики ведения больных и использования малоинвазивных методов оперативного лечения. Материалы и методы: В 2014-2018 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала Р.Н.Ц.Э.М.П. получали лечение 47 больных с тяжелыми формами острого панкреатита, из них оперированы 41 (87%) пациент. 22 (53,6%) пациентам из числа всех оперированных операции проводились исключительно лапароскопическими методами. Результаты. При экссудативных осложнениях выполнялась лапароскопическое дренирование полости малого сальника и брюшной полости. При распространенном гнойно-деструктивном процессе проводилась санация брюшной полости с использованием раствора “декасан”, а так же дренирование полости малого сальника и брюшной полости двухканальными дренажами. Применение малоинвазивных вмешательств на первом этапе лечения способствовало сабилизации больных, отграничению воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, забрющинной клетчатке, что позволило избежать применения, или же провести открытое полостное вмешательство в более поздние сроки и сделать егоо менее травматичным. Заключение. Увеличение процента проведения малоинвазивных вмешательств коррелирует со снижением процента летальности при деструктивных формах острого панкреатита, способствует снижению инвалидизации в послеоперационном периоде, а так же повышает уровень качества жизни в ситуациях, когда являются основным и единственным методом лечения.

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Халилов И.Ж., клинический ординатор кафедры хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии ФПДО

(зав каф. - доцент, к.м.н. Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н Ачилов М.Т.

Цель: Определить возможности и результативность бронхоскопии для морфологического исследования периферических очаговых образований легких. Материалы и методы: Обследовано 25 больных с единичными и множественными очаговыми образованиями легких, которые находились на обследовании и лечении в РИО ва РИАТМ Самаркандском филиале. Возраст больных составлял от 17 до 83 лет, медиана - 59,5 лет. Бронхофиброскопию выполняли всем больным по общепринятой методике. Среди выявляемых при бронхоскопии изменений выделяли прямые и косвенные признаки опухоли легкого. Для подтверждения диагноза выполняли эндобронхиальные биопсии - браш-биопсию (ББ), трансбронхиальную игловую биопсию (ТБИБ), а также их сочетание. Способом первичной диагностики периферического образования легкого чаще служила рентгенография (в 74% случаев), компьютерную томография использовали в 26% случаев. Результаты: при локализации опухоли в периферической зоне, независимо от размеров опухоли, изменения в бронхиальном дереве были диагностированы только у 22% больных. Из них прямые - у 14%, косвенные - у 8% больных. Общая результативность бронхофиброскопии для морфологического исследования составила 69,8%. Из них материал для цитологического исследования получен в 63,4% случаев, для гистологического - в 36,4%. Результативность морфологического диагноза при ФБС во время бронхологического исследования была наибольшей при выявлении прямых признаков опухоли: 94,4%. При наличии косвенных бронхоскопических признаков рака она составила 72%. В случае отсутствия патологических изменений в бронхиальном дереве при исследовании материала браш-биопсии слизистой оболочки бронха опухолевые клетки выявлены у 33% больных. Выводы: Фибробронхоскопия с биопсией показана всем больным при выявлении очаговых периферических образований в легких, как первый этап инвазивной диагностики. Фибробронхоскопия с бронхобиопсией является малотравматичным, высокоинформативным методом диагностики и показана всем пациентам с выявленными очаговыми образованиями в легких.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЭХИНОКОККОЗА ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Хамроев Г.А., Гафаров Р.Р. ассистенты курса урологии СамМИ, Юсупов Дж.Ф., магистр 1 года обучения

Курс урологии (зав. курсом – к.м.н., доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель: асс. Бобокулов Н.А.

Актуальность. Эхинококкоз - гельминтоз человека, обусловленный внедрением и развитием в организме личиночной стадии ленточного гельминта Taenia echinococcus. В подавляющем большинстве случаев эхинококковые кисты локализуются в печени и легких, Частота встречаемости эхинококкоза упомянутой локализации составляет от 65 до 85%. Гидатидозный эхинококкоз почки составляет 0,25-5,43%, мочевого пузыря - около 1% среди других локализаций гельминта, альвеолярный тип эхинококкоз встречается крайне редко. Узбекистан относятся к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококка. Количество операций, проводимых в республике по поводу эхинококкоза, составляет от 1 до 1,5 тысяч в год. Цель. Изучение особенностей течения и клинических вариантов эхинококкоза почек и мочевых путей. Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2019 гг., в Самаркандском филиале РНЦЭМП было прооперировано 8 больных с эхинококкозом мочевого тракта: 5 - с эхинококкозом почки, 2 - с эхинококкозом мочевого пузыря, ещё в 1 случае паразитарная киста исходила из cavum Retzii. Из 5 пациентов с эхинококкозом почки 3 были женщины, 2 - мужчины, эхинококкоз мочевого пузыря и киста, исходящая из cavum Retzii, отмечались у мужчин. Всем больным проводилось клинико-лабораторное, инструментальное и рентгенологическое обследование (экскреторная урография, компьютерная томография). Результаты. Гидатидурия и сопутствующая ей почечная колика отмечалась лишь у одной больной с эхинококкозом почки. По результатам общего анализа крови ни у одного из лишь у 2 больных с эхинококкозом почки отмечалась эозинофилия, которая, обычно, сопровождает эхинококкоз. Заподозрить наличие эхинококковой кисты во всех случаях позволяло ультразвуковое исследование почек и мочевых путей. Затем для уточнения диагноза проводились специальные ретгенологические исследования (экскреторная урография, компьютерная томография), и инструментальные (цистоскопия) исследования. Диагноз эхинококкоз до операции

был поставлен лишь в 5 случаях из 8, в 1 случае эхинококкоза почки паразитарная киста была принята за «Инфицированный гидронефроз II степени», ещё в 1 случае больной был взят с диагнозом «Солитарная киста почки» и в 1 случае при эхинококкозе мочевого пузыря предоперационным диагнозом был «Опухоль мочевого пузыря». После постановки клинического диагноза проводилось оперативное лечение - при эхинококкозе почки в 4 случаях осуществляли удаление паразитарной кисты и резекцию нижнего полюса, т.к. киста локализовалась в нижнем полюсе почки, в 2 случаях произведена эхинококкэктомия. При эхиноккокозе мочевого пузыря производилась цистотомия и удаление эхинококковой кисты. Во всех случаях полость паразитарной кисты обрабатывалась 100% глицерином. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнений не отмечалось. Начиная с 3 дня послеоперационного периода, а затем амбулаторно, после выписки, проводилась противорецидивная химиотерапия альбендазолом 800 мг в сутки в течение 1 месяца. Химиотерапия проводилась на фоне приёма гепатопротекторов (Эссенциапе по 1 капс. х 3 раза в сутки). Выводы. С учётом того, что Узбекистан является эндемической по эхинококкозу зоной, следует сохранять определённую настороженность в отношении эхинококкоза почек и мочевых путей. Диагноз эхинококкоза мочевого тракта не всегда бывает возможно точно установить до операции и в некоторых случаях он является операционной находкой. Во всех случаях необходим тщательный скрупулёзный анализ рентгенологической картины и исключение эхинококкоза другой локализации. В послеоперационном периоде необходимо осуществлять длительное лечение противопаразитарными средствами.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ СЕТЧАТКИ ПРИ ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТИ

Хамрокулов С.Б. асс. кафедры офтальмологии СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав. каф. - д.м.н., проф. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Кадирова А.М.

Проблема профилактики отслойки сетчатки до сих пор актуальна и тесно связана с компетентной диагностикой периферической витреохориоретинальной дистрофии (ПВХРД) сетчатки (Ильницкий В.В., Саксонова Е.О., Гурьева Н.В., 1993). По данным литературы, ПВХРД встречаются у 90-96% больных с отслойкой сетчаткой (Поздеева О.Г., 2003) и чаще осложняют течение миопии, особенно высокой, быстропрогрессирующей и наследственной форм. Цель работы – детальное исследование периферических отделов сетчатки, ранняя диагностика ПВХРД сетчатки, анализ частоты этой патологии и решение вопроса о целесообразности дальнейшего ее лечения. Материал и методы исследования. Нами было обследовано 50 пациентов (100 глаз) с врожденной миопией от 18,0 до 24,0 дптр. Возраст больных составил 18-30 (21,75 ± 0,65) лет. Мужчин было – 11, женщин – 39. При обследовании пациентов использовались следующие диагностические методы: визометрия, рефрактометрия, скиаскопия, биомикроскопия. Глазное дно исследовали с помощью прямой и обратной офтальмоскопии при максимальном медикаментозном мидриазе. Для более детального исследования изменений на периферии глазного дна, обнаруженные при прямой и обратной офтальмоскопии, дополнительно использовали метод биомикроофтальмоскопии с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана для выявления разновидностей ПВХРД сетчатки.Результаты. ПВХРД сетчатки с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана выявлены у 36-и больных на 39 глазах (39% от общего количества обследованных глаз), в то время как при обратной офтальмоскопии она обнаружена у 20-и больных на 23 глазах (23%). У 3-х больных изменения носили бинокулярный характер, монокулярная патология диагностирована у 33-х. Решетчатая дистрофия выявлена у 12-и больных на 13-и (33,3%) глазах, гиперпигментация – у 7-и лиц на 7-и (17,9%) глазах, кистовидная дистрофия – у 3-х больных на 3-х (7,7%) глазах, ретиношизис – у 8-и больных на 10-и глазах (25,6%), хориоретинальная атрофия – на 1-м (2,6%) глазу, смешанная форма дистрофии сетчатки (решетчатая дистрофия с гиперпигментацией) – на 1-м (2,6%) глазу. Разрывы сетчатки отмечались при решетчатой форме дистрофии у 4-х больных на 4-х (10,3%). Все эти больные направлялись в Центр лазерной микрохирургии при клинике глазных болезней Самаркандского медицинского института, где решался вопрос о дальнейшей тактике лечения этих больных. Выводы: 1. У лиц с врожденной миопией высокой степени при исследовании периферии глазного дна гониолинзой Гольдмана наиболее частой формой ПВХРД является решетчатая дистрофия, ретиношизис и разрывы сетчатки. Применение гониолинзы Гольдмана не только значительно расширяет возможности осмотра и диагностики крайней периферии глазного дна, но и помогает дифференцировать выявленные изменения, диагностировать ПВХРД в случаях, в которых при обычном офтальмоскопическом исследовании изменения либо не дифференцировались, либо недостаточно четко просматривались отделы глазного дна в местах их локализации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Хасанов А.Б. студент 5 курса лечебного факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. кафедрой: к.м.н., доц. Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель: доцент Курбаниязов З.Б.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2008-2017 гг. Из них 1047 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). 896 пациентов перенесли минилапаротомную холецистэктомию (МХЭ). 304 больных – открытую холецистэктомию (ОХЭ). С целью выявления желчеистечения применяли следующие методы исследования: УЗИ, КТ, фистулография, ЭРПХГ, лапароскопия. Для оценки тяжести желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006). Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 52 (2,31%) больных. У 22 больных отмечалось наружное желчеистечение по дренажу брюшной полости, у 30 - желчеистечение в брюшную полость. Повреждения желчных протоков разделены на «малые» и «большие». Длительность желчеистечения колебалась от 1 до 16 суток. Дебит желчи также варьировал в широких пределах: от 30 до 900 мл/сут. У 7 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Несостоятельность культи пузырного протока была обнаружена у 15 больных. В 14 случаях – ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха). Таким образом, источник желчеистечения был диагностирован у 36 (69,23%) пациентов. У остальных 16 (30,67%) ввиду неосложненного течения желчеистечения и его быстрого прекращения на фоне проводимой консервативной терапии (12 больных) и дренирования билом под контролем УЗИ (4 больных) причины и источник желчеистечения не выявлены. Причинами желчеистечения у 6 больных явились трудности обработки культи пузырного протока, холедохолитиаз – у 5 больных, стеноз БДС – 2 больных, выпадение дренажа пузырного протока – 2 больных, острый панкреатит – 3 больных. В 14 случаях причиной явилось ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков. У 4 больных во время лапароскопии причины желчеистечения не выявлено. Консервативное лечение проводилось 12 больным с неосложненным желчеистечением I степени. Пункция биломы под контролем УЗИ явилась эффективной у 4 из 5 пациентов. Релапароскопия произведена 29 больным. 9 больным с несостоятельностью культи пузырного протока произведено повторное клипирование. 2 больным со стенозом БДС и 2 больным с холедохолитиазом произвели ЭПСТ. 3 больным с острым панкреатитом и 2 больным, у которых отмечалось выпадение дренажа из культи пузырного протока произведена релапаротомия дренирование холедоха. 1 больному с краевым повреждением произведено эндобилиарное стентирование гепатикохоледоха. 13 больным (из 14), с повреждение МЖП, производили лапаротомию. 2 пациентам с краевым повреждением на проток наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера. У 11 больных выявлено пересечение и иссечение МЖП. При отсутствии перитонита операции выполнялись одноэтапно у 5 больных. При наличии перитонита операции выполнялись двухэтапно у 6 больных. Умерло 2 больных. Выводы. Таким образом, лечение послеоперационного желчеистечения следует начинать консервативно, ориентируясь на данные динамического ультразвукового исследования. При «малых» повреждениях, отсутствии перитонита, билиарной гипертензии целесообразно динамическое наблюдение. В случае определения ограниченного скопления желчи в подпеченочном пространстве считаем необходимо провести дренирование билом под контролем УЗИ. При появлении признаков перитонита необходимо проведение лапароскопии с целью определения источника желчеистечения и выполнения лечебных манипуляций. Сочетание желчеистечения с билиарной гипертензией требует выполнения рентгеноконтрастного исследования и последующей эндоскопической коррекции. При «малых» повреждениях магистральных желчных протоков возможно проведение рентгенэндобиллиарных вмешательств. При «больших» повреждениях необходимо произвести лапаротомию.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЯМИ

Хасанова С.Б., резидент магистратуры 2-го курса СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: ассистент Сабирова Д.Б.

НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) – группа лекарственных средств, обладающих обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительными эффектами, уменьшают боль, лихорадку и воспаление. Использование в названии термина «нестероидные» подчёркивает их отличие от глюкокортикоидов. Наиболее известные представители НПВП: индометацин, ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, диклофенак. Цель работы: Изучение эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов после лазеркоагуляции сетчатки при миопиях Материалы и методы исследования. Клинические исследования выполнены на кафедре глазных болезней СамГосМИ, в период с 2016 по 2018 годы. В глазном отделении СамГосМИ нами было обследовано 26 больных (26 глаз) с миопиями высокой степени. Распределение больных по полу было следующим: женщин было 15 человек (48,1%), а мужчин – 11 (51,9%). В зависимости от проводимого лечения все больные были подразделены на 2 группы: I группа (контрольная) - 12 пациентов (12 глаз) получали только стандартное медикаментозное лечение, которое включало препараты, улучшающие микроциркуляцию; сосудоукрепляющие средства (аскорбиновая кислота); антиоксиданты (аевит, вит.Е); витамины группы В (В1, В6). II группа (основная) – 14 пациентов (14 глаз) получали как традиционное консервативное лечение, так и лазерную коагуляцию сетчатки совместно с нестероидными противовоспалительными препаратами (Кюпен-форте, диклофенак). Всем больным были проведены офтальмологические методы обследования: визиометрия, периметрия ,офтальмоскопия, биомикроскопия. Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведенной традиционной консервативной терапии выявил то, что показатели исхода у больных, отличались значительной вариабельностью, что свидетельствовало о различной степени вовлечения в патологический процесс. Выводы: Таким образом, выбор местного НПВП целесообразно осуществлять исходя из сильных сторон того или иного препарата с учётом механизма его действия, возможности развития побочных эффектов и особенностей течения воспалительного процесса в глазном яблоке, поскольку стратегически верно выбранное лекарственное средство позволит максимально быстро и эффективно добиться желаемого результата.

НОМОГРАММА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИЛЫ УДАРА, ВЫЗВАВШЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Хикматуллаев Р.З., Юлдашев Л., Бахриев И.И.

(Кафедра судебной медицины ТМА, зав. каф., доцент Бахриев И.И.)

Актуальность. Обычно эксперты при судебно-медицинском анализе травматических повреждений оценивают силу удара приблизительно как «большую» или «небольшую», что иногда вызывает возражения юристов (следователя, адвоката, членов суда), полагающихтакую формулировку выводов весьма субъективной. Несмотря на то, что А.В.Капустину (1999) удалось выделить четыре степени силы удара тупыми предметами на основе их количественной градации, выраженной в физических единицах измерения – Ньютонах, оказалось, что повреждения костей черепа и позвоночника определяются,кроме силы и направлением удара,также формой и толщиной костей, половой и возрастной принадлежностью пострадавших. Материалы и методы исследования. Анализ экспертного материала 242 случаев травматических повреждений позвоночника, показал, что их основными причинами являлись: падения с высоты (87 чел), удар сзади, чаще наблюдаемый при дорожно-транспортных происшествиях (68 чел) и толчок в спину (33 чел). Среди пострадавших мужчин было в 5 раз больше, чем женщин. Мужчины наиболее часто получали травмы позвоночника в возрастном периоде 20-29 лет, т.е. в 1 зрелом возрасте, на который приходится более, чем треть от всего количества травм. У женщин также наблюдается пик травмирования, достигающий до 40%, но он оказывается сдвинутым на более поздний возрастной период. Результаты исследования. Оценка клинического состояния пострадавших с травмами позвоночника различной локализации показала, что в большинстве случаев (60,9%) травмы имели комбинированную природу и проявлялись переломами позвонков грудной и поясничной областей. При этом выявлено, что одинаковая степень силы удара может вызывать более значительные повреждения у женщин, среди лиц, имеющих астеническую конституцию, а также в пожилом и старческом возрасте. С целью учета всех этих особенностей в расчете полученной силы удара, приведшей к переломам тел позвонков грудной и поясничной областей разработана номограмма, учитывающая пол, возраст и соматотип пострадавшего, а также направление удара относительно позвоночного столба. При этом сила полученного удара, для удобства практического использования номограммы, выражалась через скорость транспортного средства в км\ч, высоту падения в метрах или непосредственно в мощности удара в кг\сек. Применение номограммы рассчитано на здоровых людей, при наличии гормональных нарушений и некоторых заболеваний, сопровождающихся остеопорозом, сила удара приводящая к травмам позвоночника может быть уменьшена на 20-30%. Выводы. Использование разработанной номограммы в практической деятельности судебных медиков позволит увеличить точность и значительно сократить время проведения судебно-медицинской экспертизы.

ПОЛОВЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Хикматуллаев Р.З., Юлдашев Л., Бахриев И.И.

(Кафедра судебной медицины ТМА, зав. каф., доцент Бахриев И.И.)

Возрастные анатомо-физиологические особенности позвоночника и спинного мозга могут оказывать существенное влияние на характер травмирования и клинические проявления травм даже при воздействии одинаковой силы удара. Материалы и методы исследования. С целью установления данной закономерности было проведено наблюдение за 103 больными (49% мужчин и 51% женщин) с множественными и сочетанными травмами позвоночника, полученными в результате воздействия небольшой силы удара (до 160 Н), которые были госпитализированы в НИИ травматологии и ортопедии. В целом, по уровню повреждения до половины всех травм приходилось на поясничный отдел позвоночника, 28% - на грудной, 11% - на грудопоясничный, а остальное – на крестцово-копчиковый и шейный отделы. Результаты исследования. Анализ возрастного аспекта распространенности переломов позвоночника среди мужчин выявил наиболее высокие и равные значения в обеих периодах зрелого возраста, составляющее суммарно почти две трети от их общего количества. В несколько меньшей степени данный показатель наблюдался в юношеском возрасте (22%) и совсем незначительно в остальных возрастных периодах. Среди женщин наиболее часто переломы происходили в пожилом возрасте (31%), а в целом на оба периода зрелого возраста приходится 52% от всех повреждений, тогда как в юношеском возрасте данный показатель был в 2 раза меньше, чем у мужчин. Повреждения различных уровней позвоночника также имели возрастную динамику. Так, у мужчин более половины всех переломов происходят в поясничной области, причем его частота довольно высока в юношеском и зрелом возрасте с пиковым значением, приходящимся на 2 зрелый период. Аналогичная, но с меньшими значениями, динамика наблюдается и для грудной области позвоночника. Число переломов в шейной области было наименьшим, и они отсутствовали в крестцово-копчиковой части позвоночника. Среди женщин не наблюдалось случаев перелома позвоночника в подростковом периоде, а в 1 зрелом периоде все области позвоночника, в том числе крестцово-копчиковой часть, могли повреждаться относительно равномерно. Наиболее частой областью поражения в более поздних возрастных периодах оказывается поясничная часть позвоночника.Причем чем старше становится женщина, тем ниже опускается область наиболее частого повреждения позвоночника при различных травматических воздействиях. Выводы. Выявленная закономерность в частоте повреждений позвоночника у женщин в поздних возрастных периодах оказалась характерной для состояния остеопороза костей. Причем все случаи остеопоротических переломов, за исключением одного мужчины в старческом возрасте, происходили исключительно у женщин.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Бокиев С.Н., Хамдамова Д.Х.

Андижанского Филала РНЦЭМП

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение в клиническую практику современных высокоэффективных антисекреторных препаратов и схем эрадикации Helicobacter pylori привело к очевидным успехам консервативного лечения ЯБ. С целью улучшения результатов лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии мы предприняли попытку уточнить тактику лечения пациентов с язвенными кровотечениями на основе литературных данных и собственного опыта, включая имевшиеся ошибки в ведении этой группы больных. В период за 2018 год в отделении 1-хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи находилось на лечении 187 больных с язвенным кровотечением. Из них ЯБ желудка была у 67 больных, ЯБ ДПК – у 120. Мужчин было 187, женщин - 61. Больные, которые обратились в больницу 45% городские и 55% сельское население. Возраст пациентов от 19 до 90 лет. По тяжести язвенного кровотечения больные распределились следующим образом: легкая степень ГДК - 124 (66.3%), средняя степень ГДК - 23 (12.3%) и тяжелая степень ГДК - 40 (20%) больных. Для анализа лечебной тактики и результатов лечения мы разделили всех больных на 2 группы: 1-я группа – пациенты с язвенным кровотечением легкой и средней тяжести, 2-я группа – больные с кровотечением тяжелой степени. 1-ю группу составили 147 пациентов с кровотечением легкой и средней тяжести; из них ни один больной не был прооперирован; летальных исходов в этой группе также не отмечено. Основное внимание следует уделить анализу результатов лечения 40 больных 2-й группы с язвенным кровотечением тяжелой степени. Все оперативные вмешательства при язвенных кровотечениях были проведены у этой группы больных, и наибольшая летальность отмечена после срочных операции по поводу рецидивного язвенного кровотечения. Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями: оперировано 13 больных, умерло после операций - 2 (15,4%). Консервативное лечение было предпринято у 174 больных, из них умерли - 3 (1,7%). Подавляющее большинство больных этой группы было пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, то есть с высоким и крайне высоким операционным риском. Для улучшения результатов лечения необходим выбор хирургической тактики, исключающий рецидив язвенного кровотечения в стационаре.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСХОДЯЩИМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Холдаров Б.Х., студент 602 группы медико-педагогического факультета Андижанского государственного медицинского института

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. каф. – проф. Джумабаев Э.С.)

Научный руководитель ассистент кафедры Хасанов Х.Х.

Актуальность: В тактике лечения больных с острым восходящим тромбофлебитом подкожных вен, до настоящего времени существует два подхода в хирургическом лечении: один из них радикальный - одномоментное удаление патологически измененных вен и второй - двухэтапное комбинированное лечение. Сторонники двухэтапного лечения аргументируют свою тактику тем, что острый варикотромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита, в связи с чем возникает большой риск некроза кожи и нагноений. Таким образом, показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время сформированы и выработаны четкие показания. По объему оперативного вмешательства до настоящего времени нет единого взгляда у хирургов. Материалы и методы: Нами произведен анализ радикального хирургического лечения 42 больных с восходящим острым тромбофлебитом подкожных вен. Возраст больных колебался от 19 до 67 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 суток до 15 дней. При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно имелась гиперемия по ходу большой подкожной вены, распространяющаяся на верхнюю треть бедра. Более чем у 50% больных имелось увеличение паховых лимфатических узлов. У 30% больных в нижней трети голени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследованы гемокоагуляция, транскутанное напряжение кислорода, ультразвуковое ангиосканирование. С целью улучшения результатов оперативного лечения у 42 больных с острым подкожным тромбофлебитом в комплексном лечении в до- и послеоперационном периоде была применена лимфотропная терапия. С этой целью вводился лазикс 1 мл, гепарин 70 ед/на 1кг. Лимфотропную антибиотикотерапию проводили путем введения цефазолина 1.0 гр. Из 42 оперированных у 37 (88%) получены хорошие результаты. У них полностью были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дооперационный период в данной группе больных составил 3+1 койко дня, послеоперационный период 9+1 дня. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены у 5 (12%) больных у которых отмечалось нагноение с вторичным заживлением ран. После выписки из стационара больным рекомендовали эластическое бинтование конечности в течении трех месяцев. Вывод: Таким образом, комплексное лечение с применением лимфотропной терапии способствует быстрому восстановлению микроциркуляторных расстройств, ликвидировать воспаление и отек, что позволяло выполнить оперативное вмешательство в полном объеме. Радикальная методика позволяет повысить экономическую эффективность лечения связанную с отсутствием необходимости повторной госпитализации и сокращением сроков нетрудоспособности.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО УДАЛЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕГО РИНОЛИТА

Холов Ш.И., Мардонзода К.М., Махмудов И.Х.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Республиканская клиническая больница Дангаринского района (глав.врач - Камолов К.У.)

Научный руководитель-член корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель: Описать редкий случай наличия инородных тел в обоих носовых ходах (двухсторонний ринолит). Материал и методы исследования: Инородные тела полости носа встречаются часто, особенно в практике детского оториноларинголога, но ринолиты - всегда редкая находка, а двухсторонние ринолиты встречаются еще реже. Ниже приводим наблюдение из практики. Больной К., 19 лет обратился с жалобами на частые обострения ринита, выделения из носа, ощущения неприятного запаха, частичную потерю обоняния, затруднённое дыхание и ночной храп. Из анамнеза выяснилось, что инородные тела попали в полость носа во время игры в 3-х летнем возрасте. Спустя 9 лет в 12 летнем возрасте с жалобами на чувство тяжести и затруднения носового дыхания был обследован врачом и получал длительное лечение по поводу гайморита. Эффект от лечения был кратковременным. Не получив результата от медикаментозного лечения, больной обратился к лекарям, и некоторое время лечился травами по рецептам народной медицины. Однако и этот метод лечения былнеэффективным. С диагностической целью была выполнена компьютерная томография носа в 3-х проекциях с 3D-моделированием,в результате были выявлены рентгенконтрастные образования в нижней части полости носа с двух сторон (образования размерами: справа – 1,3х1,8х1,8 см, слева – 1,5х1,4х1,5см), ядра которых имели округлую форму и одинаковый размер - 0,5х0,5 см. Кроме того,имело место гипертрофированные деформированные нижние носовые раковины, искривленный влево носовой гребень верхнечелюстной кости. Таким образом,на основании анамнеза, местного осмотра, передней риноскопии и компьютерной томографии пациенту был поставлен диагноз: «инородные тела полости носа - двухсторонний ринолит». Результаты: Больному проведена операция с применением прецизионной техники и оптического увеличения под общим эндотрахеальным наркозом. Образование в правом носовом ходупроецировалосьна расстоянии 1,8 см, которое тупым и острым путём было отделено от окружающих мягких тканей. Плотно сросшийся ринолит размером 1,8х2,0 см был с трудом выделен с помощью специальной кюретажной ложки и удалён. Аналогичным способом из левой носовой полости был удалён ринолит размером 1,6х1,5 см, который располагался несколько глубже - на расстоянии 2,5 см внутрь от носового входа. После удаления инородных тел дополнительно произведена левосторонняя конхэктомия и резекция искривлённой части носового гребня верхнечелюстной кости. Полости носа промыты и тампонированы турундами, намоченными в глицерине. Макропрепараты послойно были очищены от инкрустированных минерализованных носовых масс.

Ядром ринолитов оказались пластиковые пули от игрушечного пистолета. В послеоперационном периоде больному проведена комплексная противовоспалительная противоотёчная терапия в течение 5 дней. Послеоперационный период протекал гладко. Восстановление носового дыхания и исчезновение всех «назальных» жалоб больной отметил сразу же после удаления турунд.На контрольной компьютерной томографии носовых ходов, произведённой через 4 месяца после операции, носовые ходы чистые, свободные. Вывод: Описанный клинический случай двустороннего ринолита представляет интерес из-за исключительной редкости, давности пребывания инородного тела в носу, его крупных размеров. Ринолиты часто длительное время остаются не диагностированными, и больных годами лечат с диагнозами “гайморит”,“аллергический ринит”. Использование компьютерной томографии позволяет детально определить характер патологии и провести правильное лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИСИНУСИТОВ

Хотамова Г.Б., Толипов С.У. клинические ординаторы кафедры Оториноларингологии ФПДО СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научный руководитель Хамраев Ф.Х.

Хронические полисинуситы – это воспалительный процесс слизистой оболочки носовых пазух. Чаще развивается у людей после перелома перегородки носа, при анатомической особенности – узких носовых проходах, при увеличении носовых раковин, при аденоидах, полипах, бактериально - вирусных инфекциях. Основным предрасполагающим фактором является переохлаждение. Цель и задачи: Изучение возможностей МСКТ в комплексной диагностике хронических полисинуситов, для уточнения характера патологических изменений, определение показаний и объёма хирургического вмешательства. Материалы и методы исследования: Внедрение МСКТ значительно повлияло на выбор лечебно-диагностической тактики у больных с хроническим полисинуситом. Обследовано 52 больных (24 мужчин и 28 женщин) в возрасте 25 до 55 лет. Всем больным помимо рентгеновских методов исследования выполнена МСКТ носа и придаточных пазух носа. У 27 (52%) больных была проведена рентгенография носа и придаточных пазух носа выявлена патология гайморовой пазухи, на снимках было обнаружено затемнение гайморовой пазухи, при проведении пункции верхнечелюстной пазухи у 17 (32,6%) больных было обнаружено содержимое в пазухах, у 10 (19,2%) не выявлено. МСКТ было проведено 25 (48%) больным. У 8 (15,4%) больных патология гайморовой пазухи (киста), у 5 (9,6%) больных во фронтальной пазухе жидкостное содержимое, у 12 (23%) больных патология гайморовой пазухи и решётчатых ячеек жидкостное содержимое. После МСКТ больным были проведены хирургические манипуляции на пазухах, при которых диагноз был точно подтверждён. Отличительной особенностью МСКТ от рентгенографии придаточных пазух является выявление тончайших анатомических структур, минимальных патоморфологических изменений при заболеваниях носа и придаточных пазух носа, что значительно повышает эффективность лечения, определяет показания и объём санирующих операций при хронических заболеваниях носа и придаточных пазух носа. Выводы: Традиционное рентгенологическое обследование не всегда даёт точный диагностический эффект. МСКТ является наиболее информативным и результативным.

ПРИМЕНЕНИЕ АППЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ ПРИ ГНОЙНЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хошимов И.М., студент 413 группы лечебного факультета АндГосМИ

Кафедра общей хирургии (зав.каф. – к.м.н, доц. Салахидинов С.З.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Мусашайхов Х.Т.

Актуальность. В связи с недостаточной эффективностью традиционных методов лечения гнойных заболеваний при СД и их осложнений, оправданы поиски новых, более оптимальных терапевтических средств. Возникает необходимость выработки строгих принципов лечения, основанных на учете патофизиологических особенностей как СД, так и гнойной хирургических инфекции и их взаимосвязи, что определяет важность проблемы, ее практическое и социальное значение. Все это требует комплексного подхода к лечению этой распространенной и тяжелой категории больных с использованием способов и средств не только общего воздействия, но и оказывающих влияние на патологические процессы непосредственно в очаге поражения, способствующих коррекции гемостатических расстройств. Изучение течения раневого процесса, выделение отдельных факторов воспаления, создание и промышленный выпуск сорбентов с высокими функциональными свойствами позволили обосновать целесообразность аппликационной сорбции (АС) при лечении гнойных ран у больных СД. Цель работы. Изучить влияние аппликационной сорбции на заживление гнойных ран у больных сахарным диабетом. Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 73 больных, с компенсированным СД, у которых в мягких тканях развился гнойно-некротический процесс, из них инсулинзависимый – у 5 больных.Среди микробов, выделенных из биоптатов ран, наиболее часто встречался стафилококк, который обнаружен в 84,9% исследований, в 38,5% случаев выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы. Во всех случаях в ассоциации с анаэробами были 1 или 2 вида аэробов. Полученные результаты. У 32 больных для местного лечения гнойных ран применяли АС. В качестве адсорбента для АС использовали адсорбент полифепан. Сорбент на раневую поверхность наносили сразу же после вскрытия и промывания антисептиками гнойной полости через слой стерильной марли, обеспечив непосредственный контакт сорбента с раневой поверхностью. Сразу после вскрытия гнойника отмечалась отечность и гиперемия кожи, инфильтрация окружающих тканей. У всех больных исходная морфологическая картина отражала дегенеративно-воспалительную фазу раневого процесса. Показательно положительное влияние АС полефепаном на местный гнойно-воспалительный процесс у больных СД. Уже на 1 сутки применения препарата наблюдалась выраженная дегидратация тканей и уменьшение отека раны и ее краев. Изменился характер раневого отделяемого, который из гнойно – геморрагического приобретал вид прозрачного сукровичного. При гистологическом исследовании на 3-4 сутки фибринозный налет был значительно истончен, прилежал к подлежащей ткани рыхло. На 7-8 сутки фибринозный слой на поверхности вовсе отсутствовал. Отмечалось разрастание молодой грануляционной ткани. Заключение. Таким образом, применение АС полефепаном при лечении гнойных ран у больных СД способствует раннему устранению воспалительных явлений, ликвидации отеков и снятию болей, очищению раны от гнойно-некротических тканей, быстрому развитию грануляции и эпителизации, ускорению заживления раны. АС полифепаном открывает новые возможности неоперативного воздействия на гнойно-некротические очаги различной локализации, развивавшиеся у больных СД.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Хошимова Н.Ш, Исмаилова М.Х

Ташкент, Узбекистан

Материалы и методы: Рассмотрены результаты клинико-эндоскопических исследований, компьютерныхтомографии, выполненных до лечения, и операционные протоколы после хирургического лечения 13 больных раком полости рта, в возрасте от 39 до 78 лет, 8 мужчин и 5 женщин. Согласно гистологическим исследованиям у всех больных был определен плоскоклеточный рак. Компьютерная томография выполнена на аппаратах «SomatomDefitionAS» и «SomatomEmotion 6» в спиральном режиме. При анализе изображений, наряду с аксиальным срезом, использовались мультипланарная и трехмерная реконструкция. Результаты и их обсуждение: При изучаемых материалах эпицентр плоскоклеточного рака, выявленный в преобладающем большинстве случаев (84.6%), локализовался в альвеолярных отростках нижней челюсти, и только у 2 больных – в области дна полости рта. После клинико-эндоскопического исследования выявлена у 53.8% больных Т4 стадия, у 30.7% больных Т3 стадия и у 2 больных Т2 стадия опухоли. После комплексного анализа результатов компьютерной томографии у 38.6% больных изменялась Т стадия опухолей. В том числе у 4 больных Т3 на Т4, и у 1 больного Т2 на Т4. В 92.2% случаях Т стадия опухолей при компьютерной томография польностью совпадалас данными операции. Только в 1 случае на КТ недооценена Т4 стадия опухолей. Поражение мышц жевательного пространства, собственных мышц языка, подслизистых, распространение идентифицировано аналогично при КТ и при операции (7.6%, 7.6%, 46.1% соответственно). Но метастатическое поражение лиматических узлов

недооценено в 30.7% (4 больных) при компьютерно-томографических исследованиях. В 30.7% случаев выявлено распространение процесса в мышцы дна полости рта, и костно-деструктивные изменения в 84.6% случаях. При сравнение с операционными материалами эти показателисоставили 46.1% и 92.3%. В этих случаях на КТ недооценено распространение опухолей. Периневральное распространение в виде расширения нервного канала нижнеальвеолярных нервов наблюдалось в 2 случаях. Выводы: КТ является важным методом оценки локально-регионарного распространения опухоли, что позволяет правильно определить стадию заболевания, и имеет критическое значение в планировании лечения.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРОМЕЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хуррамова С., студентка 422-группы леч. факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматолгии (зав.каф.-д.м.н. доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: асс. Гойибов С.С.

Актуальность: Среди заболеваний сердечно - сосудистой системы пожилого и старческого возраста чаще всего наблюдается гипертоническая болезнь. Все это предъявляет особые требования к выбору методов обезболивания и использованию лекарственных средств у данной категории. В последнее годы для анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств на нижних конечностях и органах малого таза у больных пожилого и старческого возраста вновь стали применять спинномозговую анестезию (СА) Цель работы: Изучить анестезиологическое обеспечение у больных пожилого и старческого возраста при операциях на промежности. Материал и методы исследования. В зависимости от вида используемого обезболивания все больные разделены на две группы. Пациентам 1 группы (20 наблюдений) проводили традиционную инфильтративную анестезию (0,25-0,5% раствором новокаина). Во 2 группе (22 наблюдения) использовали гипербарический раствор бупивикаина (10-15 мг.) После введения обезболивающих растворов больных поворачивали на спину, а операционному столу придавали положение Фовлера в 15-20^0. С.А. сопровождалось внутривенной инфузией глюкоза- солевых растворов в объеме 6-8 мл/кг,а общий объем инфузии составлял 15-16 мл/кг. В ситуациях когда оперативные вмешательства затягивались, а хирургическая стадия СА подходила к концу, анальгезию поддерживали внутривенным введением небольших доз кетамина. Результаты исследования: Эффективность СА оценивалось по общепринятым клиническим признакам; частота дыхания (ЧД), частота сердечных сокращений (ЧСС), дыхательный объем (ДО), минутный объем дыхания (МОД), сатурация кислорода (PSO_2) контролировали по монитору ВРМ-300. Анализ полученных показателей - результатов свидетельствовал, что у больных обеих исследуемых групп эффективность обезболивания (ЧД, ЧСС, ОД, МОД, PSO_2) оставалась стабильной и достоверной у больных обеих групп. После окончания операции у ряда больных контрольной групп появились чувство дискомфорта и умеренные болевые ощущения, а пациенты основной группы жалоб на боли и неприятные ощущения не предъявляли. Заключение: Таким образом СА анестезия гипербарическим раствором бупивакаина –высокоэффективна и является достаточно безопасным способом регионарного обезболивания, который может быть рекомендован при длительных операциях на промежности и нижних конечностях у больных пожилого и старческого возраста.

ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА – РАДИОФАРМПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ

Хурсанов Ё.Э., студент 502 группы, Икромов Ш.Б., студент 502 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра онкологии (зав.кафедрой: к.м.н., доц. Абдухалилов М.М).

Научный руководитель: асс. Шаханова Ш.Ш.

Актуальность: Радионуклидная терапия (РНТ) уже доказала свою эффективность в лечении больных с множественными метастазами в кости. Разработка новых радиофармпрепаратов (РФП) является важной и актуальной задачей. Ее реали-зация позволит не только улучшить результаты терапии, но и предложить концептуально иные подходы к лечению этой категории больных. Материалы и методы: Золерен – препарат для РНТ больных с метастазами в кости. Этокомплекс из наиболее эффективного бисфосфоната (золедроновой кислоты) и мощного короткоживущего β-излучающего радионуклида (Re-188). Золедроновая кислота выступает как в качестве транспортного носителя, доставляющего Re-188 в патологические очаги, так и в качестве самостоятельного терапевтического агента. Высокая энергия β-частиц 188Re предполагает его клиническую эффективность, а короткий период полураспада безопасность. Достоинством 188 Re является возможность получения этого изотопа непосредственно в клинике из 188W/188Re генератора, что решает проблемы с транспортировкой и хранением РФП. Изучена безопасность и фармакокинетика нового РФП у 23 пациентов в возрасте 31–71 года 15 больных раком молочной и 8 больных раком предстательной железы с метастазами в кости. Золерен вводили в диапазоне активностей от 35 до 55 МБк/кг массы тела. Исследованы нежелательные явления (НЯ) – гематологическая токсичность, временное обострение болевого синдрома и др. Начато углубленное изучение клинической эффективности РФП. Результаты: При использовании Золерена в диапазоне активностей от 35 до 55 МБк/кг дозолимитирующей токсичности достигнуто не было, несмотря на введение его в отдельных случаях до 5,8 ГБк. У двух пациентов из группы максимальной активности (55 МБк/кг) отмечена временная печеночная токсичность 1 и 2 степени (возрастание трансаминаз). У всех пациентов отмечалось кратковременное обострение болей в костях (1–5 дней). Его выраженность была пропорциональна введенной активности. Стойкое снижение болевого синдрома проявилось у 20 из 23-х пациентов. У 7-ми из них был отмечен полный эффект (полное прекращение болей и отказ от аналгетиков). На основании полученных результатов основным ≪рабочим≫ режимом дозирования выбран 45 МБк/кг. Выводы: Золерен –РФП с двойным радиометаболическим действием для терапии костных метастазов. Эффект реализован мощным бета излучением 188Re. Золедроновая кислота обеспечивает доставку 188Re и собственное лечебное действие. Показана низкая токсичность и потенциально высокая эффективность.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Хушваков У.О., резидент магистратуры 1го года обучения кафедры анестезиологии и реаниматологии СамМИ,

Сайфулина Д.М., студентка 620 гр лечебного факультета СамМИ,

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.каф. – д.м.н., доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пардаев Ш.К.

Обследовано 53 женщин, перенесших различные оперативные вмешательства на органах гениталия (тотал гистерэктомия и пластика промежности-20, субтотал гистерэктомия и кистэктомия-18, вентерофиксация и пластика промежности-13 и др-2) в возрасте от 32 до 60 лет (сред. 45,6±5,5). В основной группе (33 больных) выполнена многокомпонентная общая анестезия в сочетании с эпидуральной анестезии (ЭА). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства производили после стандартной премедикации через 30-40 минут. Выбор уровня пункции, учитывая сегментарной иннервации (Th 12-L1-2;), обусловлен областью оперативных вмешательств. Использовали местный анестетик лонгокаин (Украина) в дозе 0,5%-1мг/кг. Контрольную группу составили 20 больных с аналогичными оперативными вмешательствами, которые выполнены с использованием сбалансированной тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. В качестве общего анестетика использовали кетамин, тиопентал натрий, препараты НЛА и миорелаксант ардуан в обще принятой дозировке по клинике наркоза. Наряду обще клиническими и биохимическими исследованиями во время и ближайшем послеоперационном периоде исследовали ЭКГ,ЭХО-КГ, АД (систолическое, диастолическое, среднее), ЧСС, спирометрию, пульсокиметрию (SpO_2). Результаты обследования: Все больные подверженные оперативным вмешательствам отнесены в группу риска II-III ст. по ASA. После выполнения ЭА в исследуемой группе больных отмечено снижение АД на 15-20% от исходного с увеличением ЧСС на 5%. SpO_2 колебалась 96-98%.Исследовании ЭА как компонента анестезиологического пособия позволил уменьшить расход фентанила в основной группе больных в 8-10 раз. Уровни АД (среднее) в исследуемой группе больных отличались стабильностью на всех этапах оперативного вмешательства.В дальнейшем при стабильных покозателях гемодинамики, восстановлении адекватного сомостоятельного дыхания появилась возможность более ранней экстубации больных основной группы по сравнению с контрольной. Послеоперационное обезболивание в исследуемой группе больных осуществляли путем введения лонгокаина

в эпидуральный катетер в дозе 5 мл 0,5% раствора каждые 6-8 часов. Эффективность послеоперационного обезболивания оценивали с помощью визуально- аналоговой шкале (ВАШ). Среди больных контрольной группы в 8 случаях отметили существенный дискомфорт в послеоперационном периоде, связанные с выраженным болевым синдромом, вздутием живота, тошнотой, что требовало дополнительных препаратов для обезболивания. Уровень анальгезии по ВАШ в основной группе оценили 0-1 балл, а в контрольной группе 3-4 балла. Выводы: Комбинированная анестезия (общая и эпидуральная) при выполнении травматичных симультанных вмешательствах на органах гениталия обеспечивает стабильное течение интраоперационного периода, существенное уменьшении дозы наркотического анальгетика и общего анестетика и более раннее пробуждении больной. Послеоперационное обезболивание путём введения местного анестетика в эпидуральное пространство способствует ранней активации и уменьшению сроков пребывания больных в стационаре.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДОМИНИРУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Чепега И.Г., аспирант ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Кафедра общей хирургии (зав. каф. – проф. Полевой В.П.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Полевой В.П.

Цель исследования: Оценить объективность диагностических критериев развития энтеральной недостаточности при доминирующей абдоминальной травме. Материал и методы исследования: Нами проанализированы результаты лечения 119 пострадавших с повреждением органов брюшной полости, которые были прооперированы по поводу абдоминальной травмы. Общий контингент пострадавших разделен на две подгруппы: те, которые выжили (основная група (n=62)) и те, что умерли (контрольная група (n=57)). Средний возраст пострадавших составил 40,5 (18-79) лет, в основной группе - 40,9 (18-79) лет, в контрольной группе 40,1 (19-67) лет. Все пострадавшие были прооперированы и лечились в отделении интенсивной терапии минимум 24 часа. Отбор групп сравнения, пострадавших с тяжелой сочетанной травмой органов брюшной полости, проводился на основании методологии рандомизации. Рандомизация проводилась по комплексу проявлений по «смешанному массиву». Ретроспективный отбор данных для интегральной модели пострадавшего определялись необходимостью наиболее точного, посмертного изучения повреждений. Этот референтный метод применен для оценки качества госпитального этапа диагностики, по сравнению с данными судебно-медицинского исследования. Результаты: Установлено, что на первые сутки послеоперационного периода у пострадавших отмечалось отсутствие перистальтики у 40 (70,2%) пациентов, максимальный остаточный обьем желудка составил – 381,4±11,2 мл, рвота/регургитация наблюдалась у 9 (15,8%) пострадавших, вздутие кишечника зафиксировано у 24 (42,1%) больных, диарея – у 10 (17,5%). На протяжении вторых суток послеоперационного периода, отсутствие перистальтики наблюдалось у 34 (79,1%), максимальный остаточный объем желудка составил – 365,3±10,4 мл, рвота/регургитация наблюдалась у 8 (18,6%), вздутие кишечника зафиксировано у 26 (60,5%), диарея у 12 (25,6%). В контрольной группе умерших пострадавших на протяжении вторых суток три и больше показателя одновременно наблюдались у 11 (25,6%) человек, тогда как в основной группе у 5 (8,1%) пострадавших. На третьи сутки послеоперационного периода отсутствие перистальтики наблюдалось у 24 (72,7%) пострадавших, рвота/регургитация выявлена у 5 (15,2%), вздутие кишечника зафиксировано у 15 (45,5%), диарея у 4 (12,1%) пациентов. Особенное внимание в наших исследованиях уделено изучению показателей динамики внутрибрюшного давления (ВБД). На первые сутки средний показатель ВБД составил 16,2 мм рт.ст. В контрольной группе пациентов данный показатель составил 18,9 (8-33) мм рт.ст. и существенно ($p<0,001$) отличался от показателя пострадавших, которые выжили и составил 13,4 (8-22) мм рт.ст. Показатель абдоминальной перфузии в среднем составил 52,3 (2-83) мм рт.ст. аналогично, как и показатель ВБД в группах он имел достоверную разницу и составил у умерших пациентов 42,4 (0-75) и у тех, которые выжили 62,1 (22-83) ($p<0,001$). Вывод: Таким образом, в контрольной группе умерших пациентов, соответсвенно полученных показателей общее состояние было достоверно тяжелее, нежели в основной группе выживших пострадавших, что подтверждено соответствующими шкалами и отдельными показателями. Также, достоверная разница между показателями внутрибрюшного давления и показателями абдоминальной перфузии может свидетельствовать о развитии энтеральной недостаточности.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ РАННЕГО СКРИНИНГА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ В УКРАИНЕ

Чернюх О.Г.

Кафедра биоорганической и биологической химии и клинической биохимии

Высшего государственного университета «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Украина занимает второе место в Европе по темпам распространения онкозаболеваний. Согласно статистике, ежегодно в стране умирает 80 тыс. человек, у которых диагностированы различные формы рака, а общее число больных достигает более 1 млн. человек. Большинство онкобольных – это работоспособное население страны, на фоне низкого показателя рождаемости и высокого показателя смертности, этот факт может привести к демографической и социально-экономической катастрофе в Украине. Непосредственно проблема высокой смертности среди онкобольных объясняется запоздалой диагностикой данной группы заболеваний, как правило, на последних стадиях развития рака, что и является причиной смертности, а также инвалидизации населения. Об этом свидетельствует анализ суммированных данных канцер-реестра при Национальном институте рака: в 2015 году, каждый третий больной раком в Украине прожил меньше года с момента установления диагноза. Программа внедрения раннего скрининга онкозаболеваний позволит в ближайшие сроки сократить уровень заболеваемости и смертности от рака, улучшить состояние здоровья населения. Ведь большинство самых распространенных форм можно вылечить на начальной стадии, к примеру, рак молочной железы I степени в 95% случаев поддается успешному лечению, к сожалению, из-за запоздалости диагностики у каждой четвертой женщины диагностируется рак III- IV степени и его метастазирование. Министерство охраны здоровья Украины во главе с министром У. Супрун с лета 2019 года внедряют в гарантированном пакете услуг первичного звена медицинской помощи обязательный бесплатный скрининговый тест-пакет для диагностики онкозаболеваний у населения. Такие распространенные виды как рак легких, простаты, молочной железы, шейки матки, кишечника, кожи, можно будет диагностировать на ранних стадиях, а также с профилактической целью предупреждения их развития. Для проведения скрининг-тестов будет важным следующее:- массовый онкоскрининг населения с целью ранней профилактики;- половое и возрастное детерминирование разных видов рака согласно скрининг-системам;- анализ проведенных результатов и дальнейшее обследование в случае положительных результатов;- межведомственный подход для профилактики заболеваний (участие экономического сектора, социальной и образовательной сфер) для достижения максимального положительного и прогрессивного результата в борьбе против рака.Со следующего года в стране планируется введение страхования населения от рака. Комплексная борьба с этим заболеванием, кроме скринингового тестирования и ранней диагностики, включает профилактические меры, лечение, паллиативную помощь, мониторинг состояния выздоровевших пациентов. Согласно рекомендациям организации ВОЗ, все эти звенья должны быть предусмотрены в государственных и национальных планах и программах для эффективной и результативной борьбы.

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМПЬЮТЕРНЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Чоршанбиев А., студент 4 курса лечебного факультета СамГосМИ

Кафедра офтальмологии (зав.каф. - проф. Юсупов А.А.)

Научный руководитель асс. Хамидова Ф.М.

Актуальность. КЗС – это синдром функциональных нарушений органа зрения, вызванных длительным зрительно-напряженным трудом. Мировая практика и отечественный опыт последних лет показали, что регулярная работа на компьютерах оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья человека и прежде всего на орган зрения. Возросшая нагрузка на зрительный анализатор человека, проводящего много времени у монитора, привела к появлению новой медико-социальной проблемы. Цель работы: Оптимизировать изучение влияния медикаментозной терапии и

физических упражнений у больных с компьютерным зрительным синдромом. Материал и методы исследования: Нами было обследовано 18 больных (36 глаз) обратившихся в глазное отделение клиники СамМИ с жалобами на зрительное утомление, плохое зрение вдаль, боли вокруг глаз, головные боли, общую утомляемость. Характер труда данного контингента связан преимущественно с ежедневной 6-8 часовой работой на персональных компьютерах. Возраст больных составил от 17 до 40 лет. Офтальмологическое обследование включало рефрактометрию до и после циклоплегии, визиометрию с коррекцией и без коррекции, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию и определение объёма аккомодации. Пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее инстилляции 0,01% атропина 1 раз на ночь в течение месяца, прием спазмолитиков (но-шпа 0,04, галидор) и поливитаминов (витрум вижн, слезавит, окувит) 1-2 раза в день, инстилляции в конъюнктивальную полость офтальмо-любрикантов (окутиарз, систейн, катионорм). Больным были даны рекомендации ежедневно выполнять упражнения для глаз, устраивать перерывы на 5-10 минут каждые 25 - 30 минут работы на компьютере. Результаты: По завершении курса лечения повторная рефрактометрия показала уменьшение миопической рефракции на 0,25-1,0 дптр (0,72±0,05дптр) практически у всех пациентов. Благодаря проведенной терапии эмметропическая рефракция была достигнута у 8 больных со слабой миопической рефракцией до лечения – в пределах 1,00 дптр, что позволило сделать заключение о ложной близорукости у этих пациентов. У остальных пользователей персональными компьютерами предпринятые лечебные мероприятия не позволили полностью устранить аметропию, что свидетельствовало о существовании у них истинной, закрепившейся миопии. Визиометрия показала повышение некоррегированной остроты зрения в результате лечения в среднем на 0,15 ±0,03 (от 1 до 3 строчек по таблице Сивцева). До лечения объём аккомодации был снижен в сравнении с возрастной нормой и составлял 3,20 ± 0,05 дптр (от 2,50 до 4,00 дптр). Вследствие проведенной общей терапии наблюдалось увеличение объёма аккомодации в среднем на 1,52 ±0,03 дптр (от 0,75 до 2,0 дптр). Субъективно все пациенты, прошедшие лечение, отмечали улучшение зрения, исчезновение усталости, жжения глаз и других дискомфортных явлений. Выводы: Таким образом, комплекс мероприятий, направленный на улучшение зрительных функций и устранения зрительной утомляемости, который включает применение медикаментозной терапии и гигиену зрения, позволяет успешно лечить спазм аккомодации. В то же время, поскольку основной этиологический фактор возникновения спазма аккомодации и миопии, связанный с профессиональными условиями труда сохраняется, эффект проводимого лечения нестойкий, что обусловливает необходимость повторных курсов комплексной терапии.

ТЕНДЕНЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С 1994 ПО 2017 гг.

Чураков И.В., ассистент кафедры онкологии ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра онкологии (зав. кафедрой – профессор Напольских В.М.)

Научный руководитель профессор Напольских В.М.

Рак молочной железы (РМЖ) – это наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль среди женского населения не только Российской Федерации (РФ), но и мира. Поэтому изучение эпидемиологических закономерностей течения этой патологии представляет особое значение в сфере развития микро и макроэкономики государства и совершенствовании его системы здравоохранения. Цель работы: оценить основные тенденции течения РМЖ за 24-х летний период с 1994 по 2017 гг в РФ. Материал и методы исследования: проведено ретроспективное изучение материалов отчетов федерального ракового регистра онкологической службы РФ с 1994 по 2017 год. Прогнозирование онкологической заболеваемости на ближайшие 5 лет осуществлялось методом линейного тренда. Результаты: первичная онкологическая заболеваемость населения России в период с 1994 по 2017 гг. увеличилась с 278,34 до 420,30 $^{0}/_{0000}$, соответственно. Темп роста по РФ составил 151,0%. При прогнозировании до 2022 года по РФ отмечен ее неуклонный рост (R^2=0,9767 и R^2=0,9505, соответственно). В структуре онкологической заболеваемости населения РФ чаще встречались опухоли: в 1994 году рак легких (16,77%), рак желудка (12,96%), опухоли кожи (9,96%), РМЖ (7,43%) и рак ободочной кишки (5,13%). В 2017 году ранговые места поменялись, и на первое место вышли опухоли кожи (12,6%). Рак молочной железы вышел на второе место (11,5%), опередив рак легких (10,1%), и опухоли ободочной кишки (6,8%). Также в 2017 году в «пятерку» наиболее распространенных опухолей вошел рак предстательной железы (6,6%), вытеснив рак желудка. За 24-летний период с 1994 по 2017 гг значительно изменилась структура первичной онкологической заболеваемости населения РФ, при которой РМЖ переместился с 4 места (1994 – 2002гг.) на 2 место (с 2012 г. и по настоящее время). При изучении первичной онкологической заболеваемости женского населения России с 1994 по 2017 гг. отмечено увеличение этого показателя с 261,48 по 425,69$^{0}/_{0000}$ по РФ. Темп роста показателя составил по РФ – 162,80%. Прогнозирование до 2022 года показало дальнейший рост онкологической заболеваемости женского населения по России (R^2=0,9871). В 1994 году в России в структуре первичной онкологической заболеваемости женского населения чаще других опухолей встречались: РМЖ (18,04%), опухоли кожи (12,32%), рак желудка (11,06%), рак тела матки (6,21%) и рак ободочной кишки (6,02%). На протяжении анализируемого периода с 1994 по 2017 гг. в структуре первичной онкологической заболеваемости женского населения РФ изменилась лишь 5 ранговая позиция, на которую вышел рак шейки матки (5,3%), вытеснив злокачественные новообразования желудка. При этом РМЖ за этот период времени упрочил свою ведущую позицию с 18,04% в 1994 году до 21,1% в 2017 году. Выводы: таким образом, РМЖ за период с 1994 по 2017 гг. отметился значительным увеличением удельного веса в структуре онкологической заболеваемости населения обоего пола по РФ, где занял 2 место. В то время как в структуре первичной онкологической заболеваемости женского населения лишь упрочил свою ведущую позицию с 18,04% в 1994 году до 21,1% в 2017 году.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТИИ С 1994 ПО 2017 гг

Чураков И.В., ассистент кафедры онкологии ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра онкологии (зав. кафедрой – профессор Напольских В.М.

Научный руководитель профессор Напольских В.М.

Рак молочной железы (РМЖ) – это наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль среди женского населения не только Удмуртской республики (УР), но и Российской Федерации (РФ). Поэтому изучение эпидемиологических закономерностей течения этой патологии представляет особое значение в сфере развития микро и макроэкономики государства и совершенствовании современной системы здравоохранения. Цель работы: оценить основные тенденции течения РМЖ за 24-х летний период с 1994 по 2017 гг в Удмуртии. Материал и методы исследования: проведено ретроспективное изучение материалов отчетов регионального и федерального раковых регистров онкологической службы УР и РФ с 1994 по 2017 год. Прогнозирование онкологической заболеваемости на ближайшие 5 лет осуществлялось методом линейного тренда. Результаты: Первичная онкологическая заболеваемость населения УР в период с 1994 по 2017 гг. увеличилась с 217,3 до 409,06$^{0}/_{0000}$, соответственно. Темп роста по УР – 188,27%. Прогнозирование до 2022 года по УР подтверждает ее неуклонный рост (R^2=0,9505). При изучении динамики изменения структуры первичной онкологической заболеваемости населения в УР получены результаты. В 1994 году в структуре онкологической заболеваемости населения УР преобладали: рак легкого (16,84%), рак желудка (11,18%), опухоли кожи (9,62%), РМЖ (8,56%) и рак прямой кишки (5,38%). При этом РМЖ занимал 4 позицию до 1998 года, конкурируя в основном с опухолями кожи и опухолями желудка. Начиная с 1998 года, доля РМЖ в структуре онкологической заболеваемости увеличилась и вышла на 3 место к 2004 году. В 2017 году структура первичной онкологической заболеваемости представлена: опухолями кожи (13,01%), раком легкого (10,84%), РМЖ (9,28%), раком предстательной железы (7,58%) и раком ободочной кишки (7,28%). Следовательно, РМЖ по УР вошел в тройку наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей. При изучении первичной онкологической заболеваемости женского населения Удмуртии с 1994 по 2017 гг. отмечено увеличение этого показателя с 202,5 до 391,5$^{0}/_{0000}$. Темп роста показателя составил по УР – 193,33%. Прогнозирование до 2022 года показало дальнейший рост онкологической заболеваемости женского населения (R^2=0,9578). При изучении в динамике структуры первичной онкологической заболеваемости отмечено, что в 1994 году ведущими онкологическими заболеваниями у женщин в УР были: РМЖ (17,68%), рак кожи (11,70%), рак ободочной кишки (10,12%), рак желудка (9,83%) и злокачественные образования яичников (6,02%). С течением времени

удельная доля рака желудка и злокачественных образований яичников снижалась, что приводило к вытеснению этих нозологий из пяти первых ранговых мест другими злокачественными опухолями, такими как рак тела матки, гемобластозы, рак шейки матки, рак почки. В 2017 году структура онкологической заболеваемости женского населения в УР приняла следующий вид: РМЖ (17,84%), рак кожи (17,09%), рак ободочной кишки (8,41%), рак тела матки (6,63%) и рак шейки матки (5,3%). Выводы: таким образом, РМЖ за период с 1994 по 2017 гг. отметился значительным увеличением удельного веса в структуре онкологической заболеваемости населения обоего пола УР, и занял 3 место. В тоже время в структуре онкологической заболеваемости женского населения РМЖ продолжает удерживать 1 ранговую позицию.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Шамсиев Л.А., Рахимов У., Азизов Ш.

Кафедра детской хирургии, СамМИ (зав.каф. – д.м.н. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель – проф. Шамсиев Ж.А.

Актуальность. Врождённый мегауретер – расширение мочеточника, сопровождающееся нарушением его опорожнения. В настоящее время врождённый мегауретер входит в собирательное понятие «обструктивные уропатии» и нередко приводит к значительному нарушению функции почек с исходом в хроническую болезнь почек, особенно при двустороннем поражении. Цель. Улучшить результаты лечения первичного обструктивного мегауретера (ПОМУ) у детей с применением малоинвазивных эндоскопических методов коррекции уретеровезикального сегмента. Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 2010 по 2018 гг. находилось 42 пациента с ПОМУ в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. Показаниями эндоскопического лечения при ПОМУ являлось тяжелое уродинамичекое нарушение в верхних мочевыводящих путях. Эндоскопическое лечение ПОМУ включало в себя ретроградную катетеризацию мочеточника под УЗИ контролем с последующей установкой «низкого» трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при ПОМУ составляла до 5 месяцев, в течении данного времени проводился УЗИ мониторинг пациентов. Эффективность эндоскопического лечения ПОМУ оценивали через 12 месяцев после вмешательства. При контрольной экскреторной урографии у 72% детей с III-IV степенью ПОМУ отмечено уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы и мочеточника в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почки. Вывод. Использование эндоскопического лечения ПОМУ у детей, показало высокую эффективность данного метода. Преимуществами являются сокращение длительности наркоза, снижение травматичности вмешательства, короткий госпитальный период.

ЭЛЕКТРОННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Шамсиева Д.А., Рафиков Б.Р., Азизов Ш.Ф., СамМИ

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – проф. Шамсиев Ж.А.

Актуальность. Тяжелое течение, высокая вероятность грозных осложнений, даже при низких показателях распространенности данной патологии, определяют достаточно высокую актуальность исследований, направленных на улучшение результатов комплексного лечения ОГО. Если учесть, что этому заболеванию в большей степени подвержены дети, то актуальность проблемы многократно возрастает и приобретает важное социальное значение. Цель работы. Определение информативности программы для выбора тактики лечения при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустав у детей. Материалы и методы. Нами разработана и использована электронная программа для диагностики и выбора тактики лечения 64 больных детей с ОГО в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся в отделении гнойной хирургии 2-клиники за период с 2015 по 2018 гг. Результаты и их обсуждения. Для поставки диагноза «Острый гематогенный остеомиелит» были выбраны следующие критерии: повышение температуры тела и местная гипертермия, усиление сосудистого рисунка, боль, ограничение движения в суставе, отек, гиперемия, флюктуация в пораженной конечности, боли при осевых нагрузках на пораженный сустав, функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, УЗИ исследования. Все эти факторы оценивались в баллах. Больные были разделены на 3 группы: если программа оценивала в 0-6 баллов, у больного исключали ОГО и дообследовали; 7-12 баллов – вероятный ОГО - больному производили диагностическую остеоперфорацию пораженной кости с измерением внутрикостного давления и цитологией для уточнения диагноза. 13 баллов и выше - соответствовала экстрамедулярной фазе ОГО, при этом применялись основные принципы лечения острой стадии остеомиелита. Выводы. Таким образом, полученные результаты позволили внести изменения в существующие подходы к лечению больных с ОГО и выстроить комплекс мероприятий, углубленной диагностики, выбора способа лечения, его своевременного и качественного выполнения и системы минимизации риска развития осложнений в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Ширинов Ж.Ш., Фазлиддинов К.З., Назарова Ф.А. студенты 322 группы лечебного факультета СамМИ.

Кафедра общий хирургии (зав. каф. – к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: ассистент Сайдуллаев З.Я.

Актуальность. Эмпиема плевры является частым и опасным осложнением воспалительных заболеваний легких, травм груди и оперативных вмешательств на органах грудной полости. Актуальность проблемы продиктована увеличением частоты патологических состояний, течение которых осложняет эмпиема плевры. Цель. Улучшение результатов хирургического лечения эмпиемы плевры с применением эндохирургических технологий. Материалы и методы. Предлагаем анализ результатов лечения 62 больных с эмпиемой плевры в возрасте от 18 до 64 лет, мужчин – 51 (82,2%) женщин – 11 (17,8%), средний возраст составил 42,8 лет. Наибольшее количество заболевших неспецифической эмпиемой плевры среди мужчин приходилось на возрастную группу от 41 до 60 лет, у женщин – от 31 до 50. Таким образом, подавляющее число больных было представлено лицами наиболее трудоспособного возраста. Преобладали больные с острой эмпиемой плевры (48 (77,4%) пациентов), с хронической эмпиемой плевры было 14 (22.6%) больных. У 35 (56,4%) пациентов гнойно-воспалительный процесс локализовался справа, у 27 (43,6%) – слева. Длительность эмпиемы плевры до 1 месяца была у 24 (38,7%) пациентов, до 2-х месяцев – у 23 (37,1%) пациентов и более 2-х месяцев – у 15 (24,2%) пациентов, в среднем составила 28,6 + 14.3 суток. Большинство больных ранее лечились в других медицинских учреждениях. До поступления в стационар 49 (79,0%) пациентам проводились пункции плевральной полости, 32 (51,6%) пациентам были установлены дренажи. Результаты исследования. В зависимости от распространенности процесса ограниченная эмпиема плевры имела место у 24 (38,7%) пациентов, распространенная и тотальная – у 26 (41,9%) и у 12 (19,4%) пациентов, соответственно. У 22 (35,5%) пациентов состояние расценивалось как удовлетворительное, у 25 (40,1%) – средней степени тяжести, у 15 (24,6%) – тяжелое. При определении лечебной тактики не маловажное значение имело и сроки обращения больных в клинику. С увеличением длительности процесса и увеличивался объем операции. У наших пациентов в 18 случаях ограничились активным дренированием. В 14 случаях произведена видеоторакоскопическая санация плевральной полости с частичной декортикацией легких. У 15 больных миниторакотомным доступом произведена декортикация и частичная плевроэктомия, и у 14 больных через широкий торакотомный разрез выполнена декортикация легкого с плевроэктомией. Выводы. При выборе лечебной тактики у больных эмпиемой плевры необходимо учитывать степень ригидности и негерметичности легкого. Оптимальной методикой санации плевральной полости у больных закрытой эмпиемой плевры является видеоторакоскопическая санация. Распространенной и тотальной эмпиемой плевры с резко или полностью нарушенной способностью легкого к расправлению показано выполнение традиционных оперативных вмешательств.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Эгамов Б.Т.

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Цель исследования улучшение результатов лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью, уменьшение частоты её рецидивов. Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 2043 больных в возрасте от 18 до 87 лет с острой кишечной непроходимостью, поступивших в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2013-2018 гг. Женщин было 911 (44,6%), мужчин 1133 (55,4%). Длительность заболевания составляла от нескольких часов до 4-х суток. Как выяснилось из анамнеза, ранее не были оперированы 131 больных, после ранее перенесенной аппендэктомии поступили 626, после холецистэктомии - 122, после резекции желудка - 58, после операций по поводу травм брюшной полости - 307, после перенесенных ранее операций по поводу кишечной непроходимости - 584, после гинекологических операций - 215. Из 2043 больных, поступивших с клинической картиной острой кишечной непроходимости, одну операцию в анамнезе перенесли 1354 пациента, две операции - 378, три операции - 242, четыре и более – 69. Всем поступившим больным проведено общеклиническое обследование, производились УЗИ и рентгеноскопия брюшной полости, пассаж контраста по желудочно-кишечному тракту, при необходимости колоноскопия или ирригография. Результаты. В результате проведенной консервативной терапии 1056 больных после купирования признаков острой кишечной непроходимости были выписаны для лечения по месту жительства. Оперированы 987 больных. Лапаротомия с адгезиолизом выполнена у 539 больных, лапароскопия с адгезиолизом у 114, лапаротомия с резекцией кишечника и наложением межкишечного анастомоза у 246, лапаротомия с резекцией кишечника и выведением кишечного свища у 88. На операции одиночные спайки выявлены у 399 больных, множественные у 549, панцирный живот у 39. Подбор больных для лапароскопических операций проводился по критериям: не более 2-х послеоперационных рубцов; наличие свободной эхогенной зоны. После лапаротомии с адгезиолизом рецидив спаечной кишечной непроходимости наблюдался у 129 (23,9%) пациентов, после лапароскопии с адгезиолизом у 3 (2,6%). Средняя длительность лечения больных после лапароскопического адгезиолиза 4,4 койко-дня, после открытых операций – 9,2 койко-дня. Выводы. Лапароскопическое вмешательство у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью способствует их ранней активизации и появлению перистальтики кишечника, что способствует уменьшению количества койко-дней, а тщательный отбор пациентов для проведения лапароскопических вмешательств при ОКН позволяет повысить эффективность хирургического лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Карабаев Х.К.

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Цель работы. Представить клиническую характеристику абдоминального сепсиса в зависимости от тяжести системной воспалительной реакции с использованием шкалы SAPS. Материал и методы. Самаркандском филиале РНЦЭМП за 2010-2018 годы под наблюдением находились 108 больных с абдоминальным хирургическим сепсисом у которых выраженность различных синдромов системной воспалительной реакции определялась с помощью шкалы оценки тяжести состояния SAPS. Отбор больных для исследования основывался на следующих критериях абдоминального сепсиса: Наличие очага интраабдоминальной инфекции, который не мог быть радикально устранен или полностью отграничен в один этап, в ходе одной операции; Выявление 3 из 4 следующих симптомов: гипертермия (> 38 С) или гипотермия (< 36 С), тахипное (> 20 в 1 мин) или гипокапния (pCO_2< 32 мм рт. ст.), тахикардия (> 90 в 1 мин), лейкоцитоз (> 12-10^9/л) или лейкопения (< 4-10%) или палочкоядерный сдвиг более 10%. Из 108 больных у 46 (42,6%) констатировали перитонеальную или интестиногенную формы абдоминального сепсиса, у 40 (37,0%) - панкреатогенную форму и у 14 (14,3%) - холангиогенную форму. При этом рассчитывали показатель послеоперационной летальности в каждой группе больных в зависимости от тяжести системной воспалительной реакции. Результаты. В соответствии с принятой клинической картиной из 108 больных у 16 (14,8%) был диагностирован сепсис-SIRS 3 (имелись 3 симптома системной воспалительной реакции, у 38 (35,2%) - сепсис-SIRS 4 имелись 4 симптома системной воспалительной реакции), у 36 (33,3%) - тяжелый сепсис (вышеуказанные симптомы сочетались с полиорганными нарушениями, гипоперфузией или гипотензией) и у 18 (16,7%) - токсико-септический шок сепсис с гипотензией, требовавшей на фоне адекватного восполнения гиповолемии применения катехоламинов). Тяжесть состояния пациентов по шкале SAPS составила при сепсисе - SIRS 3 5,6±1,3 баллов (послеоперационная летальность 16,7%), при сепсисе - SIRS 4 - 9,1±1,4 баллов (послеоперационная летальность - 31,6%), при тяжелом сепсисе - 13,5±1,7 баллов (послеоперационная летальность - 38,9%), при токсико-септическом шоке - 17,8±1,5 баллов (послеоперационная летальность - 66,7%). Общая послеоперационная летальность при абдоминальном хирургическом сепсисе составила 37,9% (умерли 41 больных). Выводы. Выраженность различных клинических синдромов системной воспалительной реакции при абдоминальной хирургической инфекции может быть представлена с помощью объективной шкалы оценки тяжести состояния больных SAPS. Использование шкалы SAPS в определении тяжести состояния больных позволяет дать четкую клиническую стратификацию абдоминального сепсиса, объективно прогнозировать течение и исход интраабдоминального инфекционно-воспалительного процесса, а также оптимизировать лечебную тактику.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Шукуров А.А., Камалов Н.А., резиденты магистратуры 1 курса СамМИ

Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Шодмонова З.Р.

Актуальность. Несмотря на внедрение в практической урологии современных инновационных технологий, все чаще встречаются острые воспалительные заболевания почек, которую представляют собой серьезную проблему. Известно, что основным моментом в патогенезе острого пиелонефрита (ОП) является внезапное нарушение пассажа мочи из верхних мочевых путей, который приводит к лоханочно-чашечной гипертензии и пиелоренальному рефлюксу. Поэтому лечение этих больных должно начинаться с восстановления адекватного пассажа мочи из верхних мочевых путей. Цель. Определение тактики лечения пациентов с острым осложненным пиелонефритом (ООП) с учётом их индивидуальных особенностей. Материал и методы. В отделении экстренной урологии СФРНЦЭМП под нашим наблюдением находилось 64 больных ООП в различных стадиях заболевания, в возрасте от 17 до 68 лет. Из них женщин была 35 (54,7%), мужчин - 29 (45,3%). Всем больным проводилось комплексное урологическое обследование. В результате установлено, что чаще всего (у 43 (67,2%) больных) развитие ОП был обусловлено камнем, у 2 (3,1%) - опухолью почечной лоханки, у 5 (7,8%) - нефроптозом, у 4 (6,25) - парапельвикальной кистой, в 5 (7,8%) случаях - закупорка сгустками крови и в 7 (10,9%) случаях - беременность. Результаты. В зависимости от причины нарушении оттока мочи нами применялись различные виды ее деривации: катетеризация почечной лоханки, установка стента, чрезкожная пиело- или нефростомия. Так, у 14 больных с серозной формой заболевания, сроком до 24 часов, при наличии конкремента небольших размеров (диаметр до 1 см), локализацией в нижних отделах мочеточника и при отсутствии выраженных изменений в почечной паренхиме и ее полостной системы проводили уретеролитоэкстракция петлей Дормиа с последующей катетеризацией лоханки почки или установкой стента. При невозможности катетеризации лоханки у 9 больных проведена контактная уретеролитотрипсия, у 7 - пиелолитотрипсия, в 8 случаях - перкутанная нефростомия под контролем УЗИ или рентгеноскопии. У остальных 6 больных уродинамика восстановлена установкой стента, а при невозможности создания адекватного оттока мочи и дальнейшем развитии заболевания проводили хирургическое вмешательство в виде – перкутанная нефростомия (6), уретеролитотомия (2), нефролитостомия (3), нефростомия с декапсуляцией почки (2), нефроуретерэктомия (2). Выводы. Таким образом, при наличии конкремента или других факторов в почке и мочевых путях, нарушающие уродинамику, в ранних сроках заболевания является целесообразным проводить уретеролитоэкстракцию с последующей катетеризацией или установкой стента в почечную лоханку, который позволяет

избежать оперативного вмешательства. В других случаях предпочтительней проведение чрескожной пункционной нефростомии, что является менее травматичным вмешательством для своевременного восстановления уродинамики из верхных мочевых путей и предупреждение неблагоприятных исходов заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ BI-RADS ПРИ ПАТОЛОГИЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Шукурова Л.Б. резидент 2 курса магистратуры по специальности «Медицинская радиология», Янова Э.У., Зиятов Б.Ш., СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф.–к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Цель исследования: изучить диагностические возможности шкалы BI-RADS при патологиях молочных желез. Материал и методы. Анализировали результаты маммографии 80 женщин с патологиями молочных желез. Лучевое исследование проводилось на цифровом маммографе «BM-2BX-RAY MAMMOGRAPHY UNIT» (производства Китай). Результаты исследования. Протокол описания системы BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) включал в себя описание структуры молочных желёз, признаков патологических находок и заключение с выставлением BI-RADS категории в результате исследования. Основная задача системы - это создание алгоритма чтения маммограмм со специальными терминами и шкалы оценки патологических изменений с использованием стандартных протоколов. Согласно данной системы, BI-RADS 0 отмечен у 2,5% обследованных нами женщин, равноценно с обеих сторон. При этой категории характерны были неполные данные, чаще всего использовали при повышенной плотности тканей молочной железы, когда не было уверенности в отсутствии или наличии рентгенологических признаков патологических изменений. У 3,7% пациенток были выявлены изменения, характерные BI-RADS 1, то есть нормальные результаты маммографии: нет образований, нарушений архитектоники или подозрительных кальцинатов. Категория BI-RADS 2 включил в себя 6,3% женщин с доброкачественными изменениями. У 15% женщин были симптомы, патогномичные для BI-RADS 3. Для данной категории изменения были преимущественно в левой молочной железе, с наиболее вероятными доброкачественными образованиями (доброкачественные изменения с подозрением на рак не более 2%). Категория BI-RADS 4 включил 62,5% обследованных женщин, с образованиями молочных желез преимущественно справа и подозрительные на злокачественный процесс, для которых необходима морфологическая верификация. Для 10% женщин (BI-RADS 5) все выявленные рентгенологические признаки указывали на наличие рака молочной железы. Из обследованных нами пациенток ни одна женщина не попала под категорию BI-RADS 6, то есть ни у кого 100% не был верифицирован диагноз злокачественного процесса молочной железы. Выводы. Шкала BI-RADS является методом, существенно улучшающим интерпретацию выявляемой патологии молочных желез. Полученные данные демонстрируют высокий уровень диагностических возможностей. Сочетание маммографии с применением шкалы BI-RADS, морфологическое исследование и физикальный осмотр, позволяет оптимизировать подход к выбору дальнейшей лечебно-диагностической тактики.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ИГМА (ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА)

Шутова А.А., Столбова М.С., Тронина Д. Н., студенты лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: оценить динамику качества жизни студентов ИГМА с учетом состояния желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы: проведен опрос 105 студентов ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в возрасте 20,2±0,18 лет, в том числе 1-го, 3-го, 6-го курсов. Анкетирование проводилось по специальному гастроэнтерологическому опроснику GSRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale, русская версия). Опросник GSRS состоит из 15 пунктов, которые преобразуются в 5 шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспепсический синдром, синдром запоров. Показатели шкал колеблются от 1 до 7, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому качеству жизни. Дополнительно проведено анкетирование по вопросам, которые позволяют более полно оценить влияние внешних факторов на качество жизни студентов ИГМА (материальное положение, трудоустройство, питание, наличие вредных привычек, особенности конституции). Статистическая обработка результатов включала расчет средних величин, ошибок средних и коэффициента корреляции. Результаты: в процессе исследования выявлены следующие особенности образа жизни студентов: с каждым курсом увеличивается количество трудоустроенных студентов, разнообразие употребляемого мяса и частота заедания стресса. Употребление спиртных напитков и количество курящих студентов на протяжении всех курсов остается стабильным. У 105 студентов, обследованных по опроснику GSRS, выявлена следующая выраженность синдромов: синдромы запора и диареи увеличивается с каждым курсом, синдромы абдоминальной боли и диспепсического – снижаются. Наиболее высокий показатель рефлюкс-синдрома выявлен у студентов 1-го курса. Исходя из данных расчета корреляционной зависимости между факторами, оказывающими влияние на качество жизни, и выраженностью гастроэнтерологических синдромов выявлены следующие особенности. У студентов первого курса установлена средняя по силе прямая связь между выраженностью синдрома абдоминальной боли и количеством выкуренных сигарет (коэффициент корреляции 0,37), рефлюкс-синдрома и такими признаками, как частота употребления спиртных напитков (0,32), ИМТ (0,47), употребление пищи перед сном (0,31), предпочтениями в пище (-0,3); синдрома диареи и частотой употребления спиртных напитков (0,46), количеством выкуренных сигарет (0,49), ИМТ (0,49); диспепсического синдрома и частотой употребления спиртных напитков (0,32), количеством выкуренных сигарет (0,31) и приемом пищи перед сном (0,3). Для студентов 4-го курса характерна средняя по силе прямая связь между следующими признаками: синдромом абдоминальной боли и анемией (0,31), материальным положением студента (-0,3); рефлюкс-синдромом и приемом пищи перед сном (0,31), материальным положением студента (-0,3). Для студентов 6-го курса оказались характерны следующие виды корреляционной связи: между синдромом абдоминальной боли и приемом пищи перед сном (0,33); рефлюкс-синдромом и частотой употребления жевательной резинки (0,31), частотой питания фаст-фудом (0,35). Выводы: проведенное исследование позволило оценить динамику качества жизни студентов медицинской академии и выявить следующие особенности. Выраженность синдрома абдоминальной боли и рефлюкс-синдрома от 1-го к 6-му курсу уменьшается, а синдромов запоров и диареи – увеличивается, что можно связать с влиянием таких неблагоприятных факторов, как употребление алкоголя, курение, питание фаст-фудом, нездоровыми предпочтениями в пище и материальным положением студентов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА

Шутова А.А., студентка 507 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Столбова М.С., студентка 602 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: оценка качества жизни детей с нарушением зрения, обучающихся в учреждениях закрытого типа Удмуртской Республики. Материалы и методы: с помощью опросника Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0, русская версия) было обследовано 40 воспитанников МКОУ «Якшур-Бодьинская школа-интернат» в возрастных категориях 8-12 и 13-18 лет. Опросник состоит из 23 вопросов, объединенных в шкалы, описывающие физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование ребенка, и имеет формы для заполнения детьми и их преподавателями. Подсчет баллов произведен по 100 бальной шкале, чем выше балл, тем выше качество жизни. Результаты: Анализ полученных данных показал, что оценка преподавателей общего качества жизни детей с нарушением зрения (54,9) значительно ниже, чем собственная оценка детей (65,8). Возможно, это связано с высокими требованиями преподавателей к своим воспитанникам. По всем показателям оценка качества жизни в старшей возрастной

группе выше (68,8), чем в младшей (60,7). Что может быть обусловлено более длительным пребыванием старших школьников в специализированном учебном заведении. Также имеются различия между слепыми и слабовидящими детьми. По шкалам «Физическое функционирование» и «Социальное функционирование» результаты детей с глубокими нарушениями зрения несколько выше, чем слабовидящих, что обусловлено компенсаторным завышением самооценки своего физического и социального благополучия. Напротив, по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» - ниже. Кроме этого, в исследовании учтены гендерные особенности. Мальчики и девочки в равной степени социально адаптированы, так как находятся в равных условиях. По данным опроса мальчики физически активнее девочек. Качество жизни девочек по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» ниже, так как от общего числа девочек 40% - слепые, процент данной категории мальчиков составил 24%. Выводы: на основании результатов проведенного исследования выявлено, что для детей с глубокими нарушениями зрения характерны более высокие оценки качества жизни в отличие от слабовидящих сверстников. Дети с нарушениями зрения оценивают качество жизни выше в сравнении с оценками их преподавателей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Щеголева В. А. П-505, Удодов Ф. Ю. П-610, Кулинченко Н.М.

Воронежский Государственный Медицинский Университет имени Н.Н. Бурденко, Россия, Воронеж

Научный руководитель: д.м.н. проф. Вечеркин В.А.

Цель: оценить эффективность регионарного обезболивания у детей со скелетной травмой. Материал и методы: В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко с 2012 по 2017 гг. находилось на хирургическом лечении 187 детей с переломами ключицы, бедренной и плечевой кости, костями голени, предплечья, стопы, кисти, которым в комплексе анестезиологического пособия применялись регионарные блокады. У 97 детей основной группы обезболивание во время операции проводилось комплексным методом (ингаляционный наркоз и регионарное обезболивание). У 90 детей контрольной группы обезболивание проводилось лишь игналяционным способом. На фоне глубокой седации (в/в пропофол и севофлюран) с помощью метода нейростимуляции нервных стволов и сплетений аппаратом «Stimuplex» и визуализацией УЗИ-сканером определяем точное расположение нерва и производим регионарное обезболивание наропином или маркаином. Результаты: Применение регионарной анестезии позволяет поддерживать анестезию для выключения сознания, снижая депрессивное действие общих анестетиков на органы и системы детского организма. У всех наблюдаемых пациентов отсутствовала тошнота и рвота после операции, у 80% детей период пробуждения был короче на 18 – 21 минуту, длительность обезболивания достигала 6-12 часов. Выводы: Сравнивания пациентов контрольной и основной групп, нами установлено, что применение регионарного обезболивания позволяет пролонгировать анестезию в послеоперационном периоде у детей с травмой верхних и нижних конечностей от 6 до 12 часов, уменьшает операционную и послеоперационную кровопотерю, предотвращает использование центральных анальгетиков. Летальных исходов и осложнений обезболивания не было.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Эгамбердиева А.А., Сулханов А.А., Бахриев Б.Л.

Самаркандский государственный медицинский институт Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель: доцент Курбаниязов З.Б.

В хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института с 2014 по 2017 гг. выполнено 184 паховых герниопластик из переднего доступа с использованием сетчатого протеза. Из 184 произведенных герниоаллопластик в 103 (55,9%) наблюдениях применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж. У этих больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и удаляли грыжевой мешок. Затем выделяли семенной канатик на всём его протяжении. У внутреннего отверстия пахового канала оголяли поперечную фасцию. Под семенной канатик подводили трансплантат. Следующим этапом операции являлось формирование внутреннего отверстия пахового канала. Поперечную фасцию здесь подшивали к латеральному краю трансплантата по всей окружности. Внутреннее кольцо вновь созданного пахового канала должно иметь диаметр 0,8-1,0 см. Медиальный край трансплантата подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем накладывали П-образные швы на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, которая окутывает края внутренней косой и поперечной мышцы, с захватом верхнего края аллотрансплантата. Натягивая трансплантат среднею часть фиксировали к паховой связке и нижнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота обычными узловыми швами в количестве 4-5. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Далее нижний край сетки фиксировали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, которая образовала переднею стенку искусственного пахового канала. Эти пациенты составили основную группу. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниоаллопластики паховых грыж 81 пациенту группы контрольного сравнения было произведено традиционная герниопластика по методу Лихтенштейна. В обеих группах больных преобладали мужчины (1 - 89,7%, 2 - 92,4%) старше пятидесяти лет (1 - 72,4%, 2 - 66,7%). У 2/3 пациентов обеих групп выявлена выраженная сопутствующая патология, в основном со стороны сердечно-сосудистой системы. Половина изучаемых больных занимались профессионально-трудовой деятельностью, связанной с физическими нагрузками. В обеих группах преобладали больные с косыми паховыми грыжами (1 – 54,9%, 2 – 75,8%). Результаты и обсуждение. При выполнении герниопластики по Лихтенштейн средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 50,3±14,7 мин (M±σ). При использовании разработанного нами способа операции продолжительность операции оказалась равной 37,8±12,4 мин. Общее число пациентов в группе контрольного сравнения, которые отмечали неприятные ощущения в зоне операции, было существенно больше и составило 14 (17,3%) человек. В основной группе дискомфорт и болевые ощущения в зоне операции отметили 7 (6,8%) пациента. В основной группе отмечено два (1,9%) осложнения - инфильтрат в области послеоперационных швов. Рецидивов грыжи в сроки до 2 лет не было. В группе контрольного сравнения имелось 8 (9,9%) ранних послеоперационных осложнений. В 4 случаях отек мошонки, в 3 случаях отмечена подкожная серома и в 1 случае - гематома. Рецидивов грыжи не отмечено. Выводы. 1. Способ герниоаллопластики предложенной нами отличается от способа Лихтенштейна тем, что сетка находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте пластики во-первых внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятности оторвать сетку от ткани, во-вторых когда сетка фиксируется к апоневрозу меньше развивается тканевая реакция, с формированием длительно персистирующей серомы. 2. Он универсален, т.е. может быть применён как при косых, так и при прямых паховых грыжах. 3. Здесь в гораздо меньшей степени нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения в паховой области, а в условиях грыжесечения при рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах эти взаимоотношения восстанавливаются. 4. Способ малотравматичен, прост и, самое важное, патогенетический оправдан.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНЫХ КОНЪЮНКТИВИТОВ

Эгамбердиева М.Э., студентка СамМИ 616 группы пед.факультета

Кафедра Офтальмологии Ташкентская Медицинская Академия

Научный руководитель – д.м.н. доц. Нарзикулова К.И.

Введение. Аденовирусные конъюнктивиты составляют около 30% всей глазной патологии, являются основными клиническими формами глазной инфекции – в 66,7% Лечение аденовирусной патологии глаз является одной из актуальных проблем современной офтальмологии. Общие принципы терапии и клинический опыт предопределяют комплексный подход к лечению вирусных конъюнктивитов с использованием противовирусных

препаратов и иммуностимуляции. Одним из таких препаратов является актипол, обладающий двойным механизмом противовирусного и иммунмодулирующего действия. Цель.Сравнительная оценка клинико-лабораторной эффективности комплексного лечения аденовирусных конъюнктивитов с включением препарата актипол. Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов (112 глаз) с аденовирусным конъюнктивитом, которые были разделены на две однородные группы в зависимости от проводимого лечения. Всем пациентам были проведены обще-офтальмологические методы исследования (визометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия), а также специальные методы исследования (иммуноферментный анализ крови для определения титров IgG). Вконтрольной группе больных – 23 пациента (46 глаз), была проведена комплексная терапия с применением препарата интерферон (по 2 капли 6 раз в день), в основной группе - 23 (46 глаз) пациента, вместо препарата интерферон назначался актипол (по 2 капли 4 раза в день). Лечение проводилось в течение 7 дней. Результаты. У пациентов обеих групп при поступлении наблюдались отечность век, гиперемия слизистой, слезотечение, жжение, боль, зуд, отделяемое из глаз. К концу лечения у 21 пациента (91,3%) основной группы отмечено исчезновение всех клинических симптомов заболевания. Иммуноферментный анализ показал отрицательный результат, коэффициент позитивности при этом был ниже 0,8(в норме ниже 0,8). У 2 пациентов (8,7%) отмечались незначительные клинические проявления заболевания, в виде легкой гиперемии и зуда. Соответственно, у этих пациентов, при проведении иммуноферментного анализа, коэффициент позитивности был сомнительным (с 0,8–до 1,1). У 17 пациентов (73,9%) контрольной группы на 7-е сутки отмечалось клиническое выздоровление и отрицательный результат иммуноферментного анализа. У 6 пациентов (26,1%) признаки воспаления еще присутствовали и коэффициент позитивности был выше 1,1. Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что препарат актипол является высоко эффективным, удобным в применении при лечении аденовирусных конъюнктивитов.

НЕЙРОЛЕПТОАНАЛГЕЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Элмурадова Н.Б., студентка 518 группы, Хамдамов Д.Ш., студент 517 группы,

Аззамов Ж.А., студент 606 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра Анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. – д.м.н. доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: асс. Муминов А.А.

Актуальность. При наличии артериальной гипертонии (АГ) во время хирургических вмешательств необходимо обеспечить защиту организма пациента от возможных нежелательных последствий операции – прогрессирования АГ из-за срыва адаптационных механизмов регуляции гемодинамики, а так же различных осложнений (инфаркт миокарда, инсульт и т.д.). Для прогнозирования и предупреждения этих ситуаций необходимо проведение мероприятий по снятию стрессовых ситуаций. Цель работы: изучить влияние превентивной нейролептаналгезии на гемодинамику у пациентов с АГ при проведении операции подслизистой резекции полости носа. Материалы и методы исследования. Исследованию подвергнуты 36 больных разделенных на 2 группы. Всем больным проводилась местная анестезия с применением 0,5% раствора новокаина. У больных 1-й группы после стандартной в/м премедикации была проведена нейролептоаналгезия с применением дроперидола 0,25% р-ра 2,5 мг и фентанила 0,005% р-ра из расчета 1 мкг/кг. Во 2-й группе проводилась только стандартная премедикация. Показатели гемодинамики оценивались по АД (Систолическое и диастолическое), числу сердечных сокращений и среднему артериальному давлению (САД, по формуле САД= (АДсис +2Адиас)/3. Измерение указанных показателей производили при поступлении, перед оперативным вмешательством и после хирургического вмешательства. Результаты. В 1-группе пациентов применение фентанила с дроперидолом привело к снижению САД до 101,8±1,3 мм.рт.ст. После проведения операции САД составляло 102,6±1,6 мм.рт.ст., т.е на 6,6 мм.рт.ст. ниже исходного. Число сердечных сокращений в этот период составляло 78 уд.в мин. У больных этой группы наблюдалось полусонное состояние, признаков предоперационного стресса и сдвигов гемодинамики не отмечалось. В контрольной группе при поступлении показатели САД составили 108,6±2,1 мм.рт.ст. Во время операции под местной анестезии отмечалось повышение САД до 114,3±1,8 мм.рт.ст. т.е увеличилось на 8,7 мм.рт.ст. ЧСС в этот период составило 96 уд.в мин. В послеоперационном периоде отмечалось незначительное снижение САД до 112,6±2,3 мм.рт.ст. Выводы. Таким образом, проведение превентивной нейролептаналгезии (дроперидолом и фентанилом), снижая САД, способствует стабилизации гемодинамики, предупреждает развитие предоперационного стресса, снижает риск развития фатальных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с АГ при оториноларингологических операциях.

ВЫБОР МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Элмуродов Н.Г., резидент магистратуры 3-го года обучения ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии СамМИ,

Ким О.В. - ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии СамМИ,

Мансуров Ш.Ш. студент 507 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии СамМИ (зав. каф. – д.м.н. Матлубов М.М.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Матлубов М.М.

Современная медицина, и в частности, анестезиология диктует необходимость разработки надежных методов профилактики и коррекции послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД). На сегодняшний день данная проблема наиболее остро затрагивает пожилых пациентов, так как у многих из них уже в дооперационном периоде отмечаются признаки ослабления когнитивных способностей, выраженность которых в послеоперационном периоде может усугубиться. Цель исследования: Усовершенствовать меры предупреждения когнитивных расстройств у пожилых пациентов после оперативных вмешательств, выполненных в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) на основе кетамина и фентанила с ИВЛ. Материалы и методы: Обследование и лечение больных проводилось в клинике СамГосМИ за период 2016-2018 годы. Всего клинические наблюдения охватывали 120 больных в возрасте 60-75 лет, подготовленных к плановому оперативному вмешательству. В зависимости от способа медикаментозной подготовки все больные были разделены на 2 группы: основная - 1-ая группа (60 больных) и контрольная - 2-ая группа (60 больных). Больным I-ой группы медикаментозная подготовка проводилась за 3 дня до операции вводились раствор цитиколина по 500 мг в/в струйно утром и вечером, раствор тиоцетама 10 мл, предварительно разведенного в 0,9% растворе хлорида натрия в/в капельно – 1 раз в день. Пациентам же II-ой группы церебропротекция не проводилась. В обеих группах анестезиологическое обеспечение проводилось методом ТВА на основе кетамина и фентанила с ИВЛ. У всех пациентов изучали гемодинамику, церебральное перфузионное давление (ЦПД), внутричерепное давление (ВЧД), а также когнитивные функции по шкале MMSE. Исследование проводилось на следующих этапах: 1-ый этап - исходные величины, 2-ой этап – через 3 дня после начала медикаментозной терапии (накануне операции и анестезии), 3-ий этап – интраоперационно, 4-й этап - через 2 суток после операции. Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (и представлены в виде M±m, где M–среднеарифметическое значение, m–стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при P<0,05. Результаты и их обсуждение: Исходные величины в обеих исследуемых группах достоверно не отличались друг от друга. На 2-ом и 4-ом этапах исследования у пациентов 1-ой группы отмечалось улучшение когнитивных функций, у больных же 2-ой группы показатели когнитивных функций достоверно не отличались от исходных. Показатели гемодинамики оставались стабильными в обеих исследуемых группах. 4-ый этап исследования у пациентов 1-ой группы характеризовался относительной гемодинамической стабильностью, тенденцией к нормализации показателей ЦПД и ВЧД 73,14±1,06 мм.рт.ст. и 14,17±0,22 мм.рт.ст. соответственно, более ранним выходом из наркоза, значительным снижением когнитивного дефицита по сравнению с пациентами 2-ой группы. Заключение: Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что предоперационная церебропротекция не оказывает негативного влияния на гемодинамику, ЦПД и ВЧД и предотвращает развитие когнитивного дефицита в раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных в условиях ТВА на основе кетамина и фентанила.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КОНЬЮНКТИВИТОВ

Эргашева Д.С., клинический ординатор 1-го курса СамМИ, Зикириллоев А.Н., клинический ординатор 2-го курса СамМИ

Кафедра офтальмологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Юсупов А.А.)

Научный руководитель: ассистент Сабирова Д.Б.

Наиболее часто встречающейся и наиболее опасной патологией глаза при офтальмогерпесе являются герпетические кератиты, коньюнктивиты, особенно его рецидивирующие формы, составляя основную часть инвалидизирующей патологии роговицы во всем мире. Герпес роговицы среди взрослых по разным источникам составляет 20-75%, а среди детей 70-80% от числа всех воспалительных заболеваний роговицы. В связи с чем, изучение эффективности метода озонотерапии открывает новые возможности для поиска путей эффективного лечения, профилактики рецидивов и тяжёлых исходов инфекционных и воспалительных заболеваний глаз различной этиологии. Цель работы: Изучение клинической эффективности озонотерапии при введении озона в виде газа через очки аппарата Орион-си при комплексном лечении герпетических коньюнктивитов. Материалы и методы исследования. Клинические исследования выполнены на кафедре глазных болезней СамГосМИ, в период с 2015 по 2016 годы. В глазном отделении СамГосМИ нами было обследовано 26 больных (26 глаз) с тяжёлыми формами герпетического конъюнктивита. Распределение больных по полу было следующим: женщин было 15 человек (48,1%), а мужчин – 11 (51,9%). В зависимости от проводимого лечения все больные были подразделены на 2 группы: I группа (контрольная) - 12 пациентов (12 глаз) получали только стандартное медикаментозное лечение, которое включало противогерпетическое лечение –глазную мазь Вирган и таблетки Зовиракса, парабульбарное введение циклоферона 0,5 мл, препараты, улучшающие микроциркуляцию; сосудоукрепляющие средства (аскорбиновая кислота); антиоксиданты (аевит, вит.Е); витамины группы В (В1, В6). II группа (основная) – 14 пациентов (14 глаз), получали как традиционное консервативное лечение, так и озон в виде газа через очки аппарата Орион-си. Всем больным были проведены офтальмологические методы обследования: визиометрия, периметрия ,офтальмоскопия, биомикроскопия. Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведенной традиционной консервативной терапии выявил то, что показатели исхода у больных, отличались значительной вариабельностью, что свидетельствовало о различной степени вовлечения в патологический процесс конъюнктивы. Выводы: В результате проведенных сравнительных клинических исследований и изучения комплексного применения метода озонотерапии и традиционного медикаментозного лечения герпетического конъюнктивита показало, что комплексное применение позволяет повысить эффективность лечения, улучшает клинические показатели и не вызывает токсико-аллергических явлений.

ДВС СИНРОМ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ

Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А., Мустафаев Л.

Кафедра хирургии, эндоскопии, анестезиологии и реанимации факультета последипломного образования СамМИ

(зав. каф. – доцент Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Карабаев Х.К.

Нами изучено влияние тяжести термической травмы на характер изменений показателей свертывающей системы крови у 50 больных, в возрасте от 18 до 70 лет с ожоговым сепсисом. Исследование проводилось в трех сравнительных группах пострадавших с различной степенью тяжести ожоговой травмы. В 1 группу вошли 15 обожженных с ожоговым сепсисом индексом Франка (ИФ) до 60 ед, 2 группу составили 20 больных с ИФ от 60 до 90 ед и 3 группу составили 15 пострадавших с ИФ более 90 ед. Исследования показали, у 15 больных 1 группы (сепсисом) наблюдалось укорочение времени свертываемости крови (5,5±0,5 мин). Время рекальцификации плазмы составило 66±3,8 сек и повышалось к концу третьих суток до 82±4,2 сек. Во 2 группе больных (тяжелым сепсисом с ПОН) время свертывания крови после ожога составило 3,6±0,3 мин. При этом время рекальцификации плазмы было укорочено до 40±5,0 сек. и к концу третьих суток составляло 76±3,8 сек. В 3 группе обожженных (септическим шоком с рефракторной гипотензией) время свертывания крови составляло 4,0±0,4 мин. и на третьи сутки повысилось до 5,8±0,5 мин. Время рекальцификации плазмы было укорочено до 33±7,8 сек в первые сутки и оставалось сниженным к концу третьих суток до 45±3,5 сек. Отмечено увеличение концентрации фибриногена у пострадавших, как во 2, так и в 3 группе уже в первые сутки после ожога. Концентрация фибриногена повышалась более значительно лишь в первые сутки, составляя в среднем 5,3±0,3 г/л. Реакция на фибриноген «В» была резко положительной. Как показывают проведенные исследования, ожоговая травма приводит к снижению антикоагулянтной активности крови. Так, у больных с ИФ 90 ед и более показатели фибринолитической активности были снижены в первые сутки до 3,7±0,6% и продолжали оставаться резко сниженными до конца третьих суток. При прогрессировании сепсиса количество тромбоцитов может уменьшаться до 60-65% исходного уровня, поэтому тромбоцитопения отмечается приблизительно у 80% больных сепсисом. Умеренная тромбоцитопения (уменьшение тромбоцитов на 30-40% от исходного уровня) развивается в течение 24 часов и довольно часто является ранним клиническим симптомом сепсиса. Основная причина развития тромбоцитопении – агрегация тромбоцитов на эндотелии. Как показали наши исследования, у больных с ожогами развивается выраженная гиперкоагуляция. При этом сокращается время свёртывания крови, рекальцификации плазмы, АЧТВ, протромбиновое и тромбиновое время, резко падает концентрация антитромбина III, но более чем в 2,5 раза возрастает концентрация фибриногена. В первые часы после заболевания у больных с угрозой ожоговым сепсисом наблюдался начальный период развития ДВС-синдрома: Своевременное выявление этого опасного для жизни больных осложнения, адекватная и ранняя коррекция системы гемостаза является залогом благоприятного исхода заболеваний.

СТЕНТЫ С БИОДЕГРАДИРУЕМЫМ ПОКРЫТИЕМ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Юсупалиева Д.Б. студентка лечебного факультета

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы продолжают занимать лидирующие позиции в структуре смертности. Потому, методики лечения сердечно-сосудистых заболеваний развиваются с высокой скоростью. На современном этапе наиболее значимые результаты лечения атеросклеротического поражения сосудов показывают эндоваскулярные технологии, в частности коронарное стентирование сосудов. Стент - это специальная, изготовленная в форме цилиндрического каркаса упругая металлическая или пластиковая конструкция, которая помещается в просвет артерии и обеспечивает расширение участка, суженного патологическим процессом, тем самым обеспечиввая проходимость крови по артерии. В настоящее время существует около четырёхсот типов сосудистых стентоврр, которые отличаются друг от друга составом сплава, длиной, дизайном отверстий, покрытием поверхности, контактирующей с кровью, системой доставки в сосуды. Активное применение стентов дало возможность эффективно лечить коронарные поражения разной сложности, но в тоже время выявило и слабые стороны данного метода лечения, в частности - вероятность развития рестеноза, или повторного сужения просвета сосуда. Основными причинами данного процесса являются ответная реакция стенки сосуда на травматизацию, которая происходит при имплантации стента и свойства самого стента как инородного тела. По данным разных авторов, рестеноз внутри непокрытого стента отмечается у 10 - 50% больных. Для предупреждения риска позднего тромбоза разработаны стенты с биодеградируемым (рассасывающимся) покрытием на основе молочной кислоты (полимиолочная кислота – ПМК, полилактид). Сырьем для производства биоразлагаемых медицинских стентов, в основном, является полилактид (ПЛА) и материалы на его основе – продукты поликонденсации молочной кислоты или полимеризации лактида. В настоящее время полимеры на основе молочной кислоты получили большое распространение в области биомедицины, что объясняется их свойствами, такими как биоразложение и биосовместимость. Сырьем для производства ПЛА служат возобновляемые ресурсы, такие как кукуруза и сахарный тростник. В условиях организма срок разложения составляет от 2-х месяцев до 2-х лет. Использование полилактида в качестве сырья для стентов связано с его полным разложением на безопасные продукты, которые участвуют в метаболизме живых организмов. Полилактид полностью деполимеризуется в молочную кислоту, что не влечет негативных последствий, так как биополимер обладает свойством биосовместимости.

Молочная кислота является нативным для организма химическим соединением, которое образуется в мышцах при распаде глюкозы. Ценность биоразлагаемых, биорезорбируемых полимерных материалов из ПЛА для стентов заключается в следующем: 1. Они не вызывают аллергических, воспалительных и других вредных реакций в организме; 2. При использовании их в качестве сырья для стентов (стентирование сосудов сердца, пищеварительного тракта) они не требуют повторных операций, как в случае неразлагаемых изделий; 3. Они обладают широко варьируемыми сроками деградации. Благодаря свойствам полилактида, таким как биосовместимость и биоразложение, решается главная проблема для постоянных стентов, связанная с их извлечением после окончания срока использования. Также, в ходе проведенных клинических испытаний выявлено значительно меньше случаев повторной облитерации и растеноза, по сравнению с металлическими стентами. Стенты с биодеградируемым покрытием (или с рассасывающимся покрытием) - особенностью этих стентов является особое покрытие биодеградирующим полимером с цитостатическим препаратом биолимус А9, что и обеспечивает своевременную эндотелизацию стентированного участка артерии, а управляемое размывание полимера при этом снижает пролиферативный ответ в острый период формирования рестеноза. ПМК является безопасным при использовании у людей в качестве импланта и полимера, высвобождающего лекарственное вещество снижающее системное и локальное воспаление - биолимус А9. Сторонники применения рассасывающихся стентов приводят следующие недостатки, которые вызывают нерассасывающиеся стенты: 1. металл в артерии нарушает вазомоторную функцию (сосуд не сжимается и не расширяется), выпрямляет сосуд в естественных изгибах, может неплотно прилегать в сосуде, «висит», остается сеткой в боковых ветвях; 2. возможны нежелательные биологические реакции организма: некоторые примеси в сплаве (никель) вызывают разрастание тканей, цитостатик (у материалов с лекарственным покрытием) нарушает покрытие стента «кожей сосуда» - эндотелием, полимеры прикрепляющие лекарство к металлу в некоторых стентах остаются навсегда и вызывают позднюю реакцию по типу гиперчувствительности замедленного типа.

АРТРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНОВИТА И ПЕРИАРТРИТА У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Якубов Д.Ж., Муродуллаева Д.М., Хамидов О.А., резиденты магистратуры по специальности «Медицинская радиология», СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав.каф.–к.м.н. Шербеков У.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мардиева Г.М.

Обследованы 80 пациентов с артрозом коленного сустава в возрасте от 20 до 50 лет на ультразвуковом сканере «SonoScape»-S-50 с датчиком линейного формата, рабочей частотой 7,5 МГц. Результаты. Обследованные больные с гонартрозом в зависимости от наличия признаков синовита были разделены на две группы: первая группа - пациенты с признаками синовита коленных суставов (n= 40), вторая группа - без клинических признаков синовита (n= 40). В первой группе отмечалось преобладание II рентгенологической стадии гонартроза (67,5%), в суставах без синовита чаще выявлялась I стадия. К артросонографической семиотике синовита у больных гонартрозом относится: увеличение количества жидкости в передних отделах коленного сустава, утолщение синовиальной оболочки более 3 мм и изменение ее структуры, наличие кист Бейкера. У пациентов с клиническим синовитом (первая группа) ультразвуковые признаки синовита выявлены в 33 наблюдениях (82,5%). В остальных случаях клинические симптомы синовита были обусловлены периартритом. Воспалительные изменения сухожилий и мышц коленного сустава проявлялись при УЗИ снижением эхопрозрачности, отеком. Признаками слабого синовита были: незначительное увеличение размеров надколенниковой сумки (2-3 см) и утолщение синовии до 0,3-0,4 см. Для умеренно-выраженного синовита было характерно более значимое увеличение размеров надколенниковой сумки (от 3,1 до 7,3 см) и утолщение синовии 0,3-0,6 см. Явления периартрита выявлены в 75% наблюдений. Зачастую отмечалось сочетание синовита и периартрита - у 27 больных (67,5%), что трудно выявить клинически у пациентов гонартрозом. Процесс был двусторонним у 26 больных. Кисту Бейкера имели 5 больных (12,5%), размером от 1,6 до 6,4 см. У двух больных содержимое кист было неоднородным за счет отложения пристеночного фибрина. У пациентов из второй группы (суставы без клинических признаков синовита) у 18 больных был выявлен субклинический синовит, что составил 45% от числа суставов без синовита. В данных коленных суставах размеры надколенниковой сумки не превышали 2,0 см, но отмечалось утолщение синовиальной оболочки до 0,3-0,4 см. Толщина хряща колебалась от 0,1 до 0,4 см. Истончение хряща над мыщелками бедренной кости 0,2 см и менее выявлена в 25 суставах (62,5%) первой группы и в 16 суставах (40%) второй группы, что подтверждает отрицательное влияние синовита на состояние хряща и прогрессирование остеоартроза. Выводы. Артросонография дает возможность диагностировать синовит и периартрит у больных гонартрозом, позволяет визуализировать периартикулярные структуры коленного сустава (синовиальные сумки, сухожилия мышц, хрящ, кисты Бейкера) и существенно дополнить данные рентгенологического исследования. Ульразвуковое исследование уточняет данные клинического обследования в диагностике синовита и степени его выраженности, а также выявляет субклинический синовит.

ТРАХЕОСТОМИЯ ҚУЙИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШДА ҲАМШИРАЛАРНИ РОЛИ

Абдиева Г. Сам МИ, ОХИ факултети, 304-гуруҳ талабаси

Анестезиология ва реаниматолгия кафедраси (каф.мудири т.ф.д. доц. Матлубов М.М.)

Илмий раҳбар: асс. Шарипов И.Л.

Самарқанд вилоят кўп тармоқли болалар тиббий марказининг реанимация ва интенсив терапия бўлимида охирги 4 йил ичида 29 та бемор (18 (62%)- ўғил, 11 (38%)– қиз) трахеостома қуйилиб даволанди. Даволанган беморларни ўртача ёши 0,8-12 ёшни ташкил этди. Беморларда касалликни сабабларини нозология бўйича ўрганиб чиқилганда қуйдагилар аниқланди: иккиламчи менингоэнцефалитдан сўнги ҳолат -5(17,2%), ўткир полирадикулоневрит - Ландри-5 (17,2%), гипостатик пневмониялар – 3(0,1%), цитомегаловирусли сепсис, полиорган етишмовчилик синдроми (ПОЕС)-5(17,2%), бош мия ёпиқ краницеребрал жароҳатларидан сўнги ҳолат-5(17,2%), чўкишдан сўнги ҳолатлар – 4(13,7%), перинатал энцефалопатия (ПЭП), болалар церебрал фалажи – 2(6,9%) ташкил этди. Барча беморлар реанимация ва ИТ бўлимига ЎНЕ ва 2-3 даражаси, ҚАБ 2 А-Б даражаси, аппалик синдроми, мия комаси, талваса синдроми билан мурожаат этганлар. Беморларни аҳволи ва кўрсатмаларга қараб нафас йўллари интубация қилиниб сунъий нафас олдириш (СНО) «Drager-Savina 300» (Германия) электр аппарати ёрдамида ўтказилган. Беморларга СНО давом эттиришга эҳтиёж бўлганлиги учун даволанишнинг 7-9 кунларига умумий анестезия остида трахеостома қуйиш муолажаси ўтказилиб, трахеостомик конюла ўрнатилган, сўнгра СНО муолажаси трахеостомик конюла орқали ўтказилган. Беморларни ИТ муолажасини олиб бориш билан биргаликда кардиоманитор «UM-300 PACIENTMONITOR» (Германия) электр аппарати ёрдамида гемодинамик кўрсагичлар: PS, А/Б, SPO_2 назорат қилиниб, лаборатор текширишлар ва умумий парваришлаш чора тадбирлари олиб борилган. Олинган натижалар ва муҳокамаси: Беморларни тўшакдаги ҳолати ҳамширалар томонидан ҳар 2-2,5соатга ўзгартирилиб борилишга қарамасдан 3 беморга ётоқ яралар пайдо бўлган ва дарҳол консерватив усулда бартараф этилган. Овқатлантириш муолажаси назогастрал зонд орқали олиб борилган бўлиб, 1 беморга бўйин соҳасига оқма пайдо бўлгани туфайли назогастрал зонд олиб ташланиб, гастростома ўрнатиб овқатлантирилган. 2 беморга йирингли эндобронхит ривожланганлиги туфайли, доимо гипертермик ҳолати ва септик жараёни бошланган. Йирингли эндобронхитни даволаш мақсадида бемор балғамини бактериологик текширилиб, микроб турлари ва антибиотикга сезгирлик ҳолати аниқланиб, шу антибиотиклар ёрдамида бронхолаваж чоралари ўтказилган. Нафас йўлларини трахеостомик конюла орқали тез-тез санация қилиш мақсадида натрий хлор 0,9% + трипсин + антибиотик + дексаметазон аралашмасидан фойдаланиб, перкуссион – вибрацион массаж ўтказилиб, дренаж ҳолати бериб санация ишлари олиб борилган. Беморларни трахеостома конюласи орқали электр аппарати ёрдамида СНО ўтказиш ўртача 30-35 суткани ташкил этган. 3(10.3%)-нафар бемор гемодинамик ва нафаси барқарорлашганлиги туфайли трахеостома билан уйига жавоб берилган ва 7 кундан сўнг реабилитация мақсадида неврология бўлимига ётқизилди.1(3.4%)- бемор 3 ой давомида трахеостомик конюла орқали СНО ўтказиш фонида тотал бронхоспазм ривожланиши туфайли ўлган. Қолган беморлар эса мустақил нафаси тикланиб гемодинамик кўрсатгичлар барқарор бўлгандан сўнг соматик бўлимларига, уй шароитида даволаниш учун жавоб берилган. Хулоса: Беморларни трахеостома билан СНО ўтказишга, вақтига ва сифатли парваришлашга, ҳар хил асоратларни келиб чиқишини олдини олишга, асептик ва антисептика қоидаларига, трахестомик конюлани туриш ҳолатини назорат қилишга, беморларни реанимция бўлимига ётишини чўзилиши ва қисқаришига ҳамшираларни роли катта эканлиги аниқланди.

ҚЎЛ КАФТИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИМАЛ ИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ

Абдуллаев А.М.,Сам МИ педиатрия факультети 510-гуруҳ талабаси

Травматология ва ортопедия кафедраси (каф.мудири – т.ф.н. доцент Пардаев С.М.)

Илмий раҳбар: ассистент Аширов М.У.

Мавзунинг долзарблиги: Қўл кафти жароҳатлари ўртасида синишлар 8,4-14,1%ни ташкил қилади. Фалангалар синишлари 73,6%ни, кафт усти суяклари синишлари 1,4%ни ва аралаш жароҳатлар 6%ни ташкил қилади. Қўл кафт суяклари диафизар синиқлари эса турли авторлар кўрсатишича қўл панжаси жароҳатлари орасида 7,2%ни ва қўл панжаси суяклари синишлари орасида 12,7-48% ҳолларда кузатилади. Қўл кафти суяклари синишлари ўртасида бўғим ичи синишлари 28,5-31,2%ни, бўғимдан ташқари синишлар эса 53,8-60,9%ни ташкил қилади (Мирошниченко В.Ф., 2006; Корнилов Н.В., 2006). Қўл ҳар хил сегментларининг жароҳатидан кейинги ногиронлик 45,9%ни ташкил этади (Ф.Р. Богданов, В.Л.Зотикова, 1972; Кавалерский Г.М., 2005;). Ишнинг мақсади: Қўл кафт суякларини диафизар синишларини амбулатор шароитда оптимал усулини қўллаб даволаш самарадорлигини ошириш. Текшириш материали ва текшириш усуллари: Мазкур илмий иш Самарқанд вилоят ортопедия ва шикастланиш оқибатлари шифохонаси қабул бўлимида, катталар ўткир шикастланишлари бўлимида 2008-2018 йиллар давомида «Кафт суяклари диафизар синишлари» ташҳиси билан даволанган 386 беморларнинг барчасида клиник, рентгенологик ва лаборатор текширувлар ўтказилди. Барча беморларда тўлиқ анамнез маълумотлари йиғилди. Клиник текширувларга беморнинг шикоятларини сўраш, жароҳат механизмини ва жароҳатдан сўнг ўтган вақтни аниқлаш, жароҳатдан кейин кўрсатилган ёрдам ҳажмини аниқлаш киради. Беморларнинг 335 тасини (86,8%) эркаклар, 51 тасини (13,2%) аёллар ташкил қилди. Синиш локализациясига кўра I – кафт суяги синиши 13 та (3,5%) беморда, II – кафт суягини синиши 51 та (13,1%) беморда, III – 27 та (7%) беморда, IV – 112 та (29%) беморда, V – 151 (39%) та беморда, аралаш синишлар – 32 (8,4%) та беморда кузатилди. Даволаш усулига кўра бу беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Асосий гуруҳни трансоссал фиксация усулида даволанган 100 (25,9%) та беморлар ташкил қилди. 59 беморнинг барчасида маҳаллий оғриқсизлантириш остида бир марталик ёпиқ репозиция ва 2-3 та кегай билан соғлом кафт суягига фиксация қилиш усули қўлланилди. Назорат гуруҳига анъанавий тарзда, яъни маҳаллий оғриқсизлантириш остида бир марталик ёпиқ қўл билан репозиция ва гипс боғламада даволаш усули қўлланилган 296 (76,7%) та бемор киритилди. Даволаш натижалари: Қўл кафти диафизар синиқларини анъанавий даволаш усули қўлланилганда 296 та беморда (76,7%) ҳолларда яхши натижалар, 46 та беморда (12%) ҳолларда қониқарли натижалар, 44 та беморда (11,3%) ҳолларда эса қониқарсиз натижалар олинди. Бу беморларнинг 358 та беморда (92,7%) яхши, 28 та (7,3%) беморда қониқарли натижа олинди. Қониқарли натижа олинган беморда кегайлар атрофида яллиғланиш кузатилганди, ўз вақтида антибиотикотерапия ўтказилди ва даволанди, лекин битиш муддати чўзилди. Қолган уч бемор ўз вақтида кўрикга келмади, режимларга риоя қилмаганлиги учун қониқарли натижа кузатилди. Қўл кафт суяклари диафизар синиқларини кегайлар билан трансоссал маҳкамлаш усули анъанавий усулга нисбатан бироз мураккаброқ бўлсада, яхши самара беради. Яхши натижалар 92,7% беморларда, қониқарли натижалар эса 7,3% беморларда кузатилди. Хулоса: Назорат гуруҳидаги беморларда 11,3% қониқарсиз натижа кузатилди, бу кўрсатгич кам бўлсада, беморларларнинг ҳозирги кундаги норозилигига ҳамда қайта редрессация қилиб тўғрилашга ва ҳаттоки жарроҳлик усулида даволашга олиб келмоқда. Қўл кафти суяклари диафизар синиқларини даволашда травматолог врачнинг малакаси етарли бўлса ва керакли шароит бўлса, кегайлар билан трансоссал маҳкамлаш усули оптимал даволаш усули ҳисобланади.

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ТАКТИКА

Бахритдинов Т.Т., АДТИ Касбий таълим факультети 5-курс 501-гурух талабаси

Факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси, кафедра мудири професор Э.С. Джумабаев

Илмий рахбари: Суюнов Д.М.

Хорижий маълумотларга кўра, қорин бўшлиғининг турли хирургик хасталиклари туфайли бажарилган лапаротомиялардан сўнг 6-11% ҳолатларда ташрихдан сўнги вентрал чурралар пайдо бўлади. (Мазурик М.Ф. хам муаллиф., 1985; Лешенко И.Г., Панов И.Ф., 1990; Mudqe V., 1998). Хозирги вақтда қорин олд девори чурралари билан бажарилаётган ташриҳлар сони ортиб бормоқда. (Дерюгина М.С., 2001; Белоконев В.И., с соавт. 2004). Қорин олд девори чурраларида бажарилган ташриҳлардан сўнги ўлим кўрсаткичи 12-21% ни ташкил этади.(Тоскин В.П., Жебровский В.В., 1983; Кочнев О.С., с соавт., 1991; Ролыпиков И.М., с соавт., 2001). Махаллий тўқималар билан бажариладиган ташрихлардан сўнг чурраларни қайталаниши 25% дан 60% гача кузатилмоқда. (Тимошин А.Д., с соавт., 2003). Шу сабабли хозирги кунда чурраларни радикал даволаш мақсадида аллопластика амалга оширилмоқда ва чурраларни радикал даволашга эришилмоқда. Лекин аллопластика бажарилганидан сўнги асоратлар: жарохатни йиринглаши, серома хосил бўлиши ва аллотрансплантатни организмдан сиқиб чиқарилиши кабилар ошиб бормоқда. Максад: корин олд девори ташрихдан сўнги чурраларида «onlay» усулида бажарилган аллопластикалардан сўнги асоратларни олдини олиш. Материал ва методика: Бизнинг кузатувларимизга кўра 20 та беморда қорин олд девори ташрихдан сўнги чурраларни «onlay» усулида бажарилган аллоплатика ташрихлари тахлил қилиб чиқилди. Асосий гурухда 12 та бемор бўлиб, булардан 8 та аёл киши, 4 та эркак кишини ташкил этади. Назорат гурухида эса 8 та бемор бўлиб улардан 6 таси аёл киши 2 таси эса эркак кишини ташкил этади. Назорат гурухдаги беморларда қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикасида ананавий бир қаторли чоклар билан аллоплантат қирғоқлар аппонерозга мустахкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Асосий гурухдаги беморларда эса қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикада икки қаторли чоклар билан мустахкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Назорат гурухидаги беморларда дренаж найча оркали эксудатларни ажралиши миқдор ва сифат жихатидан асосий гурухдан кескин фарқ қила бошлади. Бунга сабаб шуки «onlay» усулидаги аллопласткика қорин оқ чизиғи тикилганидан сўнг аппоневроз устига махкамланади. Шу сабабли апоневроз тикилган соха бошқа жойларда 0,3 – 0,5 см гача кўтарилиб туради. Оқибатда аллоплантат қорин олд деворига тегиб турмайди ва апоневрозни тикилган сохаси ва аллоплантат орасида масофа қолиши оқибатида аллоплантатни организмга ўзлаштирилиши қийинлашади ва яллиғланиш жараёни ривожланиб эксудат йиғилишига ва уни йиринглаши ва серомалар пайдо бўлиши хавфини оширади. Асосий гурухдаги бажарилган ташрихларда эса аллоплантат қирғоклари ва апоневроз қирғоклари тикилган соха асосига хам бир қаторли узлуксиз чоклар қўйиб юқоридаги холат бартараф этилади. Назорат давомида шу нарса аниқландики назорат гурухида 3 та беморда жарохатни йиринглаши кузатилди. Назорат гурухидаги беморда назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 8 хафтагача давом этди. Асосий гурухда эса жарохатни йиринглаши кузатилмади. Асосий гурухда эса назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 2 хафтагача давом этди. Хулоса: қорин олд девори ташрихдан сўнги вентрал чурраларида аллоплантатни қорин олд деворига оралиқ масофасиз икки қаторли узлуксиз чоклар билан мустахкамлаш, ташрихдан сўнги асоратларни ривожланишини олдини олишга хизмат қилади.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРИДА ЗАМОНАВИЙ ДАВО

Бахритдинов Т., АДТИ Касбий таълим факультети талабаси

Факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси, кафедра мудири профессор Джумабаев Э.С.

Илмий раҳбари: Суюнов Д.М.

Хорижий маълумотларга кўра, қорин бўшлиғининг турли хирургик хасталиклари туфайли бажарилган лапаротомиялардан сўнг 6-11% ҳолатларда ташрихдан сўнги вентрал чурралар пайдо бўлади. (Мазурик М.Ф. ҳаммуаллиф., 1985; Лешенко И.Г., Панов И.Ф., 1990; Mudqe V., 1998). Ҳозирги вақтда қорин олд девори чурралари билан бажарилаётган ташриҳлар сони ортиб бормоқда. (Дерюгина М.С., 2001; Белоконев В.И., с соавт.

2004). Қорин олд девори чурраларида бажарилган ташриҳлардан сўнги ўлим кўрсаткичи 12-21% ни ташкил этади.(Тоскин В.П., Жебровский В.В., 1983; Кочнев О.С., с соавт., 1991; Ролыпиков И.М., ҳаммуалиф., 2001). Маҳаллий тўқималар билан бажариладиган ташрихлардан сўнг чурраларни қайталаниши 25% дан 60% гача кузатилмоқда. (Тимошин А.Д., ҳаммуалиф., 2003). Шу сабабли ҳозирги кунда чурраларни радикал даволаш мақсадида аллопластика амалга оширилмоқда ва чурраларни радикал даволашга эришилмоқда. Лекин аллопластика бажарилганидан сўнги асоратлар: жароҳатни йиринглаши, серома ҳосил бўлиши ва аллотрансплантатни организмдан сиқиб чиқарилиши кабилар ошиб бормоқда. Мақсад: қорин олд девори ташрихдан сўнги чурраларида «onlay» усулида бажарилган аллопластикалардан сўнги асоратларни олдини олиш. Материл ва методика: Бизнинг кузатувларимизга кўра 20 та беморда қорин олд девори ташрихдан сўнги чурраларни «onlay» усулида бажарилган аллоплатика ташрихлари таҳлил қилиб чиқилди. Асосий гуруҳда 12 та бемор бўлиб, булардан 8 та аёл киши, 4 та эркак кишини ташкил этади. Назорат гуруҳида эса 8 та бемор бўлиб улардан 6 таси аёл киши 2 таси эса эркак кишини ташкил этади. Назорат гуруҳдаги беморларда қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикасида ананавий бир қаторли чоклар билан аллоплантат қирғоқлар аппоневрозга мустаҳкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Асосий гуруҳдаги беморларда эса қорин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикада икки қаторли чоклар билан мустаҳкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Назорат гуруҳидаги беморларда дренаж найча орқали эксудатларни ажралиши миқдор ва сифат жиҳатидан асосий гуруҳдан кескин фарқ қила бошлади. Бунга сабаб шуки «onlay» усулидаги аллопластика қорин оқ чизиғи тикилганидан сўнг аппоневроз устига маҳкамланади. Шу сабабли апоневроз тикилган соҳа бошқа жойларда 0,3 – 0,5 см гача кўтарилиб туради. Оқибатда аллоплантат қорин олд деворига тегиб турмайди ва апоневрозни тикилган соҳаси ва аллоплантат орасида масофа қолиши оқибатида аллоплантатни организмга ўзлаштирилиши қийинлашади ва яллиғланиш жараёни ривожланиб эксудат йиғилишига ва уни йиринглаши ва серомалар пайдо бўлиши хавфини оширади. Асосий гуруҳдаги бажарилган ташрихларда эса аллоплантат қирғоқлари ва апоневроз қирғоқлари тикилган соҳа асосига ҳам бир қаторли узлуксиз чоклар қуйиб юқоридаги ҳолат бартараф этилади. Назорат давомида шу нарса аниқландики назорат гуруҳида 3 та беморда жароҳатни йиринглаши кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморда назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 8 ҳафтагача давом этди. Асосий гуруҳда эса жароҳатни йиринглаши кузатилмади. Асосий гуруҳда эса назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 2 ҳафтагача давом этди. Хулоса: қорин олд девори ташрихдан сўнги вентрал чурраларида аллоплантатни қорин олд деворига оралиқ масофасиз икки қаторли узлуксиз чоклар билан мустаҳкамлаш, ташрихдан сўнги асоратларни ривожланишини олдини олишга хизмат қилади.

ОШИҚ – БОЛДИР БЎҒИМИ ИЧИДАН ВА БЎҒИМ ОЛДИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

Бекбутаев Ж.Х., 3-курс магистр, Тешаев Т.Н., педиатрия факультети 516-гуруҳ талабаси СамМИ

Травматология ва ортопедия кафедраси (каф.муд., т.ф.н., доц., Пардаев С.Н.)

Илмий раҳбар т.ф.н., доцент Ахтамов А.А.

Ошиқ болдир бўғими ичидан ва бўғим олди синишлари таянч ҳаракат аъзоларининг барча синишларини 20% дан 37% гача, бўғим ичидан синишларнинг эса 29,5% - 40,8% ини ташкил этади. (Каллаев Н.О., ва бошқа, 2004 Горбатов П.О., ва бошқа 2015) Шикастланишларнинг 60–70% и меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларда учрайди. Мазкур ишнинг мақсади ошиқ–болдир бўғими ичидан ва бўғим олди шикастланишларини турли усулларда даволаш натижаларини солиштирма таҳлил қилиш. Материал ва текшириш усуллари. Мазкур ишда 2016–2018 йиллар давомида Самарқанд вилоят Ортопедия ва шикастланишлар оқибатлари шифохонаси катталар травматологияси бўлимларида ошиқ - болдир бўғим соҳасидан шикастланиб жарроҳлик усуллари қўлланилиб даволанган 123 беморда даволаш натижаси таҳлил қилинди. Беморларнинг 66 таси эркак ва 57 таси аёл бўлиб уларнинг ўртача ёши 39 ёш бўлиб, 18 ёшдан 39 ёшгача 78 та, 40 ёшдан 59 ёшгача 42 та, 60 ёшдан катта – 3 та бемор кузатилган. Ўнг томонлама шикастланишлар 66 (53,2%) беморда, чап томонлама шикастланишлар 57 (46,8%) беморда кузатилган. Беморларнинг 19 тасида (15,4%) шифохонага мурожаат қилган кундаёқ (А тип синишларда АО / ASIF бўйича) ошиқ–болдир бўғими синиб чиқиши қўл билан тўғриланиб Киршнер кегайи билан маҳкамланган. АО/ASIF классификацияси бўйича В ва С типдаги синишлар кузатилган 104 беморнинг 78 тасига тортиб турувчи болт гайка, шуруп ва реконструктив пластиналар ёрдамида, 26 беморда тортиб-турувчи болт гайка ва шуруплар қўлланилиб маҳкамланган. Даволаш натижалари. Даволаш натижалари 6 ойдан 3 йил муддат ўтгач 123 беморда ўрганилди. А типдаги синишларда кегайлар қўлланилиб операция қилинган 19 та беморда асоратлар кузатилмади. Тортиб турувчи болт-гайка қўлланилган 26 беморнинг 7 тасида (5,7%) деформацияловчи артроз, 5 тасида (4%) параартикуляр оссификатлар пайдо бўлганлиги ҳисобига бўғимда ҳаракатнинг нисбатан чекланганлиги ва узоқ юрганда оғриқ аломати борлиги кузатилди. Реконструктив пластина, тортиб турувчи болт-гайка ва шуруплар қўлланилган 78 беморнинг 9 тасида (7,4%) деформацияловчи артроз ва 6 тасида (4,8%) ошиқ-болдир бўғимида контрактура кузатилган. Асоратлар кузатилишига сабаб бўлувчи асосий омиллар: операциянинг кеч муддатларда бажарилиши, ёпиқ усулда тўғрилашга такрорий ўринишлар, шиш қайтгач суяк бўлакларининг нисбатан силжиши таъсир этиши мумкин. Жами 27 беморда (21,9%) асорат кузатилган. Хулосалар. Компрессияловчи болт-гайка бўғимнинг ҳосил бўлишига қатнашувчи тоғай, синовиал қават, бойлам ва юмшоқ тўқималарга кам жароҳат етказиб дистал болдирлараро синдесмозни стабил маҳкамлашга имконият беради. Турли металл конструкцияларнинг мавжудлиги жароҳатланишларга дифференциал ёндошиб ошиқ-болдир бўғимига ҳаракатни чекламасдан қўллаш имкониятини беради.

ЎЗБЕКИСТОН КАРДИОЛОГИЯСИДА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИК МАНИПУЛЯЦИЯЛАР (РАДИОЧАСТОТАЛИ АБЛАЦИЯ ВА ДЕВАЙСЛАР ИМПЛАНТАЦИЯСИ) САМАРАДОРЛИГИ

Гаффоров С., кардиология йўналиши 1-курс клиник ординатори

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Илмий раҳбар: т.ф.н. Якубов А.А.

Кириш: Радиочастотали аблация –юрак ритм бузилишининг хирургик даво усули бўлиб, наркоз ва анестетиклар ишлатилмасдан миниинвазив йўл билан бажарилади. Ҳозирги кун дунё медицинасида радиочастотали аблация (РЧА) ва турли мураккаб девайслар имплантацияси аллақачон кардиология ва хусусан аритмологияда асосий манипуляциялар қаторига қўшилиб бўлган. Мақсад:Ўзбекистон кардиологияси соҳасида электрофизиологик манипуляциялар самарадорлигини баҳолаш ва электрофизиология тўғрисида кенг маълумотлар билан таништириш. Ўрганиш методи: Республика Ихтисослаштирилган Каридолоия Илмий амалий Тиббиёт маркази, Интервенсион аритмология бўлимида 2016-2018-йилларда даволанган беморларнинг маълумотларини ретроспектив анализ қилиш йўли билан. Натижа: 2016-йилда бўлимда жами 612 та бемор даволанган бўлиб шулардан 73 нафарида РЧА амалиёти бажарилган. 61 нафар беморга Электрокардиостимулятор имплантация қилинган ва 3 бемор CRT девайси имплантацияси билан даволанган. 2017-йилда бўлимда жами 626 нафар бемор даволанган бўлиб шулардан 257 тасига РЧА амалиёти бажарилган. 72 нафар беморга ЭКС ва CRT девайслари имплантация қилинган. 2018-йилда бўлимда жами 695 нафар бемор даволанган бўлиб шулардан 308 тасига РЧА амалиёти бажарилган. 75 нафар беморга ЭКС ва CRT девайслари имплантация қилинган. Хулоса. 2016 йилдан бошлаб Интервенсион аритмология бўлимида даволанаётган беморлар сони ошиб борган. Шу билан бирга бўлимда ётиб даволанган беморлар орасида РЧА манипуляцияси сони ҳам ошган. Юқоридаги сонлардан маълум бўладики мураккаб девайслар имплантациясининг сони охирги 3 йил ичида ошиб бормоқда. Ушбу анализдан шуни хулоса қилишимиз мумкинки ҳозирги кунда Кардиология ва хусусан Аритмология соҳасида электрофизиологик манипуляциялар ўрни тобора ошиб бормоқда.

ГЕМОГУБКА ДОРИ ВОСИТАСИНИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА ҚЎЛЛАШ АМАЛИЁТИ

Жўрақулов С.З. - ТТА даволаш факультети 606-гуруҳ талабаси

Отоларингология ва стоматология кафедраси (каф. муд., т.ф.д.- Хасанов У.С.)

Илмий раҳбар асс. т.ф.н. Эргашев У.М

Оторинолорингология амалиётида ЛОР аъзоларидан қон кетиш долзарб муаммолардан ҳисобланади. Энг кўп бажариладиган операциялар ичида тозиллэктомия амалиёти нисбатан кўп қон кетиш билан кузатилади. Ушбу қон кетиш миқдорини минималлаштириш ва операциядан кейинги кечки қон кетиш хавфини йўқотиш замонавий оториноларингология қолаверса умумий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Тонзиллэктомия жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги қон кетишларни тўхтатишда механик, физик ва медикаментоз усулларидан фойдаланилади. Санаб ўтилган бу усулларнинг ўзига хос ноқулайлик ва салбий томонлари мавжуд. Механик усул (тикиш)лардан тонзиллоэктомия амалиётида фойдаланиш шифокор учун соҳасининг торлиги ва кичиклиги ноқулайлик туғдирса, бемор учун эса дискомфорт туғдириши, физик усуллардан фойдаланиш эса диффуз қон кетишда бутун юзани каогуляцияси ҳалқумни чандиқли муаммоларига олиб келишига сабаб бўлиши мумкин. Маҳаллий қўлланилувчи тампон кўришидаги препаратлар қўллаш қўшимча фиксация қилишни талаб этиб, кейинчалик тампонни олиш жараёнида иккиламчи жароҳатланиш юзага келиши мумкин. Сўрилиб кетувчи асосда чиқувчи препаратлар (Гента-кол - Германия, Тахокомб - Австрия) нархининг қимматлиги туфайли кенг қўлланилишида тўсқинлик қилади. Юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб биз олдимизга тонзиллоэктомияда ва ундан кейинги қон кетиш миқдорини минималлаштириш ва бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида, таннархи арзон бўлган гемогубка препаратини қўллашни, уни анъанавий усулдан фарқини ва устунлигини аниқлашни мақсад қилиб қўйдик. Бу препарат ўзимизнинг олимларимиз томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, препарат асосий таркиби поликомпозит целлюлоза (наноцеллюлоза, карбоксиметилселлюлоза, оксидланган целлюлоза) ҳисобланади. Ҳозирда бу препаратнинг икки хил (кукун ҳамда плёнка) шакли ишлаб чиқилган. Биз ўз илмий изланишимиз давомида 11 та беморда шу препаратни қўлладик ва динамикада кузатган ҳолда 10 та традицион усулда танглай равоқларида тампон қўлланилган беморлар билан солиштирдик. Традицион усулда бажарилган амалиёт давомида йўқотилган умумий қон ҳажми 150-200 мл ни ташкил этди. Биз қўллаган маҳаллий гемостатик восита асосида бажарилган амалиёт давомида эса йўқотилган умумий қон ҳажми 80-100 мл ни ташкил этди. Шунингдек традицион тонзиллоэктомия амалиётдан кейин бир нечта салбий ҳолатлар кузатилиши мумкин. Энг кўп учровчи салбий ҳолатлардан бири бу перифокал шамоллашдир. Бундан ташқари механик қон тўхтатиш натижасида атроф тўқималарда қон айланишининг бузилиши, нерв ва тўқималарнинг зарарланиши шунингдек танглай равоқларини тикиш жараёнида учраб турадиган танглай равоқлари йиртилишлари натижасида юзага келадиган чандиқлар кейинчалик беморлар учун ютинишда дискомфорт юзага келтиради. Гемогубка препаратининг ютуқлари: таннархининг юқори эмаслиги, фиксация талаб қилмайди, дискомфорт туғдирмайди, қўлланилган препаратнинг жарроҳлик амалиётидан кейин олиб ташлаш талаб қилинмайди (жароҳат жойида яхши сўрилади), тез ва ишончли гемостаз, ишлатиш учун қулай, бактериоцид таъсир, антиген таъсирнинг йўқлиги, гипоаллерген хусусиятларни ўзида намоён қилади. Хулоса: Гемогубка препарати тонзиллоэктомия жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги қон кетишини самарали тўхтатади шу билан бирга қон кетиш миқдорини ўртача 50% га камайтириб, операциядан кейинги асоратлар ривожланишини олдини олади.

ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯЛАРДА ТУТҚАНОҚЛАР ХАРАКТЕРИ

Касимов А.А., СамМИ неврология кафедраси мустақил илмий изланувчи, Утаганова Г.Х., Неврология кафедраси асистенти т.ф.н.

Кафедра «Неврология ва нейрохирургия» (каф.мудири - т.ф.д. проф. Джурабекова А.Т.)

Илмий раҳбар т.ф.д. проф. Абдуллаева Н.Н.

Ишнинг мақсади: Посттравматик эпилепсия билан беморларда тутқаноқ синдромининг клиник жиҳатларини баҳолаш. Материал ва текшириш усуллари: Сам МИ клиникаси неврология бўлимига 2015-2019 йилларда амбулатор равишда мурожаат қилишган ва госпитализация қилинган 17 ёшдан 68 ёшгача бўлган 60 та беморнинг касаллик тарихи чуқур ўрганилиб, клинико-неврологик статуси таҳлил қилинди. Шундан 25 та беморни эркаклар (41,6%), 35 та аёллар (58,4%) ташкил қилди. Текширув анамнез, клиник ва неврологик текширув, электроэнцефалография, бош мия магнит-резонанс томографияси (МРТ), лаборатор таҳлилларни ташкил қилди. Барча беморларга базис даво билан биргаликда антиконвулсантлар тайинланди. Даволаш самарадорлиги беморнинг кундалиги, катамнестик кузатув мобайнида тутқаноқларнинг бўлмаслиги ва ЭЭГ натижалари таҳлил қилинди. Натижалар: Шуни кўрсатдики, тўлиқ неврологик текширувдан сўнг, олинган анамнестик маълумотлар натижаларига кўра, тутқаноқ хуружлари характерига кўра, 7 та (11,66%) беморда психоген ноэпилептик тутқаноқлар, 2 та беморда (3,33%) ноэпилептик тутқаноқлар кузатилди, 8 та (13,3%)- абсанслар, 14 та беморда тоник тиришишлар (23,33%), 12 та беморда клоник тиришишлар (20%) 17 та беморда (28,33%) вегетатив бузилишлар билан кечувчи диэнцефал тутқаноқлар аниқланди. Учоқнинг жойлашган жойига кўра, фокал чакка эпилепсияси 15 та беморда, (25%) эпилептоген учоқнинг пешона бўлагида жойлашуви 6 (10%), тепа бўлаги – 4 та беморда (3,3%), энса бўлаги – 3 та беморда 1 (0,8%) аниқланди. 22 та беморда (36,66%) МРТ да структуравий ўзгаришларнинг бўлмаслиги ва ЭЭГ да регионал эпилептиформ фаолликнинг йўқлиги аниқланди. Бош мия МРТ-сида ретроцеребелляр киста, гидроцефалия, мия моддасининг атрофияси ёки субатрофияси, глиоз учоқлари, гиппокамп склерози аниқланди. Хулоса. Шундай қилиб, травмадан кейин эпилептоген тутқаноқларнинг ва неврологик синдромларнинг келиб чиқиши, ўтказилган травманинг оғирлик даражасига боғлиқ. Енгил бош мия травмаларида парциал тутқаноқлар, (вегетатив-висцерал, псевдо абсанслар), ўтказилган ўрта оғирликдаги деб баҳоланган травмалардан кейин изоляцияланган парциал тутқаноқлар кузатилади.

СОНЛАРНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН МУДДАТЛАРДАГИ НАТИЖАЛАРИ

Қаххаров А.С., Юнусов Х.А., СамДТИ магистратура резидентлари

Травматология ва ортопедия кафедраси (кафедра мудири - доц. Пардаев С.Н.)

Илмий раҳбар: доцент Ибрагимов С.Ю.

Ишнинг мақсади. 2016 йилда болалар ортопедияси бўлимида сонларнинг туғма чиқишлари билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида даволашнинг яқин муддатларидаги (2 йил) натижаларини ўрганишдан иборат. Изланиш материали. Бўлимда 2016-йилда сонларнинг туғма чиқишлари билан оғриган 134 нафар, беморларни 2018 (яьни даволангандан 2 йил кейин) йилда жарроҳлик усулида даволаш натижалари ўрганилди. Ретроспектив текширилганда қуйидагилар аниқланди: беморларнинг 28 (20,8%) тасини ўғил болалар, 106 (79,1%) тасини қизлар ташкил қилишган. 2 ёшгача бўлган беморлар 7 (5,2%) тани, 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган беморлар 80 (59,7%) тани, 5 ёшдан 8 ёшгача бўлган беморлар сони 23 (17,1%) тани, 8 ёшдан катта бўлганлар сони 24 (17,9%) тани ташкил қилганлар. Беморларнинг 37 (27,6%) таси ўнг томонлама, 71 (53%) таси чап томонлама ва 26 (19,4%) таси икки томонлама чиқиш билан оғришган. Беморлардан 23 (17,1%) тасида даволашгача ҳар хил даражадаги коксартроз белгилари аниқланган. Беморларга, кўрсатмасига қараб ҳар хил жарроҳлик амалиётлари қулланилган.109 (81,3%) та беморга бўғим ичи операциялари, соннинг проксимал қисмида ва бўғим пештоқини реконструкцияси билан биргаликда бажарилган, 25 (18,7%) тасига бўғимдан ташқари жарроҳлик амалиётлари ўтказилган. Жарроҳлик амалиётидан кейин оёқлар чаноқ-сон гипсли боғламаси билан 1,5 ойга иммобилизация қилинган. Гипсли боғлама ечилгандан кейин оёқлар ўқи бўйича лейкопластирли тортмада физиофункционал даволаш муолажалари ўтказилган. 2,5-3 ойдан кейин қултиқ таёқлари ёрдамида соғлом оёққа таяниб юришга руҳсат берилган. Жарроҳлик амалиёти ўтказилган оёққа бир йилдан кейин босиб юриш тавсия қилинган. 2 йилдан кейин даволаш натижаларини текшириш мақсадида 116 беморда клиник, рентгенологик текшириш ўтказилди. Беморларининг ҳаммаси мустақил юрадилар, 27 (23,2%) та бе-

морларда куннинг охирида чарчаш, чаноқ-сон бўғимидаги оғриқ сезилади. Сонларнинг абдукцияси чегараланган, даволанган оёқни, думба мушакларини атрофияси аниқланади. Рентгенография ўтказилганда соннинг бошчаси бўғим чуқурчасида, 18 та беморда сон суягининг бошчаси бироз деформациялашган, субхондрал склероз аниқланади,бўғим ёриғи қисқарган. Юқоридаги кўрсатилган патологик ҳолатлар асосан катта ёшдагиларда, бўғим ичи операциялари ўтказилганларда, соннинг проксимал қисмидаги патологик ҳолатлар (антиверсия, вальгус, варус) етарли таьмирланмаганларда ва даволашгача коксартроз белгилари бўлган беморларда кузатилди. Ҳулоса. Жарроҳлик амалиётини режалаштираётган вақтда юқорида кўрсатилган патологик ҳолатлар ҳисобга олинганда кутилган яхши натижаларга эришиш мумкин.

ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДАГИ БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ РЕЦИПИЕНТЛАРИДА ПЕРИОПЕРАТИВ ДАВРДА МЕТАБОЛИК АЦИДОЗНИНГ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШ АНЕМИЯСИ ЎЗАРО АЛОҚАДОРЛИГИ

Қодиров О.М., ТошПТИ 301-гуруҳ даволаш иши

Тиббиёт ва биологик кимё, умумий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири – проф. Юлдошев Н.М.)[1],

Ак. В.Воҳидов номидаги РИИАТМ (директор – академик Назиров Ф.Г.)[2]

Илмий раҳбарлар: к.и.х. Назирова Л.А.[2], асс. Нишантаев М.К.[1]

Мақсад: Яқин қариндошлар орасидаги буйрак трансплантацияси реципиентларда яллиғланиш анемияси ва метаболик ацидознинг ўзаро аълоқадорлигини ўрганиш. Материал ва методлар: 2018-йил давомида “Академик В.Воҳидов номидаги РИИАТМ”да 97 та яқин қариндошлар орасидаги буйрак трансплантацияси амалга оширилди, 97 нафар реципиент кўздан кечирилди: улардан 77-та эркак, 20-та аёл; ўртача ёши 31,5±2,1 ёш (19-55 ёш); гемодиализ орқали ўринбосар терапия олган вақти 20,5±2,4 ой (0-120 ой), шундан 34% ҳолатда (n=33) 6 ойгача, 30% ҳолатда (n=29) - 6-12 ой давомида, 19,6% ҳолатда (n=19) - 12-24 ой давомида; 16,4% ҳолатда (n=16) 24 ойдан кўп муддат давомида. 45% ҳолатда (n=44) донор сифатида ота-она, 55% ҳолатда (n=53) - ака-сингиллар олинди. Кислота-асос кўрсаткичлари: HCO3, pCO2, BEни артериал қон орқали ABL-800 аппаратида (Radiometr, USA) аниқаланди. HT, Hb, MCH, MCHC, MCV кўрсаткичларини BC-5800 гематологок анализатор (Mindray, China) аниқланди. Реципиентлардан қон анализлари операция ўтказиладиган куни, жарроҳлик амалиётигача бўлган даврда олинди. Натижалар. Изланишлар шуни кўрсатдики реципиенларда операция олди даврида гемоглобиннинг ўртача кўрсаткичи Hb 90±2г/л эканлиги, шулардан: 10,3% ҳолатда (n=10) Hb<70г/л, 34% ҳолатда (n=33) - Hb=90-70г/л, 36,5% ҳолатда (n=35) - Hb=110-90 г/л, фақатгина 19,5% ҳолатда (n=19) Hb>110г/л эканлиги аниқланди. Бунда беморларда RBC=3,06±0,07×10^{12}/л, Ht=25,3±0,46%, MCH=30,8±2,1пг/ер, MCHC=37,3±1,8г/дл, MCV=82,5±3,4 фл. кўрсаткичлари кузатилди. Реципиентларда шамоллаш маркери С-реактив оқсил (С-РО) - 28,2±3,1 мг/л, ушбу меъёрдан 7,9 марта ошган; лейкоцитлар сони (WBC) 5,53±0,2×10^9/л, нейтрофиллар - 65,3±0,62%, лимфоцитлар - 26,4±1,1% эканлиги аниқланди. Яллиғланиш жараёнининг аниқ номоён бўлмаганлигига сабаб операцияга тайёрлов босқичида қисман бартараф етилганидир. Реципиенларда бикарбонат (HCO3) нинг концентрацияси 39,2% ҳолатда (n=38) жуда паст, яъни 16-18 ммоль/л, 27,8% ҳолатда (n=27) - 18-20 ммоль/л, 29,9% ҳолатда (n=29) - 20-22 ммоль/л ва фақатгина 3,1% ҳолатда (n=3) - 22-24ммоль/л эканлиги кузатилди. Шунинг билан биргаликда ишқорларини етишмаслиги - BE 65% беморларда (n=63) -6,1 дан камлиги (-6,1 дан -12,3 гача), 35% беморларда еса (n=34) –2,1 дан -6,0 гача оралиқдалиги кузатилди. pCO2 88,65% ида (n=86) - 35 мм сим уст.дан паст эканлиги, 9,28% ида (n=9) - 23,7-19,9 мм сим уст оралиғида эканлиги, фақатгина 2 та беморда pCO2 40,1 ва 38,9 мм сим уст кузатилди. HCO_3 ва гемоглобиннинг ўртача тўғри корреляцион алоқадорлиги аниқланди (r=+0,35); гемоглобин ва гемодиализнинг давомийли ўртасида тескари кучсиз коррелиоцион алоқадорлиги аниқланди (r= -0,25). Аниқландики яллиғланишли анемия гепсидин синтези билан боғлиқ бўлиб, гепсидин Fe^{+2}ни макрофаг, гепотоцит ва энтероцитлар ичида блокланишига олиб келади. Бундан ташқари гепсидин ИЛ-6 ни, ИЛ-6 еса С-РОни синтезини кучайтиради. Хулоса. Яқин қариндошлар орасидаги буйрак трансплантациясияси операциясини ўтказган реципиентларда операциягача бўлган даврда метаболик ацидоз ва яллиғланишли анемия ўзаро боғланган бўлиб, яллиғланишли анемиянинг ошиши метаболик ацидоз янада кучлироқ номоён бўлишига таъсир қилади. Бу эса ўз навбатида периоператив ва операциядан кейинги даврда реципиентнинг умумий аҳволига ўз тасирини кўрсатиши мумкин.

КОМПЮТЕР МОНИТОРЛАРИДАН ТАРҚАЛАДИГАН НУРЛАРНИНГ КЎРИШ МАЙДОНИГА ТАЪСИРИ

Лутфуллоев А.Х. Фармация факултети 1- курс 102 гуруҳ талабаси,

Солиева Г.Р. Олий ҳамширалик иш факултети 3- курс 304 гуруҳ талабаси

СамМИ физиология ва патологик физиология кафедрасининг мудири т.ф.д., доцент Самиева Г.У.

Илмий раҳбар: Нуримов П.Б.

Ўқувчиларнинг 2 соат компютерда ишлаш жараёнида кўзнинг акомодация тизимида ва рецептор текислигида турли хил зўрикишлар юзага келиб кўриш майдонини ўзгаришларни келтириб чиқаради. Текшириш натижалари: Бу жараёнларни ўрганиш мақсадида асосида нормал ҳолатдаги ўнг ва чап кўзининг юқори, пастки, ички ва ташқи чегаралари яъни кўриш майдони хона ҳарорати 18 С, ёритилиш даражаси 1:4 (хона полининг дераза сатҳига бўлган нисбати) нисбатдаги шароитда яъни оптимал шароитда, кўриш ўткирлиги 1 га тенг бўлган, нормал физиологик ҳолатдаги 3 та талабаснинг ўнг ва чап кўзида кўриш майдони аниқланди ва нормал ҳолатдаги натижалар олинди. Бу ерда битта талабага компютерда матн териш топшириғи топширилгандан 10 минут ўтгач 2 чи талабага ҳам 10 минутдан сўнг, 3 чисига ҳам худди шундай вақтдан сўнг топшириқ берилади, чунки бир талабанинг кўриш майдонини Периметрда аниқлаб натижаларни қайд қилгунча 10 минут вақт сарфланади. Юқоридаги кўриш майдонининг нормал кўрсатгичлари олингандан сўнг, олдимизга қуйилган иккинчи вазифани бажаришга киришдик. Кузатишларимизни ўтказиш учун талабаларнинг учаласи ҳам компютерда 1 соат вақт давомида матн териш буюрилди, талабаларнинг ишни бажариш тартиби юқоридаги тартиб бўйича амалга оширилди. Белгиланган вақт тугагандан сўнг ҳар бир талабанинг кўриш майдони аниқланди. Олдимизга қуйилган учинчи вазифани бажаришимиз учун ҳам олдинги текширишларимиз ўтказилган 3 та талабаларда, юқорида кўрсатилган оптимал шароитларда бажарилди, албатта талабаларда ҳамма кузатишлар бир вақтда ўтказилмасдан учала кузатишларимиз 3 кунда ўтказилди. Компютер қаршисида 3 соат ишлагандан сўнг ўнг ва чап кўзнинг кўриш майдонини Периметр қурилмаси ёрдамида аниқлаш тартиби ҳам юқоридагилар сингари амалга оширилди. Хулоса: Олинган маълумотлар асосида шуни айтиш мумкинки компютер мониторидан тарқалаётган ҳар хил тўлқин узунликдаги ёруғлик нурлари таъсирида узоқ муддат ишлаганда кўзнинг кўриш майдонини маълум даражада қисқаришига олиб келар экан.

ВАРИКОЦЕЛЛИНИ ТУРЛИ ХИРУРГИК ДАВО УСУЛЛАРИДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАР

Маликов Н.М., СамМИ Педитария факультети 413-гуруҳ талабаси

Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (каф. муд. – доц. Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: асс. Тоиров А.С.

Ҳозирги вақтда уруғ тизимчаси варикоз кенгайган веналарини бартараф қилишнинг 100 дан ортиқ хирургик усуллари мавжуд. Шунга қарамасдан аниқ бир хирургик усулда даволаш ишлаб чиқилмаган. Ишнинг мақсади: Уруғ тизимчаси варикоз кенгайган веналарини ҳар хил хирургик усулда коррекция қилингандан кейинги яқин ва узоқ натижаларни таққослаш. Материаллари ва усуллари: Варикоцелли ташҳиси билан 2015-2018 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасида 265 та беморлар хирургик даволанган. Даволанган беморлар 3 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ 78 та (29.4%) беморга лапороскопик усулда варикоцелли коррекция килинди. 2-гуруҳ (41,9%) беморда Мармар усулда варикоцелэктомия бажарилган. 3-гуруҳ 76 та

(28,7%) беморда Иванисевич операцияси бажарилган. Бу беморлар динамик кузатувда бўлишди. Операция бўлган 265 та бемордан 193 бемор яқин ва узоқ (3,6,12 ой) кузатувда бўлди. Бунда операциядан кейинги асоратлар, рецидивлар ва беморларнинг эякулятидаги ўзгаришлар таққослаб борилди. Текшириш натижалари: Кузатиш давомийлиги 3-48 ойгача ўртача 12 ойни ташкил қилди. беморларнинг ёши 16-40 ёшгача, ўртача 19 ёшни ташкил қилди. Икки томонлма варикоцелли 14 та (5,3%) беморда аниқланди. Фақат ўнг томонлама варикоцелли 2 та (0.8%) беморда кузатилди. Бошқа клиникада бажарилган Иванисевич операциясидан кейинги рецидив 13 (4,9%) беморда кузатилди ва 5 таси Мармар усулида ва 8 таси лапороскопик усулда операция қилинди. 83 (31,3%) беморда патоспермия аниқланган. 1 гуруҳда 28 (23,2%), 2 гуруҳда 31 (25,7%), ва 3 гуруҳда 24 (19,9%). Операциядан кейин консерватив даволаш натижасида спермограмма кўрсатгичлари яхшиланди. Хулоса: Кузатишлардан кўриниб турибдики лопороскопик варикоцелэктомия яхши клиник кўрсатгичларга эга бўлди. I тип гемодинамик ўзгаришларда иванисевич усулида операция қилиш мақсадга мувофиқ. II тип гемодинамик ўзгаришдаги варикоцеллида Мармар операциясини қўллаш мумкин. Қайси типда бўлишидан қатъий назар лапороскопик варикоцелэктомия мақсадга мувофиқ деб топилди.

КАТАРАКТА: ШАХСАН СИЗНИ КУТМОҚДА

Муротов А.З., дав.факултети 2 курс талабаси

Клиник анатомия кафедраси (кафедра мудири.-проф. Усманов Р.Ж.) ТТА

Илмий раҳбар: т.ф.д. Адилбекова Д.Б.

Катаракта – бу кўз гавҳарининг ёшга боғлиқ ҳолда қисман ёки тўлиқ хиралашуви ва зичлашишидир. Касаллик катта ёшдаги одамлар ўртасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради. Статистик малумотларга кўра ҳар йили дунё миқёсида 25 млн.дан ортиқ кишилар катаракта касаллигини бошидан кечиришади. Бутун дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти хабарига кўра катаракта касаллиги 70-80% ҳолларда 70 ёшдан ошган одамларда ривожланади. Шу боис, катаракта кекса ёшдаги одамлар касаллиги ҳисобланади. Бундан ташқари катаракта касаллиги нафақат кекса ёшдаги, балки меҳнатга лаёқатли 40-45 ёшдаги кишиларда ҳам учрашини кузатмоқдамиз. Бу касаллик 75 ёшдаги 30% эркакларда, 45% аёлларда, унданда ёши улуғ кишидарда 90% ҳолатларда учрайди. Базан эса ёшларда ҳам учрайди, масалан 6% ҳолатларда туғма катаракта(10000 дан 3 тасида), 4% ҳолатларда кўз олмасидаги турли жароҳатлардан сўнг. Ёшга доир катаракта одам организмидаги қариш жараёнлари билан боғлиқ ўзгаришлар билан бирга кечади, шунинг учун бу касалликка вақти-соати билан барча инсонлар дуч келишади. Кўз гавҳарининг хиралашиши унинг биокимёвий таркибининг ўзгариши, айниқса унинг таркибидаги оқсилларнинг денатуратсияси туфайли юзага келади, катаракта ривожланишининг сабаблари турличадир. Буларга одамлардаги кекса ёш, умумий касалликлар (қандли диабет, галактоземия), атроф-муҳитнинг номақбул зарарли омиллари, бази дори воситаларининг истемоли, кўз олмасининг турли шикастланишлари киради. Соғлом кишиларда кўз гавҳарининг 60-65% ни сув ташкил этади. Ёш улғайиши билан бу сувнинг миқдори камайиб боради ва 60-70 ёшларда кўз гавҳари бутунлай аккомодация хусусиятини ёқотади, яъни эластиклиги камайиб, қаттиқлашиб тобора ўз рангини ўзгартириб боради. Одам организмидаги вазифа ўзгаришлари нуқтаи назаридан оладиган бўлсак – бу ўзгаришларнинг барчаси табиий жараёндир. Шунинг учун катаракта касаллигидан ҳеч бир инсон кафолатланмаган. Беморлар шифокорга кўриш ўткирлигининг аста-секин пасайиб бораётганидан мурожаат қилишада. Офтольмологлар беморларга касаллиги тўғрисида ва тезда даво чораси тўғри кўрсатилмаса қандай оқибатларга сабаб бўлишини тушунтиришади. Агар бемор бунга беэтибор бўлса кўз гавҳари тобора янада хиралашиб, янада қаттиқлашиб, бу эса оқибатда кўзнинг умуман кўрмай қолишига сабаб бўлади. Кейинчалик эса гавҳар гидратацияга учраб ҳажми катталашади бу эса кўз ички босимининг ошишига-Глаукомага олиб келади. Касалликдан халос бўлишнинг ягона энг самарали йўли бу хирургик операция, яъни хиралашган гавҳар олиб ташланиб унинг ўрнига сунъий интраокуляр линза имплантациясидир. Сунъий интраокуляр линза вазифаси жиҳатдан табиий кўз гавҳарига максимал даражада яқин ва қўйилгандан сўнг ҳеч қачон хиралашмасдан ўз вазифасини бажаради. Дунё миқёсида 1 йилда 20 млн.дан ортиқ беморларда катаракта туфайли жарроҳлик амалиёти ўтказизилади ва шу билан улардаги кўриш ўткирлиги қайта тикланилмоқда. Катаракта жарроҳлигининг бир неча турларидан фойдаланилади, шулардан 1) Катарактанинг экстракапсуляр экстраксияси 2) Катарактанинг интракапсуляр экстраксияси 3) Катаракта факоэмульсификацияси. Ҳозирги кунда энг самарали ва хавфсиз ҳисобланувчи, дунёга машҳур усул бу – катаракта факоэмульсификацияси (ультратовушли). Бу усул кўпгина афзалликларга эга бўлиб: кам шикастли, беморларга наркоз берилмайди, оғриқ ҳисси сезилмайди, тезкор(15 дақиқа), кўзга чок тушиш зарурати йўқ, яхши натижалар, тезкор қайта тикланишлар ва бошқалар. Кўпгина беморлар жарроҳлик амалиётидан сўнг бир неча соат ўтгач уйига, ўз одатий ҳаёт тарзига кўрув ва жисмоний чекловларсиз қайтишади.

КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИНИНГ ЦЕРВИКАЛ ИНТРОЭПИТЕЛИАР НЕОПЛАЗИЯ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ АҲАМИЯТИ

Муҳаммадиева М. К., Сам ТИ 2 курс магистратура резиденти, Сафарова Л.А., врач-кольпоскопист

Кафедра: Акушерлик ва гинекология ФПДО (за.каф. – доцент Сафаров А.Т.)

Илмий раҳбар: доцент Сафаров А.Т.

Тадқиқотнинг мақсади: CIN I нинг ривожланиш турларини аниқлашда колпоскопик, цитологик, гистологик текширувлар ҳамда ВПЧни аниқлашда ПЦР методининг аҳамиятини баҳолаш. Тадқиқотнинг материал ва методлари: Биз бачадон бўйни эпителийсида визуал ўзгаришлар аниқланган 40 нафар аёлни текширувдан ўтказдик. Уларни Папаниколау бўйича цитологик текширув натижаларига кўра 2 гуруҳга ажратдик: I гуруҳда- 20 нафар бемор LSIL (CIN I) билан. II гуруҳда - 20 нафар бемор HSIL (CIN II) билан. Назорат гуруҳини эса 33 нафар ёши ва соматик кассаликлари юқоридаги 2 та гуруҳга мос келадиган шартли соғлом аёллар ташкил этди. Тадқиқот методлари: анамнестик ва эпидемиологик маълумотларни ўрганиш; Умумий ва гинекологик кўрик; Вирусологик текширувлар- юқори активликка эга бўлган ВПЧнинг юклама миқдорини аниқлаш; Микробиологик текширувлар, Папаниколау бўйича цитологик текширувлар, оддий ва кенгайтирилган калпоскания, бачадон бўйни биоптатларини гистологик текшируви Олинган натижалар: Вирусли юклама натижасига кўра клиник аҳамиятга эга бўлган вирусли юклама I гуруҳда 58%, II гуруҳда эса 44.4%. Клиник жиҳатдан камроқ аҳамиятга эга вирусли юклама I гуруҳга 40%, II гуруҳда эса 55.6%. Шунга кўра энг кўп вирусли юклама HSIL билан назоратга олинган ва қўшимча равишда қин биоцинозида бузилишлари бўлган аёлларда купрок кузатилди. Микробиологик текширув натижалари ва тўпланган анамнестик маълумотларга кўра бактериал вагиноз ва CIN ўртасидаги боғлиқликни қуйидагича тушунтириш мумкин: бактерялар ўзидан нейтрозамин модасини ишлаб чиққаришади бу эса ўз навбатида ВПЧ билан баргаликда неопластик трансформациянинг ривожланишида кофактор бўлиб иштирок этади. Кольпоскопия текширувларини ўтказиш жараёнида ҳам кольпоскопик ўзгаришлар кўпроқ қин бўшлиғи биоциози бузилган аёлларда учради Хулоса: Шундай экан, кольпоскопик, цитологик, гистологик текширув усуллари, шунингдек ВПЧни аниқлашда ишлаталадиган ПЦР усули ЦИНнинг асосий ривожланиш вариантларида ўтказиладиган даво муоложларининг самарадорлигини назорат қилиб турадиган асосий диагностик усуллар бўлиб ҳисобланади.

ДИАБЕТИК ПАНЖА СИНДРОМИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ

Нарзуллоев Ш.Ш., I курс магистратура резиденти,

Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (каф. муд. – доц. Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.д. проф. Абдуллаев С.А.

Диабетик панжа синдроми – қандли диабет касаллигида периферик асаб, артериал ва микроциркуляция тизимини жароҳатлаб суяк-бўғин ҳамда юмшоқ тўқималарда йирингли некротик ҳолатнинг пайдо бўлишидир. Ишнинг мақсади: Диабетик панжа синдроми ва унинг асоратларидаги метаболик ўзгаришларни даволаш усулларини такомиллаштириш. Ишнинг материали: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли хирургия

бўлимда даволанган 71 бемор устида кузатув олиб борилди. Эркаклар 45, аёллар 26. Қандли диабет I тип 6 та ва 65 беморда II типи аниқланди. Қуруқ некроз-36%, ҳўл некроз-64% беморларда аниқланди. Нейропатиянинг ривожланишида метоболик ва томирлар етишмовчилиги асосий сабаблардан ҳисобланади. Диабетик нейропатия 68% беморларда аниқланди. Диабет касаллигидаги ишемик ва микроциркулятор ўзгаришларни аниқлашда клинико-лабаратория, ультратовушли доплерография, ренгенография ва айрим ҳолатларда КТ дан фойдаландик. Беморларни хирургик даволашда тўқималардаги йирингли некротик ҳолатнинг чуқурлигини, оғирлик даражасини ва метаболик ўзгаришларни ҳисобга олдик. Жароҳатнинг чуқурлиги 1-даражаси -6 та, II-8, III- 48, IV- даражаси 12 беморда кузатилди. Беморларнинг физиологик талабини таъминлашда асосий масала макро ва микро нутриентлар етишмовчилигини табиий ва сунъий (парентерал) йўллар билан амалга ошириш мумкин. Бунда витамин- минераллар комплексини тўғри танлаш ва биоактив қўшимчаларни ишлатиш яхши клиник ўзгаришларга олиб келмоқда. Диабетнинг асоратларини даволашда реологик препаратлар, спазмолитиклар, дезагрегантлар, антикоагулянтлар ва витаминлар комплексини қўлладик. Маҳаллий даволашда оёқ панжаларини ишемик ҳолатдан чиқаришда мойли боғламлар билан некролитик ферментларнинг қўлланилиши муҳим ҳисобланади. Ампутация сатҳини аниқлашда беморлардаги клиник белгилар, некроз бўлган тўқималарнинг ҳажмига, рентгенологик ва доплерография натижаларига асосландик. Биринчи этапда енгиллаштирувчи кесмалар қилинди ва иккинчи этапда ампутация сатҳи аниқланиб ўтказилади. Этаплар орасида биз беморлар аҳволини стабиллашга, оёқ панжаларини критик ишемиядан чиқардик ва йўлдош касалликларини компенсация ҳолатига олиб келдик. Хулоса: Диабетик панжа синдромини даволашда маҳаллий некролитик ферментларнинг, этапли хирургик даволаш ва комплекс парентерал муолажаларнинг қўлланилиши яхши самара беради.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Сайитқулова Г. – СамМИ Педиатрия факультети 610-гуруҳ талабаси

Маҳмудов С.Б., II курс магистратура резиденти, Ахмедов А.И.СамМИ кафедра ассистенти

Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (каф. муд. доц. Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. доцент Бабажанов А.С.

Бугунги кунда қалқонсимон без патологияларида медикаментоз терапия самараси нотўлиқ бўлиб, консерватив даводан сўнг тиреоид тўқималардан тугунли ҳосилаларнинг стабил равишда ўсиши кузатилмоқда. Бу эса қалқонсимон без яхши сифатли касалликларининг хирургик даволашга кўрсатмаларнинг афзаллигини белгиламоқда. Аммо бу патологияда операцияларнинг адекват ҳажмини танлаш охиригача тўлиқ ечимини топмаган муаммолардан биридир. Илмий иш мақсади: Қалқонсимон без яхши сифатли касалликлари билан оғриган беморларни операциядан сўнгги асоратлар профилактикаси ва хирургик даволашни такомиллаштириш. Текшириш материаллари ва усуллари: 2017-2018 йилларда Самарқанд ШТБ хирургия бўлимида даволанган 122 та тугунли бўқоқ билан оғриган беморларни таҳлил қилдик. Барча беморлар оператив даволанган. Шу беморлардан 52 таси кўп тугунли ва 70 таси бир томонлама тугунли бўқоқ билан оғриган беморлардир. Жами беморларнинг 71,3% ни аёллар ва 28,7%ни эркаклар ташкил қилади. Барча беморлар клиник ва лаборатор, ҳамда қалқонсимон безни УТТ, пункцион биопсия, 27 та беморда бўйин соҳаси МСКТ, 11 та беморда эса бўйин соҳаси МРТ, 6 та беморда сцинтиграфия текширувлари қилинди. Текширишнинг натижалари: Операциялар косметик жиҳатдан қулай бўлган Кохер кесмаси бўйича амалга оширилди. Барча беморларда қалқонсимон без субфасциал мобилизация қилинди ва қуйидаги операциялар ўтказилди. Қисман ўзгартирилган субтотал резекция- 24 та(19,8%) беморда бажарилди. Бунда иккала бўлакда ҳам 6-8 гр гача тиреоид тўқима қолдирилади. Гемитиреоидэктомия – 67 та (54,9%) беморда бажарилди. Бунда битта бўлак тўлиқ олинади, иккинчи бўлак қолдирилади. Қалқонсимон безнинг бўйинча қисми билан субтотал резекцияси -18та (14,8%) беморда бажарилди. Бунда қалқонсимон без иккала бўлаги ва бўйинча қисми билан тўлиқ олиб ташланади. Иккала томондан 10-12 гр гача тиреоид тўқима қолдирилади. Қалқонсимон без иккала бўлаги субтотал резекцияси-13 та (10,2%) беморда бажарилди. Бунда қалқонсимон без иккала бўлаги олиб ташланади. Иккала томондан 6-8 гр гача тиреоид тўқима қолдирилади. Ретротрахеал ва ретростернал жойлашган тугунларда Кохер бўйича кесма бўйин терисининг пастки бурмаси мўлжал қилиб олинди. Шу сабабли операция вақтида техник қийинчиликлар кузатилмади. Қалқонсимон безнинг яхши сифатли патологияларида операция ҳажмини тўғри танлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёти учун хавфли бўлган асоратлар кузатилиши мумкин. Бундан ташқари операциядан кейинги даврда қалқонсимон безнинг нормал фаолиятини сақлаб қолиш ва гипотреознинг олдини олиш мақсадида қалқонсимон безнинг соғлом тўқимасидан керакли ҳажмда қолдириш лозим. Операция вақтида қалқон олди безининг пастки ва юқориги қутблари тўлиқ визуализация қилиниб, қалқонсимон без резекциялари бажарилди. Беморларда операциядан кейинги асоратлар кузатилмади. Операциядан кейинги даврда беморлар актив назорат остида олиб борилди. Хулоса: Қалқонсимон без тугунлари ретростернал ёки ретротрахеал жойлашганда операцион кесмани туғри танлаш операция техник қийинчилик туғдирмайди. Операция вақтида қалқон олди безларининг жойлашган ўрни ва атрофдаги магистрал қон-томир ва нервларнинг анатомик жойлашишига қатъий эътибор қаратиш ва гипотиреознинг олдини олиш мақсадида қалқонсимон безнинг бир ёки иккала бўлаги соғлом қисмидан 4-8 г миқдорда қолдириш лозим.

БОШ МИЯ ЭХИНОКОККОЗИДА МИКОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Сатторов Ҳ.А., СамТИ даволаш факультети 524-гуруҳ студенти

Норқулова М.Н., СамТИ даволаш факультети 208-гуруҳ студенти

Нейрохирургия курси (курс мудири – т.ф.д., профессор Мамадалиев А.М.)

Илмий раҳбарлар: т.ф.д., доцент Шодиев А.Ш., Ph.D., ассистент Алиев М.А.

Эхинококкоз билан зарарланиш кейинги пайтларда аҳоли ўртасида тобора ўсиб бормоқда. Ўрта Осиё мамлакатларида, жумладан Ўзбекистон, Қозоғистон ва Қирғизистонда бош мия эхинококкози (БМЭ) 1:240000 кишига нисбатан кузатилиб, бош миянинг ҳажмли касалликларига нисбатан олганда қайталаниш 23% ни, асоратлар қўшилиб ўлим қайд этилиши 17% ташкил этади. Статистик маълумотларга кўра бош миянинг эхинококкози барча орган паразитар касалликларига нисбатан олганда ўртача 2-4% ни ташкил қилади. Эхинококк диагностикаси учун бугунги кунда клинико-неврологик, нейрорентгенологик (КТ, МРТ) усуллар кенг қўлланилишига қарамасдан бош миянинг эхинококк касаллиги диагностикаси мураккаблигича қолмоқда, чунки 4-8% ҳолларда диагностик хатоликлар кузатилиб, операциялар вақтида абсцесс ва кистозли ҳосилалар учрамоқда. Адабиётларни ўрганиш давомида бош мия эхинококк касаллигида орқа мия суюқлигида микологик текширишлар ўтказилмаганлиги маълум бўлди. Келтирилган долзарб муаммоларни ҳисобга олиб, ишнинг мақсади ликворда Paecilomyces замбуруғининг (Р.З) P. variotii ва P. viridis турларини аниқлашдан иборат бўлиб, унинг – эндоспор, ёш ва етук сферулларини ажратишдир. Илмий изланишларимиз бош мия эхинококк касаллигида орқа мия суюқлигидаги микологик текширишлар натижаларини таҳлил қилиш тарзида олиб борилди. Илмий изланишларимизда СамМИ нейрохирургия клиникасида 2005-2018 йиллар давомида бош мия эхинококк касаллиги бўйича оператив даволанган 24 та асосий гуруҳ беморларининг ва бош миянинг бошқа касалликлари билан оғриган 31 нафар назорат гуруҳи беморларининг ликвори микологик текширишлари натижаларини таҳлил қилдик. Ишнинг бажарилиши услуби қуйидагича амалга оширилди – люмбал пункция қилингач, ҳар бир бемордан 5,0 мл миқдорда ликвор, оғзи берк ҳолда тутиладиган стерил пробиркага олиб, уни тенг иккига бўлиб, 2 та стерилланган таркиби 5,0 мл гепаринли 199 муҳитдаги пробиркаларга қуйилади. 1-пробиркадаги патологик материал олингандан сўнг, 15-20 минутда 80-400 марта катталаштирадиган ёруғлик микроскопида текширилди. Препарат кўрилгандан сўнг хона ҳароратида сақланади, кейинчалик юқорида келтирилган турларига қараб, 2 ва 18 соатдан сўнг мицелийлар ўсиши кузатилади. Иккинчи пробиркадаги материал хона ҳароратида гепаринли 199 муҳитда 18-24 соат давомийлигида инкубация қилинади, сўнгра 1,5 мл дан ликвор олиниб, 3 та Петри косачасига юпқа

қилиб суркалади ва агарли муҳитда хона ҳароратида экилади. Колонияларнинг ўсиши 4-7 суткадан бошлаб қайд қилинади. Бош миянинг эхинококкози билан касалланган беморларда цереброспинал суюқликни (ЦСС) микроскопик текшириш асосида кўрув майдонида 6-20 тагача Р.З нинг топилиши аниқланди. Шу нарса эътиборлики, ЦСС таркибида Р.З фақатгина E.hominis билан зарарланган беморларда, яъни киста таркибида қиз пуфакчалар бўлиши билан бир қаторда набирали пуфакчалар ҳам ўрин тутадиган ва E.veterinorum билан касалланганганларда – киста таркибида тирик эхинококк учун хос бўлган протосколекслар аниқланадиган паразит турларида кузатилди. Эхинококкнинг E.ecephalocysticus тури билан касалланганларда киста таркиби фақатгина суюқликдан иборат бўлади ва уларда Р.З аниқланмади. БМЭ билан касалланган беморларда қон таркиби текширилганда Р.З нинг 1 мкл да 34±1,42 (нормада 1 мкл 3-6 минг) юқори даражада учраши кузатилди. Назорат гуруҳидаги бу кўрсаткич 23±1,22 миқдорда эканлиги аниқланди. Шу тариқа, ликворни микологик текшириш асосида Paecilomyces замбуруғининг топилиши БМЭ ларнинг диагностикасида аҳамиятли эканлиги аниқланди. Хулоса қилиб айтганда, БМЭларга операциядан кейинги даврда замбуруғга қарши препаратларнинг ишлатилиши септик асоратларнинг камайишига, жароҳатнинг эрта битишига, беморларнинг стационарда даволаниш муддатининг қисқартирилишига олиб келади.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БЕМОРЛАР ХИРУРГИК ДАВОСИ

Тураева М., СамМИ Педиатрия факультети 504-гуруҳ талабаси,

Худайназаров Ў.Р., Ахмедов Г.К.СамМИ кафедра ассистентлари

Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (каф. муд. – доц. Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. доцент Бабажанов А.С.

Ҳозирги замонавий хирургиянинг ривожланишига қарамасдан ўткир холецистит ва жигар циррози бирга кузатилган беморларнинг хирургик давоси тизимли гомеостаз бузилишлари ва бемор умумий аҳволининг оғирлашуви каби бир қатор асоратлар кузатилганлиги сабабли долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Мақсад: Ўткир холецистит ва жигар циррози бирга кузатилган беморларнинг хирургик давосини такомиллаштириш. Текшириш материали ва усуллари. Бизнинг кузатувимиз остида Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонаси умумий ва эндохирургия бўлимларида 2015-2018 йиллар давомида ўткир холецистит ва жигар циррози бирга кузатилган 65 нафар беморлар текшириш ва даволаш натижалари киритилган. Беморларнинг ўртача ёши 28 дан 74 гача бўлиб, ўртача 36-37 ёшни ташкил қилади. Беморлар ичида эркаклар 21(32,3%) та ва аёллар 44 (67,7%) нафарни ташкил қилган. Жигар циррози билан касалланиш давомийлиги ўртача 3,3±0,7 йилни ташкил қилди. Жигар циррози оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида биз ҳалқаро Child-Pugh классификациясидан фойдаландик. Беморларнинг 42 (64.6%) нафарига (асосий гуруҳ) лапароскопик холецистэктомия бажарилган бўлиб, қолган 23 (35,4%) беморга (назорат гуруҳи) лапаротомик холецистэктомия бажарилган. Текшириш натижалари. Кузатилишлар натижаларига кўра барча беморларга оператив даво кўрсатмалари тўғри қуйилган. Асосий гуруҳдаги беморларга барча операциялар умумий эндотрахеал наркоз остида ўтказилган бўлиб, “Karl Storz” (Германия) фирмаси аппаратуралари асосида олиб борилган. Операция қилинган беморларда ўткир холециститнинг 21 (50%)тасида катарал шакл, 14 (33,3%) беморда флегмоноз ва қолган беморларда (4(9,5%)) гангреноз холецистит кузатилган. Операция вақтида 3 нафар беморда ўт пуфаги ётоғидан қон кетиши кузатилиб, ўз вақтида тўхтатилган. Операциядан кейинги даврда иккита беморда дренаж най орқали ўт оқиши кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларда асосан анъанавий лапаротомик кесма орқали холецистэктомия бажариган бўлиб, шулардан 3(13%) нафарида ўт оқиши ва операцион жароҳат йиринглаши каби асоратлар кузатилди. Хулоса. Юқоридаги кузатишлардан кўриниб турибдики, ўткир холецистит ва жигар циррози бирга кузатилган беморларда оператив тактикани танлашда кўпроқ лапароскопик усуллардан фойдаланиш маъқулроқ бўлиб, бу операция вақтини камайтириб, интраоперацион қон кетишни камайтиради ва операциядан кейинги асоратларни камроқ учрашига олиб келади.

ЖАРРОҲЛИКДА ДИАБЕТИК ГАСТРОПАТИЯ

Уралова Д.Э., АДТИ даволаш факультети 6- курс талабаси

Илмий раҳбари факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси кафедра мудири профессор Джумабаев Э.С.

Илмий раҳбари: Суюнов Д.М.

Қандли диабет тиббиётнинг долзарб муммоларидан бири бўлиб, турли аъзо ва системаларда патологик ўзгаришларга сабаб бўлади, масалан макро ва микроангиопатия, диабетик ретинопатия, нефропатия, полиинейропатия кабилар. Шу билан бирга диабетик гастропатия ҳам қандли диабетнинг асорати сифатида шакланади. Диабетик гастропатия симптомлари асосида ошқозон маторикаси ва секрецияси бузилиши бўлиб, буларга эрта тўйиш сезгиси, эпигастрал соҳада овқатдан кейин дискамфорт ёки оғирлик ҳисси, кўнгил айниш ёки қайт қилиш. Баъзи ҳолатларда диспептик белгилар ошқозон маторикаси бузилиши мос келмаслиги мумкин ҳеч қандай шикояти йўқ қандли диабет билан оғрувчи беморлар текширилганда ошқозонни эвакуация функцияси сезиларли даражада камайганлигини кўриш мумкин. Қандли диабаетнинг I тури билан хаста беморлар ўртасидаги текширишлар шуни кўрсатадики уларнинг шикоятлари диспептик бузилишлардан кўра ич қотиш ва ўт йўллари касалликларига бўлиб, n.vagus нейропатияси натижасида уни сезувчанлиги камайиши билан тушинтирилади. Қандли диабет II тур беморларда аксинча диспептик бузилишлар ва диарея устунлиги аниқланган устунлигини кузатилган. Юқоридаги статистик маьлумотлар асосида гастроинестинал бузилишлар қандли диабает босқичига боғлиқ эмаслигини билиб олиш мумкин. Даволаш тактикасини танлаш: Патогенетик даволашда Протон помпаси ингибиторлари, гастропротекторлар ва прокинетиклар қилинади. Шу билан бирга H.pylori мавжудлигини ҳисобга олсак уреаза ферменти таъсирида мочевана амиака айланади шу аммоний хлорид ҳосил бўлиб ошқозон ва 12 бармоқли ичак деворига агрессив таъсир кўрсатади. Юқоридаги жараённи ҳисобга олиб антибактериал терапия ва Дюфалакни камбинациялашган ҳолда қўланса этиопатогенетик даво самараси юқори бўлади. Чунки Дюфалак ортиқча аммиакни боғлаб олиб агрессив таъсир кўрсатувчи аммоний хлорид миқдорини адекват камайишига олиб келади. Диабетик гастропатияни профилактикаси: Юқоридаги фикрларга асосланадиган бўлсак қандли диабет тури ва босқичидан қатий назар гастропатияни асоратларини олдини олиш мақсадида 1 йилда 2 марта профилактик даво ўтказиш тавсия этилади.

СОННИНГ БОШЧАСИНИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Усмонов О.А. магистратура резиденти, Муродов Ў.Қ. клиник ординатор СамМИ

Травмотология ва ортопедия кафедраси (кафедра мудири - доцент Пардаев С.Н.)

Илмий раҳбар: доцент Ибрагимов С.Ю.

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда чаноқ-сон бўғими патологиялари ўртасида энг кўп учрайдигани сон суягининг бошчасини остеохондропатияси ҳисобланади. Кейинги йилларда адабиётларда бу патологияни йилдан-йилга кўпайиб бораётгани кўрсатилмоқда (Грибова И.В., 2008; Соколовский О.А., 2010; Барсуков Д.Б., Камоско М.М., 2014; Лысиков В.А., 2017, ва бошқалар). Бу оғир патология ҳисобланиб, агар ўз вақтида эрта босқичларда аниқланиб даволанмаса беморларни ногиронликка олиб келади. Касалликни 1910 йилда биринчи марта ажратилиб кўрсатилганидан ҳозиргача унинг сабабларини аниқлаш, даволаш усулларини танлаш муаммо бўлиб қолмоқда. Биринчи вақтларда олиб борилган консерватив даволаш усуллари узоқ муддатларга (2,5-5 йиллар) давом қилишга қарамай касалликнинг кейинги босқичларида 40-80% беморларда сон суягининг бошчасини деформацияси ва коксартроз билан тугалланмоқда (Андрианов В.П. ва бошқалар 1987; Соколовский О.А.2010; Лысиков В.А, 2017,). Кейинги вақтларда хирургик даволаш усулларини асосий ўринга чиқарилмоқда. Ишнинг мақсади: Болалар ортопедияси бўлимида бажарилган жарроҳлик усулларини самарадорлигини ўрганишдан иборат. Изланиш материали: Кейинги 10-йил давомида болалар ортопедияси бўлимида 302 та беморга сон суягини бўйинчасини

тунеллаш 40 (13,24%) та беморда, сон суягини бўйинчасини тунеллаб аутосуяк киритиш 167 (55,3%) та беморда, қон томир киритиш 55 (33,74%) та беморда, мушак киритиш 40 (13,24%) та беморда амалиётлари бажарилган. Булар касалликнинг II-III-IV босқичлари аниқланган беморлар бўлишган. Беморларга жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан кейин 1,5-2 ойга чаноқ-сон гипсли боғламаси қуйилган. Гипсли боғлама ечилгандан кейин оёқларида, мушак қисқаришини профилактикаси мақсадида ўз ўқи бўйича лейкопластирли тортма қуйилган, физиотерактик муолажалар ўтказилган ва қўлтиқ таёқлар ёрдамида, соғлом оёққа таяниб юришга руҳсат берилган. Операция қилинган беморларга оёққа босиб юришга 1,5-2 йилдан кейин руҳсат берилган. Операция ўтказилган 302 бемордан 163 тасида 5-10 йилдан кейин даволаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг 115 (70,55%) тасини ўғил болалар, 48 (29,445%) тасини қизлар ташкил қиладилар. Даволаш натижалари ўрганилган беморлар операциягача 6 ёшда 14 ёшгача бўлишган. Беморларга клиник ва рентгенологик текшириш усуллари қўлланилди. Беморларнинг 10 (6,1%) таси операция қилинган оёққа оқсаб юради, кунинг охирига бориб чаноқ-сон бўғимида оғриқ сезишади, 15 (9,21%) тасида соннинг сагиттал текисликда ҳар хил микдорда харакатнинг чегараланганлиги аниқланади, 14 (8,6%) та беморда соннинг ичкарига бураш ва фронтал текисликда харакатни чегараланганлиги кузатилади. Чаноқ-сон бўғимини рентгенография қилганда 22(13,5%) та беморда сон суяги бошчасининг ҳар хил деформациялари ва коксартроз белгилари аниқланди. 15 (9,2%)та беморда сон суягининг проксимал қисмини варусли ва вальгусли нуқсонлари аниқланади. Хулоса: 1. Юқоридагилардан кўриниб турибдики ўтказилган операциялар сон суяги проксимал қисмини анотомик ҳолатини ҳамма вақт ҳам тиклай олмайди. 2. Кўрсатилган нуқсонлар (46,5% беморларда) асосан тунеллаш, қон томир, мушак киритилган ва касалликнинг III-IV оғирлик даражаси билан оғриган беморларда кузатилди.

НООНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ АҲАМИЯТИ

Халилов И., СамМИ ДКТФ хирургия, эндоскопия, анестезиология ва реаниматология кафедраси клиник ординатори

(каф - мудири доцент, т.ф.н. Нарзуллаев С.И)

Илмий раҳбар: доцент,т.ф.н Ачилов М.Т.

Аҳоли ўртасида баъзи бир касалликлар узоқ вақт даволанишига қарамасдан, ёки керакли мутахассисга мурожаат қилмаганлиги оқибатида касаллик давомийлиги чўзилиб кетиш ҳоллари учраб туради. Кейинги вақтларда хавфли ўсма касалликларини даволашда ишлатиладиган рентгенотерапевтик аппаратларда бир қаторда ҳалқ орасида кенг тарқалган касалликларни ҳам даволаш йўлга қуйилди:-товон суяги пихи (пяточный щпора),турли хил дерматитлар, бўғим касалликлари, умртқалар остеохондрозлари ва бошқалар. Иш мақсади: Ноонкологик касалликлар билан оғриган беморларни даволашда рентген терапия усулини қуллашнинг афзаллиги. Манба: РИО ва РИАТМ Самарқанд филиалида 2012-2017 йиллар мобайнида 67 бемор РУМ-17 аппаратида рентгенотерапия муолажааларини қабул қилди. Барча беморлар тўлиқ клиник текширувлардан сўнг тор мутахассислар маслаҳатидан ҳам ўтказилди. Даво муолажаалари асосан амбулатор шароитда олиб борилди. Беморларнинг 58 нафарини(86,5%) товон суяги пихи касаллиги билан ва 9 нафарини эса бел умуртқалар остеохондрози ташкил қилади. Товон суяги пихи касаллиги билан оғриган беморлар РУМ-17 аппаратида РОД-1 гр дан кунаро СОД-6 гр, бел умуртқалари остеохондрози билан оғриган беморлар эса РОД.0.5 гр дан кун ора СОД-3 гр нуртерапияси қабул қилди. Натижа: Кузатувда бўлган 67 бемордан 51 (76,1%) нафарида касаллик белгиларининг тўлиқ йўқолиши кузатилди. Шу жумладан товон суяги пихи билан оғриган беморларнинг 43(74,1%) нафари ва бел умуртқаси остеохондрози касаллиги билан оғриган беморларнинг 8(88,8%) нафарида ижобий натижа кўрсатилди. Қолган беморларда, яъни 9 нафарида(13,5%) даво натижаси қисман наф берди ёки ўзгаришсиз қолди. Ушбу даво муолажалари ҳеч қанақанги қўшимча дори-дармонларсиз олиб борилди. Хулоса: Юқоридаги касалликларни даволашнинг бошқа усулларидан (жарроҳлик, физиотерапевтик) оддийлиги, беморлар учун қўлайлиги ва камхаражатлиги билан ажралиб туради. Беморлар давони амбулатор шароитда қабул қилиши мумкин, бундан ташқари қўшимча дори-дармонлар ишлатилишга ҳожат қолмайди.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ АМАЛИЁТИДА ИНТРОПЕРАЦИОН ДАВРДА БЕМОРЛАР ҲОЛАТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Холбеков Т.Б., СамМИ, педиатрия факультети 516-гуруҳ талабаси

Анестезиология ва реаниматология кафедраси (кафедра мудири - т.ф.д., доц. Матлубов М.М).

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи. Холбеков Б.К.

Офтальмология амалиётида аксарият операциялар қисқа вақтли бўлиб, операция ва анестезия хавфи ASA мезони бўйича II даражани ташкил қилади. Оғриқсизантириш одатда маҳаллий ёки комбинациялашган маҳаллий + вена ичи анестезияси усулларида олиб борилади. Трахея интубацияси орқали сунъий нафас беришга эҳтиёж бўлмайди. Беморлар ҳолати одатда чалқанча – ҳолда бўлиб, ассептик тўшамалар билан юз қисми тўлиқ бекитилган бўлади. Бу ҳолат беморларнинг нафас олишига қисман тўсқинлик қилади. Йўлдош касалликлари бор кекса кишиларда қисқа вақт бўлсада гипоксик ҳолат туфайли юрак-қон томир тизимида сезиларли даражада салбий ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Ишнинг мақсади: йўлдош касалликлари бор кекса ёшдаги беморларда офтальмология амалиётида нафас ва гемодинамик ўзгаришларини интраоперацион даврида ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва услублари. СамМИ клиникасининг офтальмология бўлимида 36 та турли хил йўлдош касалликлари билан беморлар икки гуруҳга бўлиниб ўрганилди. 20 та бемор асосий ва 16 бемор назорат гуруҳини ташкил қилди. Иккала гуруҳдаги беморларга ҳам операция маҳаллий + вена ичи анестезияси остида олиб борилди. 1-гуруҳдаги беморларга операция вақти бурун катетерлари орқали намланган 40% кислород 5-6 л/дақиқада бериб борилди, 2-гуруҳда эса оғриқсизлантириш кислородсиз ҳолда олиб борилди. Нафас ва юрак тизими кўрсаткичлари Тритон-электроникс МПР6-03 кардиомонитори орқали назорат қилиб борилди. Нафас кўрсаткичлари – нафас сони ва O_2 сатурациясининг ўзгаришларини таққослаш орқали, гемодинамик ўзгаришларни АБ (систолик ва диастолик), юрак уришлари сони ва ўртача артериал босим УАБ=($АБ_{сис}$+2$АБ_{диас}$)/3 формуласи орқали ўрганилди. Тадқиқот натижалари. 1-гуруҳдаги беморларда операция вақти нафас сони ва O_2 сатурацияси ўзгаришсиз операциягача (Нс:18-20, PSO_2: 95-96%) операция вақти (Нс:16-18, PSO_2: 96-97%). АБ операциягача140/90 мм.сим.уст., УАБ 101.8 мм.сим.уст., операция вақти 130/85 мм.сим.уст., УАБ 98.8 мм.сим.уст., бўлиб турди ва беморда объектив ва субъектив ўзгаришлар кузатилмади. 2- гуруҳдаги беморларда операция вақти нафас сони бошланғич кўрсаткичдан 12-12,5% га тезлашиб, PSO_2 сатурацияси 2-3% га камайди ва АБ 15-20 мм.сим.уст. га кўтарилиши кузатилиб, ўз навбатида УАБ ҳам бошланғич кўрсаткичдан 10-12% га кўтарилиши кузатилди. Хулоса: Интроперацион даврда кекса ёшдаги беморларга доимий бурун катетерлари орқали кислород инсуфляцияси уларда нафас ва гемодинамика меъёрлиги барқарорлигини таъминлади.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Холдаров Б.Х., АДТИ Тиббий-педагогика йўналиши 602-гуруҳ талабаси

Факультет ва госпитал хирургия кафедраси, (каф. муд. профессор Джумабаев Э.С.)

Илмий раҳбари кафедра ассистенти Хасанов Х.Х.

Долзарблиги: Эхинококкоз билан хасталанган беморларда жигар эхинококкози биринчи ўринни эгаллайди. Замонавий аппаратураларнинг ривожланиши, янги текширув усулларини қўллаш жигар эхинококкози касаллиги диагностикасида ўзига хос ўрин тутади.Мақсад: Рентгонологик усул, ультратовуш текшириш (УТТ) ва мультиспирал компютер томография (МСКТ) текширув усуллари аниқликлигини қиёслаш. Тадқиқот усули: 18 ёшдан 68 ёшгача бўлган 19 та бемор касаллик тарихлари ўрганилди. Барча беморларга қорин бўлиғи обзор рентгенографияси тўғри ва ён проекцияларда, УТТ ва МСКТ текширувлари ўтказилган. Натижалар: Қорин бўшлиғи рентгенографиясида 19 та бемордан 7 тасида жигар эхинококкози аниқланган,

эхинококк кистасини периферик оҳакланиши ҳисобига. Барча беморларга ўпка рентгенография текшируви ўтказилган. Бунда 2 та беморда ўпка эхинококкози аниқланган. УТТ ўтказилганида эса 19 та бемордан 15 тасида жигар эхинококк кистаси, 4 та беморда эса жигар оддий кистаси деб хулоса берилган. Беморларга ўтказилган МСКТ текширувида барча беморларда жигар эхинококкози деб хулосаланган. Жигарда аниқланган киста ичида қиз ҳужайралар ва камералар мавжудлиги киста паразитар характерда эканлигига аниқлик киритилган. Жигар кисталаридаги яллиғланиш жараёнлари УТТ ташҳислашга қийинчилик туғдиради бу эса ноаниқликка олиб келади. Ўрганилган беморларда жигар эхинококк кисталар биттадан бўлиб, 9 та беморда жигар VIII сегментида, 8 та беморда жигар VII сегментида ва 2 та беморда жигар V сегментида жойлашган. Хулоса: Шундай қилиб жигар эхинококкозида юқори аниқликка эга бўлган текширув усули МСКТ, лекин УТТ дан сўнг қўллаган маъқул. Чунки УТТ ҳам етарли маълумот оладиган ва арзон текширув усули. Жигар эхинококкларида рентгенологик текширув усуллари мақсадга мувофиқ равишда қўлланилмайди, жигар кисталарига хос белгилар эса қорин бўшлиғи касалликларини рентгенологик текширувларида аниқланиб қолади.

БОЛАЛАР АНЕСТЕЗИОЛОГИЯСИДА ҚИЙИН ИНТУБАЦИЯ ВА УНИНГ ҲАЛ ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ

Ҳазратқулов А.Т. СамМИ, педиатрия факультети, 215-гуруҳ талабаси, Абдиева Г. ОХИ факультети, 304-гуруҳ талабаси.

Анестезиология ва реаниматолгия кафедраси (кафедра мудири-т.ф.д. доц. Матлубов М.М.)

Илмий раҳбар: асс. Шарипов И.Л.

Долзарблиги. Болалар анестезиологиясида хавфсиз анестезия ўтказишни таъминлашда, нафас йўлларини ўтказувчанлигини яхши сақлаган ҳолда эришилади. Нафас йўлини қон аспирациясидан асрашда ва нафас йўлларини ўтказувчанлигини таъминлашни энг ишончли усули бу трахея интубацияси ҳисобланади. Юз-жағ жароҳлик амалиётида айрим мураккаб касалликларда, беморни нафас йўлларини одатдаги усулда интубация қилиш муаммо бўлиб қийин интубация ҳолатини юзага келтиради. Бундай қийин интубация ҳолати анестезиолог ва реаниматолог амалиётида 3-18% учрайди. Ишнинг мақсади. Болалар анестезиологиясида қийин интубация қилиш ҳолатларида ретроград интубация қилиш усулини қўллаш ва уни такомиллаштириш. Материал ва текшириш усули. Самарқанд вилоят кўп тармоқли болалар тиббий марказининг юз-жағ жарроҳлик бўлимида охирги 5 йил ичида 15 та бемор (8- ўғил, 7 - қиз) оператив даволаш мақсадида жағлар анкилози диагнози билан мурожаат этган. Болаларни ўртача ёши 7,2-8 ёшни ташкил этади. Касалликларни сабаблари ўғил болаларда асосан травмалар, қизларда эса жағларнинг одонтоген остеомиелити эканлиги аниқланди. Барча беморларга тегишли таҳлилар ўтказилиб операция олди тайёргарлик ишлари олиб борилди. Қийин интубация даражаси эса Маллампати тести орқали 4 даражада баҳоланди. Беморни нафас йўлини интубация қилиш мақсадида «ретроград интубация» усулидан фойидаланилди. Ўтказиш техникаси қуйдагича: беморга кириш наркозидан сўнг Туохи игнаси ёрдамида қалқонсимон ва узиксимон тоғайлар ўртасидаги мембрана тешилиб, игна орқали бемор бош тарафига қараб перидурал катетерни ўтказгичи (лескаси) оғиз бўшлиғидан чиқанга қадар киритилади. Лескани бир учи оғиздан ташқарида, иккинчи учини бўйин соҳасида ушлаган ҳолда, оғиз тарафдан леска буйлаб интубацион найча киритилади. Интубацион найча трахеяга тушганлигини текшириб, сўнгра леска олиб ташланади ва фиксация қилинади. Сўнгра эса миорелаксация ўтказиш тавсия этилади. Барча муолажалар давомида беморни гемодинамик кўрсатгичлари кардиоманитор орқали назорат этиб борилди. Олинган натижалар. Муолажа давомида анестезиолог томонидан беморга адекват оксигенацияни таъминлаб туриш туфайли барча гемодинамик кўрсатгичлар барқарор бўлиб турди. Ретроград интубация қилиш давомида анестезиолог томонидан қийинчиликлар сезилмади, асоратлар кузатилган эмас. Интубацияни бу усулини ўтказишни иложи бўлмаганда алтернатив усулда беморга трахеостомия ўтказилиб сўнгра умумий анестезия ўтказиш режалаштирилган эдик, лекин бунга ҳожат бўлмади. Хулоса. Анестезиядан олдин беморни аҳволини ва қийин интубация тестини тўғри баҳолаш. Беморларни нафаси тикланганлигига ишонч ҳосил этгандан сўнг экстубация қилиш. Интубация қилишни иложи бўлмаганда, трахеостома қўйш тўғрисида фикрлаш лозим.

ТРАВМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БАҲОРГИ МАВСУМДАГИ БИР ҲАФТАЛИК МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ

Эргашев А.А., Суюнов А.Ш. СамМИ Педиатрия факультети 214 гуруҳ талабалари

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А. М.)

Илмий раҳбари катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ.Ш., ассистент Юсупов М.И.

Ишнинг мақсади: Баҳорги мавсумда травматологик касалликлар билан мурожаат этган беморларда кузатилган касалликлар манзарасини аниқлаш ва касаллик турлари бўйича таҳлил этиш. Тадқиқот материали ва услуби: 2019 йил 25-мартдан 2019йил 1-апрелгача бўлган 1 ҳафталик муддатда РШТТЁСФ қабул бўлимига ҳар хил жароҳатланишлар ва шикастланишлар билан мурожаат этган 96 нафар беморлар ўрганилди. Улардан 19 нафари (20%) аёл, 29 нафари (30%) эркак, 48 нафари (50%) 1,5 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар. Олинган материаллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Олинган натижалар: 2019 йил 25-мартдан 1-апрелгача 96 та бемор мурожаат этган бўлиб, шундан 19 нафари аёл (20%): 10 нафари (52,6%) га юмшоқ тўқималар лат ейиши, 3 нафари (15,8%)га суякларнинг ёпиқ синиши, 2 нафари (10,5%)га бойламлар чўзилиши, 2 нафари (10,5%)га бўғимлар лат ейиши, 1 нафари (5,3%)га суякларнинг ёпиқ синиб силжиши ва 1 нафари (5,3)га суякларнинг синиши; 29 нафар эркак(30,2%): 9 нафари (31%)га юмшоқ тўқималар лат ейиши, 5 нафари (17,2%)га суякларнинг ёпиқ синиши, 4 нафари (13,8%)га суякларнинг ёпиқ синиб силжиши,3 нафари (10,3%)га суякларнинг ёпиқ синиб чиқиши, 2 нафари (6,9%)га бойламларнинг чўзилиши, 2 нафари (6,9%)га танага ёт жисм кириши,2 нафари (6,9%)га суякларнинг синиши ва 2 нафари (6,9%)га бўғимлар лат ейиши ташҳиси қуйилди. Мурожаат этганларнинг 48 нафари (50%)ни 1,5 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар ташкил этиб, шулардан: юмшоқ тўқималар лат ейиши 21 нафари (43,8%)да, суякларнинг ёпиқ синиб силжиши 7 нафар (14,6%)да, суякларнинг ёпиқ синиши 7 нафари (14,6%)да, бойламларнинг чўзилиши 4 нафари (8,3%)да, суякларнинг бўғимдан чиқиши 3 нафари (6,25%)да, суякларнинг травматик узилиши 2 нафари (4,2%)да, суякларнинг синиши 2 нафари (4,2%)да, пайлар чўзилиши 1 нафари (2,1%)да ва танага ёт жисмлар кириши 1 нафари (2,1%)да аниқланиб текширилди. Хулоса: Шундай қилиб, 2019 йил 25-мартдан 2019 йил 1-апрелгача бўлган даврда юмшоқ тўқималар лат ейиши 40 нафар (41,7%), суякларнинг ёпиқ синиши 15 нафар (15,6%), суякларнинг ёпиқ синиб силжиши 12 нафар (12,5%), бойламларнинг чўзилиши 8 нафар (8,3%), суякларнинг синиши 5 нафар 5,2%), бўғимлар лат ейиши 4 нафар (4,2%), суякларнинг ёпиқ синиб чиқиши 3 нафар (3,1%), танага ёт жисмлар кириши 3 нафар (3,1%), суякларнинг бўғимдан чиқиши 3 нафар (3,1%), суякларнинг травматик узилиши 2 нафар(3,1%), ва пайлар чўзилиши 1 нафари (1,04%) ҳолатни ташкил этди.

СОНЛАРНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН МУДДАТЛАРИДАГИ НАТИЖАЛАРИ

Юнусов Х.А., Қаххоров А.С., магистратура резидентлари

СамМИ Травматология ва ортопедия кафедраси (каф. муд. - доц. Пардаев С.Н.)

Илмий раҳбар: доцент Ибрагимов С.Ю.

Мавзунинг долзарблиги. Касалликни эрта аниқлаш ва консерватив даволаш соҳасида сезиларли муваффакиятларга эришилганига қарамай беморларни кўпчилигида даволашдан кейинги ҳар хил асоратлар кузатилмоқда. Ишнинг мақсади. Болалар ортопедияси бўлимида сонларнинг туғма чиқишлари билан консерватив усулда даволанган беморларни даволаш натижаларини ўрганишдан иборат. Изланиш материали. Болалар ортопедияси бўлимида 2016-йилда сонларнинг туғма чиқишлари бўйича консерватив даволанган 289 нафар беморларни ретроспектив ўрганилди. Беморларни 235 (85,3%) тасини қизлар, 54 (18,7%) тасини ўғил болалар ташкил қилишган. Беморлар ёши бўйича қуйидагича тақсимланган: 1 ёшгача 171 (59,2%) та, 1 ёшдан 2 ёшгача 118 (40,8%) та бўлган. Беморларни 10 (3,5%) таси ўнг томонлама, 32 (11,4%) таси чап томонлама ва 247 (85,5%) таси икки томонлама

чиқиш билан оғришган. Чиқишнинг III даражаси 179 (61,9%) тасида, IV даражаси 110 (38,1%) тасида кузатилган. Беморларни ҳаммасига функционал усул билан, оёқларига лейкопластирли тортма қўйилиб, аста-секинлик билан 14-15 кун давомида чиққан сонни жойлаштиришга ҳаракат қилинган. 12 беморда соннинг бошчаси мустақил жойлашмагани учун, оғриқсизлантиришсиз, қўл ёрдамида жойлаштирилган. 11 та беморда чиққан сонни жойлаштириш мобайнида чов соҳасида оғриқ, шиш ва тана ҳароратини 38 С гача кўтарилиши кузатилган. Бу беморларга парафин, азокерит аппликациялари, УВЧ муолажалари ўтказилган ва тортма ёрдамида жойлаштириш тезлигини бироз секинлаштирилган. Функционал усул билан сонни бошчасини жойлаштиришга эришилмаган 7 (2,4%) та беморда очиб жойлаштириш амалиёти бажарилган. Операция пайтида бу беморларда лимбусни бўғим ичига эгилиб кирганлиги, соннинг проксимал қисмини олдинга патологик буралгани (антиверсия), бўғим ҳалтасини "қум соат" га ўхшаб қисилган қисмини ёпишиб кетганлиги аниқланган. 228 (78,9%) та беморларда 2 йилдан кейин ўтказилган даволаш натижалари ўрганилди. Беморларга клиник ва рентгенологик текшириш усуллари қўлланилди. 206 (90,4%) беморлар ўзлари мустақил юрадилар. Сонларни сагитал ва фронтал текисликда ҳаракатлари мўътадил. Рентген текширишда сонларнинг бошчалари бўғим чуқурчасида, марказлашган, ёшига нисбатан сонларнинг бошчалари ривожланишдан бироз орқада, Шентон чизиғи бузилмаган. 22 (9,6%) та беморлар юрганда енгил оқсаб юришади. Сонларнинг абдукцияси, буралма ҳаракати ҳар хил миқдорда чегараланган. Рентгенда бўғим пештоғи ривожланмаган, соннинг бошчасини асептик некрози мавжуд, Шентон чизиғи бузилган, сонларнинг проксимал қисмида варусли, валгусли деформациялар, патологик антиверсия ва сонларни қолдиқ ярим чиқишлари аниқланади. Юқорида кўрсатилган асоратлар, асосан, даволашгача мушакларни аддукцион контрактураси бўлган, 1,5 – 2 ёшлигида даволаш бошланган, IV даража оғирликдаги, сонларни жойлаштириш мобайнида чов соҳасида оғриқ, шиш кузатилган, қўл билан жойлаштирилган беморларда кузатилди. Хулоса. Даволаш усулини режалаштирилганда юқорида кўрсатилган асоратлар сабабини ҳисобга олиш яхши натижаларга эришишга имкон яратади.

ЛАПАРОСКОПИК ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ УСУЛЛАРИ

Юсупов Д.Д., 303 гуруҳ талабаси ТТА Урганч филиали, Мусаева А.Ф., 504 гуруҳ талабаси ТТА Урганч филиали

Факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси (каф.мудири – т.ф.н. Батыров Д.Ю.)

Илмий раҳбар доцент, т.ф.н. Батиров Д.Ю

Тадқиқотнинг мақсади: Лапароскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси натижаларини яхшилаш. Материаллар ва усуллар: Лапароскопик усуллар орқали бажарилган 217 та ИЖС натижалари таҳлил қилинди. ИЖС ўтказилган беморлар 21 ёшдан 44 ёш оралиғида бўлди. Лапароскопик ИЖС вена ичига калипсол юбориш орқали (124 та), маҳаллий оғрисизлантириш орқали (82 та), эндотрахеал оғриқсизлантириш орқали (7 та), 4 та ҳолатда спинал оғриқсизлантириш орқали бажарилди. Лапароскопик ИЖС техникаси 5 та усулда бажарилди: 1 – усул: бачадон найларига клипсалар қўйиб улар орасидан кесиш орқали (57 та). 2 – усул: бачадон найларини биполяр коагулятор ёрдамида коагуляция қилиш ва бачадон найининг бир қисмини кесиб олиш орқали (72 та). 3 – усул: эндоҳалқалар ёрдамида бачадон найларини боғлаш орқали (36 та). 4 – усул: экстракорпорал усулдаги ИЖС, бунда бачадон найи харакатчан бўлган холларда (24 та), бачадон найлари троакар орқали қорин бўшлиғидан қов усти соҳасидан ташқарига чиқарилиб ипак ип билан икки қисмидан боғлаб кесилиб кейин қорин бўшлиғига чўктириш орқали. 5 – усул: бачадон найлари ENDO GIA аппарати ёрдамида (28 ҳолатда). Булардан ташқари репродуктив ёшдаги аёлларда сурункали тошли холецистит касаллиги ҳам кўп учрайди. 108 та ҳолатда лапароскопик холецистэктомия билан биргаликда симультан босқич сифатида ИЖС ҳам бажарилган. Натижалар: Юқорида келтирилган лапароскопик ИЖС усуллари қўлланилган барча ҳолатларда йирингли септик асоратлар кузатилмади. 2 та беморда киндик соҳасидаги портдан серома ажралиши кузатилди холос. Маҳаллий оғриқсизлантириш қўлланилган беморларга операциядан кейин 2-3 соат ичида уйига руҳсат берилди. Эндотрахеал оғриқсизлантириш қўлланилган аёллар операциядан кейин 1 кун давомида назоратда бўлишди ва операциянинг эртасига уйига юборилди. Хулоса: ИЖС тавсия қилинган ҳолатларда бу амалиётни лапароскопик технологиялар ёрдамида аёлларнинг индивидуал хусусиятларидан, операцион бригада малакасидан келиб чиққан ҳолда юқорида келтирилган усуллардан бири орқали бажарилиши натижасида ИЖС натижаларини максимал даражада яхшилашга эришилади.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ДАВРЛАРДАГИ КОЛОСТОМА СОҲАСИДАГИ РИВОЖЛАНУВЧИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ АСОРАТЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Яхёев С.М. магистратура резиденти, АндМИ

Умумий хирургия кафедраси (каф.муд.-т.ф.д. Саллахиддинов С.З.)

Илмий раҳбар профессор т.ф.д. Ходжиматов Г.М.

Текширув мақсади: Беморардаги колостома атрофи йирингли яллиғланиш асоратларини хирургик даволашни такомиллаштириш ва уларни олдини олиш. Текширув методи ва материаллари: Текширув материаллари сифатида РШТЁИМ АФ да даволанган 22 та колостома қўйилган бемор олинди. Улардан 14 таси эркак ва 8 таси аёл. Беморлар 11 тадан 2 та катта гуруҳларга бўлинди. Биринчи гуруҳ беморларнинг жароҳатлари (колостома чоклари ва атроф тўқималари) таркибида брилиант куки, спирт, формалин, канакунжут мойи ва коллид сақловчи махсус қопловчи антисептик эритма билан ишлов берилди шунингдек вена ичига кенг доирали антибиотик юборилди. Шу билан биргаликда ичакнинг шиллиқ қаватлари стерил вазелин мойи қўйилди ва колостома стерил салфетка билан ёпилди. Иккинчи гуруҳ беморлари учун эса маҳаллий ишлов сифатда махсус қопловчи антисептик эритмадан фойдаланилмади. Маҳаллий оддий антисептик моддалардан фойдаланилди. Текширув натижалари: Таққослаш таҳлили шуни кўрсатдики махсус қопловчи антисептик эритма фойдаланилган беморларда йирингли яллиғланиш жараёнлари кузатилмади. Назорат учун олинган 2 гуруҳ беморларида эса 4 (36,4%) нафар беморда юзаки йиринглаш, абцесс ва флегмоналар кузатилди. Текширув хулосаси: колостома қўйилган беморларда операциядан кейинги эртанги давларда маҳаллий махсус қопловчи антисептик эритмадан фойдаланиш йирингли яллиғланиш жараёнларини камайишига ва операциядан кейин эртанги асоратларини олдини олишга ёрдам беради.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF THE SURGICAL PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGIES

Abdrakhman B., Kenzhebayeva S. (the 4th grade students of International Medical Faculty)

Joint-stock company "Asfendiyarov National Medical University"(Almaty, Kazakhstan)

Department of Nutriciology with a course of preventive medicine

Head of Department – Ph.D., associate professor M.S. Kaynarbaeva

Scientific adviser – c.m.s., Ph.D., associate professor N.A.Myrzabayeva

Introduction: In the recent years, functional parameters, in particular indicators of quality of life (QOL) have been increasingly used to assess the effectiveness of treatment methods and predict the outcome of diseases. Objective: The aim of our study is to investigate the quality of life of the patients with surgical profile (SP) on the background of comorbid pathologies. Materials and methods: 19 patients were observed in the age group from 22 to 63 years (mean age was 43.3±1.8 years). Along with surgical pathology, comorbid pathologies were revealed in the patients: diseases of the cardiovascular system – 26.3%, COPD –15.8%, diseases of the gastrointestinal tract - 21.1%, diseases of the genitourinary tract – 21.1%, pathologies of the musculoskeletal system – 10.5%, dyscirculatory encephalopathy of mixed genesis – 5.2% and etc. Depending on the comorbidity, additional research methods were carried out to all patients

excluding general clinical studies. QOL was determined using a questionnaire SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey) by 8 scales. Results and discussion: QOL of the patients with SP, especially on the background of comorbid pathologies was reduced almost in all indicators. These patients had significantly reduced subjective parameters of emotional state, physical functioning, social activity and indicators of general health respectively. Significant differences in the assessment of QOL of these patients were found on the scales of role emotional functioning (RE) (86.1%), role physical functioning (RF) (84.2%), social functioning (SF) (73.7%), pain syndrome (P) (73.0%) and perception of general health (GH) (68.4%). The patients with SP on the background of comorbid pathologies considered that the restriction of their daily activities was associated with a decrease in physical functioning (PF), emotional functioning (RE) and psychological reactions (MH) to the presence of symptoms of their diseases, which were anxiety, irritability, depression and feeling of fear. The pains (P), physical functioning (PF), vitality (VT) were also dependent on the role-physical (RP) and emotional functioning (RE). The level of psychological health (MN) of the patient depended on his personal qualities, perception of the disease, on the characteristics of clinical manifestations and the effect of treatment on the symptoms of the disease. Conclusions: Thus, the SF-36 questionnaire allowed to evaluate the degree of physical and mental health restriction of patients with SP on the background of comorbid pathologies, which negatively affects the QOL.

RISK FACTORS OF AGE CATARACT DEVELOPMENT

Abdullaev Sh.O. student of group №524 of therapeutic faculty of ASMI

Department of ophthalmology (chairman – MD, professor Ikramov A.F.)

Scientific adviser: assistant professor Mamatkhujaeva G.N.

Purpose: The purpose of the study is to assess the risk factors for the development and causes of progression of age-related cataracts. Material and methods of research: Clinical studies were conducted in the course of the examination of 72 patients suffering from primary and immature age-related cataract who entered the eye department of the AGMI clinics. Ophthalmologic examination determined visual acuity without correction and with complete correction according to the Golovin-Sivtsev table; condition of the anterior segment of the eyeball, lens and vitreous body by biomicroscopy; condition of the fundus by direct and inverse ophthalmoscopy. Also, to determine the risk factors for the development of age-related cataracts, all patients were given a special survey. Research results: To establish the factors contributing to the emergence and development of cataracts in 96 patients, the main exogenous and endogenous factors leading to the development of age-related cataracts were studied. Prolonged exposure to ultraviolet radiation was established in 15 patients who worked on agricultural fields. The exogenous factor - as alimentary, lack and uniformity of nutrition, imbalance in food was established in 23 patients. Smoking and drinking in 7 patients. Endogenous factors: reduced absorption of nutrients, in diseases of the digestive system such as gastritis - in 4, enteritis - in 2, and hepatitis was established in 11 patients. Hypertension in 19, diabetes mellitus is established in 15 patients. Eye diseases - glaucoma in 8, a high degree of myopia in 6, eye injuries in 2 patients. Long-term use of corticosteroids was established in 4 patients suffering from rheumatoid arthritis. Conclusion: The problem of cataracts is determined by its high medical and social significance. However, research on the risk factors for development and the causes of progression is not enough, and the results are fragmented. At the same time, regional factors are hardly taken into account, which could be attributed to local predictors of the risk of cataract development and progression. This is especially true for Andijan with a high level of population density.

THE RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF GLIAL TUMORS OF THE BRAIN

Abduvoyitov B.B., student of 525 group of the medical faculty of SamMI, Mamadalieva B.K., student of 313 group of the medical faculty of SamMI

The course of neurosurgery (headed by the course - MD, professor Mamadaliev A.M.)

The scientific adviser: MD, professor Mamadaliev A.M.

Objective: The aim of the study was to study the results of complex treatment of glial brain tumors. Material and methods of the study: We analyzed the data of 169 patients with cerebral intracerebral tumors who were operated in 2013-2019. The age of patients from 10 to 68 years, on average 39 years. Results: Our statistical data show that in the WHO grade, highly differentiated intracerebral tumors (WHO grade I, II) were found in 60,9% (103 patients), and poorly differentiated and undifferentiated glial tumors (WHO grade III, IV) in 39,1% (66) patients. The operation took into account not only the localization, but also the functional significance of the tumor location areas, so that surgical access was physiologically permitted and did not cause additional damage to functionally important conductive pathways. The operations were performed by bone-plastic trepanation (142 patients – 84%) and resection trepanation (27 patients – 16%) with localization of tumors in the middle cranial fossa. 157 patients (92,9%) underwent total and subtotal removal of tumors; in 12 patients (7,1%), considering giant dimensions with infiltration of two to three parts of the brain, they limited themselves to tumor biopsy. With edema of the brain and the presence of a defect in the dura mater (DM) at the end of the operation, an autoplastic DM transplant was made from the wide fascia of the thigh. We applied and 117 (69,2%) patients established a subdural and epidural controlled closed drainage system. This system is introduced through a mini-incision of the skin into the wound and provides a good drainage of the accumulated tissue fluid from the subdural and epidural spaces and in this way it is possible to regulate the volume of the tissue fluid to be separated with the prevention of possible compression of the brain by a liquid or bloody volumetric formation. In operated 48 patients with the installation of such a system, in no case postoperative complications were observed. Also, there were no postoperative complications (cerebral edema, CSF leak) in those patients who had been subjected to autoplasty of the TMO defect. Radiation therapy was prescribed to all patients in the postoperative period. Catamnesis from 6 months to 1 year was studied only in 76 (45%) patients who received radiation therapy at a total dose of 56-60 Gy. Of these, 27 (16%) patients with a glial hypergrade tumor had a tumor relapse after 33 ± 11 months on the control MRI. One of them had glioblastoma and he received radiation therapy, which he did not take. He was re-operated, 4 days after the operation, a lethal outcome was observed. The remaining 10 patients, despite comprehensive treatment, including radiation therapy, developed a relapse. These patients are prescribed chemotherapy. Conclusions: Thus, neuroepithelial tumors among our patients were more common in women – 55,1%, histologically the most advantageous are highly differentiated intracerebral tumors (WHO grade I, II) – 60,9%, localization in 52,2% of tumors located in the left hemisphere of the brain and most often in the temporal and frontal lobes. In patients, postoperative complications (cerebral edema, CSF leak) were not encountered due to the use of free autologous TMO and controlled closed drainage system in the epidural and subdural spaces.

RESULTS OF MODERN STRATEGY FOR DIAGNOSIS AND THERAPY OF WILMS' TUMOR AT CHILDREN

Davronova M.U., group 201, Therapy

Scientific supervisor Djumaniyazov H.I.

ToshPMI, Hospital child's surgery and oncology department

Actuality: Kidneys' tumors take the sixth place among the neoplasms of child's age. The most frequent child's kidney neoplasm is Wilms' tumor that composes about 7% of them. At the beginning of XIX century the lethality of given disease was 90%. Nowadays the 5-year survival patients with Wilms' tumor became over 90%. Aim: Analysis of patients with Wilms' tumor (WT) from 2010 to 2017. The improvement of results on diagnosis and treatment children suffering from WT. Materials and methods: The study included 20 children with histologically proved WT. The retrospective analysis was carried out with 20 history cases of sick children with WT, being treated in surgical department of child's oncology at Tashkent city branch RSRPMCOIR from 2010 to 2017. All cases were histologically verified. The age of patients were from 4 months to 12 years. One patient was at the age of 4 month (5%), from 1 to 2 years were 7 (35%), under 5 years old were 8 (40%) patients and 3 (15%) were from 1 to 5 years old. As it was seen, 15(75%) patients were from 1 to 5 years old. By sex the patients were divided: girls were 9(45%), boys were 11(55%). By the pain in stomach were only 2 (10%), besides, if one of them had low pains but another, after occasionally falling, had capsule's rupture. Almost all children in 19 (95%) cases the blood analysis, urinalysis, biochemical Indices were practically without deviations of norm that was according to literature data. From visualization methods the signs of tumor, determining on USI, CT and excretory urography were carried out. The USI

was performed in all 20 (100%) patients several times with the purpose of dynamic observation. The data of MRCT were revealed in 13 history cases. The strategy of therapy included preoperative polychemotherapy, surgical stage, postoperative polychemotherapy and radial therapy by the indices. The plan of treatment was Worked out according to minutes on treatment of patients with Wilms' tumor. Results: General survival of children from 2010 to 2017 was 79%. Conclusion: Thus, the correct algorthythm of diagnosis, modern diagnosis strategy and therapy allowed to improve the general survival of children suffering from Wilm's tumor.

CONDITION OF ONCOLOGICAL SERVICE AND PROPHYLAXIS OF CANCER DISEASE IN UKRAINE

Domanchuk T.I.

Department of Social Medicine and Public Health

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Introduction. The fight against malignant neoplasms remains one of the most important health problems in Ukraine. Malignant neoplasms together with diseases of the cardiovascular system determine the health of the population of Ukraine, as 12% of all deaths and 26% of the population are disabled. The share of cancer, as causes of death in the working age, is 14% for men and 29% for women. The risk of falling ill with cancer reaches 27.7% for men and 18.5% for women, that is, over 75 years of life in Ukraine, every 3-4 people and 5-6 women are struck in Ukraine. According to the Ministry of Health of Ukraine, in 2017, 134,104 new cases of cancer (313,6 per 100 thousand us.) Were registered, 67,5 thousand patients died from this disease (158,07 per 100 thousand us.). The total number of oncological patients is 961,800 at the dispensary record, of which more than 5 years - 60,8%. Aim. Increase screening quality based on evidence, review cancer screening recommendations and compare new research. Results. The highest rates of growth are inherent in the incidence of prostate cancer, the rectum and colon, breast, uterine body, thyroid gland. An increase in the rates is also noted for cervical cancer, bladder, kidney, non-Hodgkin's lymph. The effectiveness of anticancer medicine primarily depends on the organization of work on the prevention of cancer, the rehabilitation of an effective system of preventive examinations and prophylactic examination of patients with precancerous diseases, the introduction of screening programs for the mammary gland, cervix, etc., the allocation of funds allocated for the fight against cancer to a particular patient. Unfortunately, often cancer is diagnosed at the stage when serious surgical and medical treatment is needed. In some cases, the disease develops very quickly and the cancerous tumor begins to give metastases to other organs, which greatly worsens the prognosis. For example, with prostate cancer, doctors often apply when the disease is quite tangible. But diagnosing it can be much earlier, by tracking the so-called prostate-specific antigen. This protein synthesizes the prostate gland, so the growth of its parameters points to problems with the gland, which, by the way, is an important indicator in general. Increasing the level of antigen can signal not only about cancer, but also the appearance of benign tumor or prostatitis. So it is impossible to overestimate the importance of this diagnostic test. That is why the control of a prostate-specific antigen is recommended for all men aged 45 and over. Analysis of the state of the organization of anticancer control in Ukraine shows that this problem remains relevant for the health care of Ukraine and its decision depends on improving the state of equipment of medical and preventive establishments with modern equipment and equipment and on increasing the level of professional training on oncology issues. Health care providers at all levels. Conclusion. Thus, early detection of a tumor is a guarantee of success in treating a cancer patient and ensuring that he has a decent quality and life expectancy. The primary role in the decision of this task belongs to the general hospital network of health care, but there are several problems for establishing clear work in this direction.

THE ANALYSIS OF HERNIAALLOPLASTY OF THE PATIENTS WITH THE AFTER – OPERATION OF VENTRAL HERNIA

Fozijon-zoda M., the student from group 417 of Pediatrics Department of SamMI

Akhmedov G.K. an assistant of SamMI

The chair of surgical disease, the Faculty of Pediatrics (the chair Department – docent Babajanov A.S.)

Scientific adviser: candidate of medical science, docent Babajanov A.S.

About 25% of all operations being carried out in surgery departments fall on herniaplasty out of which 20-22% make up operations on after-operation of ventral hernia. However after using alloplasty in 20.9-49.2% of cases may happen the development of various specific wound complications. The aim of research: To investigate the closest and distant results of the operative treatment of patientss with after-operation ventral hernia. Materials and methods. The closest and distant results of treatment of 62 patients (49 women and 13 men) have been examined with after-operation of ventral hernia who were operated during the period of 2015-2018 at the first and surgery departments of Samarkand city medical union. The age of the patients fluctuated from 27 to 71. All the patients been taken the general and biochemical analysis of blood and urine and other standard investigations. The intraabdominal pressure was measured before and after operation period. In 47 of patients (75.5%) were determined different concomitant disease (obesity, hypertension disease, IHD, varicose of lower extremities etc.). During the investigation we used the international classification of ventral hernia by Chevrel G.P. and Rath A.M. (1999). All the patients had hernioplasty in combination with alloplasty by methods of onlay, inlay, sublay by principle ,,tension free''. 12 patients had simultaneous operations, which included the ilimenating the pathological proses of organs of abdominal cavity (cholecystectomy in 13 patients (20.9%), echinococcusectomy – in 1 patient (1.6%) and hysterectomy – in 4 patients (6.5%) and herniaalloplasty. Results. In 8 patients with the closest after - operation period ware marked local complications (in 7 (11.3%) patients seroma and in 1 (1,6%) hematoma). In 1 patient with the obesity of the IV degree and IHD, development abdominal compartments syndrome of the fist degree. In 3 of the cases (4.8%) were marked the relapses of the hernia. Conclusion. Herniabdominoplasty by ,,tension free'' principle gives more satisfactory closest and distant results of treatment in patients with ventral hernia. Single momentary elimination of concomitant surgical pathology increases the radicality of the reconstructive herniaalloplasty.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PYELONEPHRITIS IN PREGNANTS

Jalilova D., 402 group, Medical faculty, Samarkand State Medical Institute, Khamroev Sh.Sh., resident of master`s degree, 1st year

Course of urology (Head of the Course – PhD, Assistant Professor Shodmonova Z.R.)

Scientific advisor, Assistant Professor, PhD Shodmonova Z.R.

Acute pyelonephritis in some literature is observed in about 3% pregnant and half of them is usually in pyogenic form. Aim of the research. Improvement of diagnosis and treatment of acute pyelonephritis in pregnants. Material and methods. 46 women in 18-41 years with acute one-sided pyelonephritis are observed, among them 37 patients are diagnosed with right-sided pyelonephritis and left-sided is in 9. In 31 women observed acute pyelonepritis are encountered in the second trimester of pregnancy. These patients are transferred from the pregnant's pathology of maternity department to Samarkand Branch of Republic scientific center of emergency medicine after several inefficient treatment during 10-20 days. Results. Laboratorial research, ultrasound examination and chromocystoscopy are carried out in patients. According to ultrasound examination, the cavity of both kidneys enlarged symmetrically in 37 patients, indigo carmine is not excreted from kidneys for 9-15 minutes. These patients are catetirized and treated with antibiotics. Expected therapeutical effect achieved in all 37 patients. Apparent one-sided expanded cavity of diseased kidney are established through ultrasound examination in 19 women, two of them are diagnosed with carbonculi of kidney and two are paranephritis. Patients with carbuncle and paranephritis are operating. Rest of patients catheterized and treated with antibiotics. Pregnancy is saved by these attempts. Conclusions. In these conditions, pregnants have to be transferred to urology department. Comprehensive and correct treatment's plan are prescribed and exchanged according to ultrasound examination and chrocystoscopy. Should antibacteriologic and positional therapy are not affective, pelvis of kidney should be catheterized. If treatment along with catheterization of kidney's pelvis is not efficient, operation has to be carried out in order to save pregnancy.

LONG-TERM FOLLOW-UP OF POSTERIOR CHAMBER INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION TO PATIENT WITH HIGH REFRACTIVE ERRORS (CASE REPORT)

Kamilov Kh.M. Prof. Dr., Kasimova M.S. Prof. Dr., Zaynutdinov N.N. Dr.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education. Ophthalmology Department

"NAZAR" Eye Clinic, Tashkent. Uzbekistan

Purpose: To evaluate the predictability, efficacy, safety and complications of the ICL Vc4 (STAAR Surgical. Monrovia. USA) posterior chamber phakic IOL after implantation to patient with high myopia years ago. We tried to assess a refractive and visual outcomes of patient after implantation this type of pIOL after 6 years. Setting: NAZAR Eye Cinic, Tashkent, Uzbekistan. Material and Methods: A 39 years-old man patient had undergone implantation of posterior chamber pIOL to both eyes with high refractive errors in Vision Eye Center, New Delhi, India by Doctor A.K. Grover in January 2013. Before surgery all examinations had been done. Preoperative results: A – scan results on RE (right eye OD): ACD: 3.18 mm, lens: 3.84 mm, vitrous: 20.14 mm. Axial length 27.16 mm. LE (left eye OS): ACD: 3.12 mm, lens: 3.61 mm, vitrous: 20.08 mm. Axial length 26.86 mm. Autorefractometer: OD: sph (-) 10.25 D cyl (-) 2.00 axis 100. OS: sph (-) 9.75 D cyl (-) 2.25 axis 97. IOP: OD: 17.0 mmHg, OS: 18.0 mmHg. UCVA OD: 0.04 and OS: 0.06 by Snellen. BCVA OD: sph (-) 10.0 D cyl (-) 1.25 axis 100 = 0.70, OS: sph (-) 9.50 D cyl (-) 1.75 axis 97 = 0.80. Results: After 6 years patient had passed fully ophthalmic diagnostic checkup in NAZAR Eye Clinic, Tashkent, Uzbekistan and have been revealed these postoperative results: Visual acuity: OD: 0.75, OS: 0.85. Autorefractometer: OD: sph (-) 0.25 D cyl (-) 0.5 axis 97. OS: sph (-) 0.50 D cyl (-) 0.75 axis 92. IOP: OD: 17.0 mmHg, OS: 17.0 mmHg. Mean vault after implantation of pIOL on OD: 634 µm, OS: 546 µm. Conclusion: ICL Vc4 posterior chamber phakic IOL implantation to patient with high myopia still remains one of the best choices in refractive surgery, which procedure has more advances, safety, predictability and efficacy. This procedure saves natural accommodative function of the eye and has less complications than other refractive surgeries, such as lens extraction and laser correction on patients with high refractive errors.

THE PROLIFERATIVE CHANGES RESEARCH: VIMENTIN IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN AND OUTSIDE THE STROMA DUCTAL BREAST CARCINOMA CELLS

Lazaruk O.V., Lazaruk T.Yu. Department of Pathologyc anatomy, «Bukovinian State Medical University»

Mentor – prof. of med. science Davydenko I.S.

Higher State Educational Establishment of Ukraine

Stroma - is an integral part of the tumour node invasive ductal breast carcinoma. It performs an important role in tumour growth, invasion and metastasis. It forms a frame that separates the tumour parenchyma, surrounding the modified cells of individual clusters and nourishes the tumour cells in blood vessels, carries lymph drainage. In the tumour stroma and around blood vessels provide nutrients neoprocess for further development. One method to study tumour vascular bed is vimentin immunohistochemical determination. Exploring the color intensity of vimentin in stromal vascular cells, will have an opportunity to describe changes in quantitative and qualitative characteristics of vascular and tumour processes. The aim of the study. Set features positive or negative detection of vimentin in stromal vascular invasive ductal breast carcinoma and outside it. Materials and methods. Research subject breast tissue in the area of invasive ductal breast carcinoma and outside it. Material received with the diagnostic biopsy. It is pre-recorded on commonly accepted methodology for 12-24 hours buffered formalin. Dehydration was done with the battery in ascending alcohols (50-100%). Using immunohistochemical diagnosis determined by the presence of vimentin a standard protocol. Research results. In the stroma tumors positive staining of vimentin expressed in vascular endothelial microvasculature. Less expressed in vascular endothelial medium caliber and shows a lower intensity of color. The attention paid to the structure itself rod shape with intense color. These structures accumulate in the stroma on either side of the edge of the tumour. Conclusions. At the turn of the tumour and zone around the tumour pronounced color vimentin in vessels of small caliber and cord structures. It is in the endothelial cells stained positive vimentin. Most intensive color vimentin expressed in vascular endothelial smallest caliber structures and histologically similar to the newly created vessels that may indicate the activity of the process with proliferative changes in the stromal cells of tumour tissue and outside it.

IMMUNOHISTOCHEMICAL RESEARCH OF VIMENTIN IN TUMOUR MIOEPITHELIAL CELLS AND AREAS AROUND THE TUMOUR IN THE DUCTAL BREAST CARCINOMA

Lazaruk O.V., Lazaruk T.Yu.

Department of Pathologyc anatomy Mentor – prof. of med. science Davydenko I.S.

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Mioepithelial cells are an essential component of breast cancer, which together with laktocytes and basal membrane form their own breast acini and their ducts. Mioepithelial cells consist of two components: the muscle and epithelium, tissue phenotype have two embryonic leaves of mesenchymal and epithelial origin. The main function is the formation of dense skeleton glands and ducts. Research of mioepitelial changes of cells quite important because they are an inhibitor of cell proliferation of epithelial cells in breast morphogenesis. In the malignant transformation of tumour cells acquire characteristics similar to cells of mesenchymal origin, movement, ability to pass through the basement membrane, creating new blood vessels. These changes correspond to processes of invasion and metastasis. The aim of the study. Set in the presence of vimentin mioepithelial cells in tissue invasive ductal breast carcinoma and outside it. Materials and methods. Research subject breast tissue in the area of invasive ductal breast carcinoma and outside it. Material received with the diagnostic biopsy. It is pre-recorded on commonly accepted methodology for 12-24 hours buffered formalin. Dehydration was done with the battery in ascending alcohols (50-100%). By immunohistochemical diagnostic method was determined the expression of vimentin in mioepithelial cells Research results. Using immunohistochemical method of diagnosis, attention is drawn to cells that are arranged in a row around the tumour cells in the tumour site and epithelial cells outside it. In these cells, the expression of vimentin is positive, which suggests their mioepithelial cells. In the study of the area around the tumour site, there are cells morphologically similar to mioepithelial cells arranged in a row, which has also had a positive expression of vimentin. What also gives rise to assign them to mioepithelial. Conclusions. In immunohistochemical study of vimentin of the zone of tumour and around it expressed positive staining cells arranged around groups of tumour cells. Histological characteristics of these cells correspond mioepithelial cells.

EXPRESSION OF α- AND β-MHC GENES AT ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY AND METFORMIN TREATMENT

Halyna Ya. Loi, PhD student, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ukraine

The Department of Pharmacology with Clinical Pharmacology headed by prof. Oleksandra M. Oleshchuk

Supervisor - prof. Oleksandra M. Oleshchuk

Expression of α- and β-myosin heavy chain (MHC), the two functionally distinct cardiac MHC isoforms, is species-dependent. A shift from the normally predominant α-MHC toward β-MHC is often observed in cardiac failure or hypertrophy. Up-regulation of beta-MHC transcription can serve as an early and sensitive marker of cardiac hypertrophy. Aim of the study: investigation of α- and β- MHC expression variation at I/R injury and metformin treatment in mice. Materials and Methods: 3-month-old wild-type male C57Bl/6J mice were maintained in a temperature-controlled room (25 C) with a natural day/night cycle and fed a standard chow diet and given ad libitum access to water. Animals were randomly divided into 4 groups as follows: (1) Control + PBS (C) group (n = 5); (2) Control + Metformin (C+M) group (n = 5); (3) Ischemia/reperfusion + PBS (I/R) group (n = 5); (4) Ischemia/reperfusion + Metformin (I/R+M) group (n = 5). Mice were

subjected to cardiac ischemia-reperfusion (I/R) for 14 days and then received for 14 consecutive days intraperitoneal injections of vehicle (PBS) or metformin (5 mg/kg/24 h) in a final volume of 100 µl. Treatment with metformin started after 15 min of post-reperfusion. Quantitative RT–PCR analysis was performed to explore the expression of α- and β- MHC. Data are expressed as mean ± SEM. Statistical comparison of multiple groups was performed by one- or two-way ANOVA followed by a Bonferroni's post hoc test when appropriate using GraphPad Prism version 5.00 (GraphPad Software, Inc). Results. The present study revealed up-regulation of β-MHC expression caused by I/R injury while α-MHC expression was not altered. Although we have previously confirmed anti-hypertrophic properties of metformin followed by downregulation of brain natriuretic peptide (BNP), investigation of α- and β- MHC expression after I/R injury and metformin treatment did not show any significant changes. Conclusion. Accordingly the results of the experiment, metformin exerts its anti-hypertrophic action after I/R injury via α- and β- MHC-independent mechanisms.

ANATOMICAL VARIATION OF VOMERONASAL ORGAN

Navarchuk N.M. – associate professor of the Mykola Turkevich Department of Human anatomy, Guzik O.V. – assistant of the department of Anatomy,

Salehi D. D. – student of medical faculty № 1, "General Medicine", group №1

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university" (Chief of the department - prof. Kryvetskyy V.V.)

Scientific advisor: prof. MD Makar B.G.

The existence of vomeronasal organ (VNO) in human is a controversial subject. Presence of VNO and its structure was not reported in standard text books. The presence of VNO in fetal life is doubtful. Aim: to ascertain the morphological peculiarities of VNO Materials and methods: the study and analysis of materials of domestic and foreign literature. Results. In humans, the VNO is present during embryonic/fetal life. According to several reports, the human VNO primordium appears around 6 weeks of gestation and its typical tubular structure is well evident approximately starting from 8 weeks. The majority of studies described the VNO as a pseudostratified/stratified neuroepithelium with chemoreceptors roughly divisible in three layers, namely apical, middle and basal, persisting either until early fetal period (12–15 weeks of gestation) or later, and subsequently transforming in a non-sensory epithelium. A non-sensory epithelium was also described in human VNO during postnatal and adult life. The VNO is a paired cavitary organ localized on either side of the anteroinferior part of the nasal septum, with an opening as a pit at the surface of the septum. Its mucosal lining is composed of pseudostratified ciliated cells and goblet cells. VNO is situated underneath the nasal mucosa and is connected to the exterior via a small orifice about 1 mm in diameter. This orifice can be observed in about 2/3 of the population, while the vomeronasal organ is present in 91 to 97% of subjects. In 40% of cases, this entry orifice is observed bilaterally. Itis situated 2 cm from the nares, at the junction between the cartilaginous septum and the vomer. Some authors consider that VNO develops along the sphenoidal extension of the quadrangular cartilage, situated between the perpendicular plate of the ethmoid and the vomer. A study demonstrating the duct or tunnel-like formation of the VNO in humans, based on injecting contrast material through the clearly visible pits of the suspected VNO and following its distribution by CT scanning, was performed by Trotier and his team. Serial CT sections indicated that the duct was closed at its posterior end. To obtain more detailed information about the position of the vomeronasal cavities in the nasal septum, they injected a water-soluble contrast substance into the clearly visible pits in the septum mucosa. The location of the opaque spot indicated the position of the VNO. Its length ranged from 2 to 5.7 mm (mean 3.5±1.2 mm). The duct lumen had a diameter of ∼100 µm and contained mucus. The functional aspects of the VNO are the subject of debate. In humans, the genes coding for vomeronasal receptor proteins and the specific ionic channels involved in the transduction process identified in species with a functional VNO have mutated and are non-functional. Notably, it has recently been shown that there are morphological connections of the VNO cells with the underlying capillaries. These, along with the expression of calcium-binding protein in part of these cells, suggest a potential endocrine activity. If so, we would have the first evidence of an alternative function than the usually assumed pheromone sensing one for the VNO. Summary. Knowledge about the persistence of VNO in human and its structure need to be known. Finally, VNO is important in principle as a topic of on-going scientific debates which shape the nature of the evidence-based practice that underpins medicine.

DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE TRACHEO-OESOPHAGEAL FISTULA AND OESOPHAGEAL ATRESIA

Navarchuk N.M. – associate professor of the Mykola Turkevich Department of Human anatomy,

Guzik O.V. – assistant of the department of Anatomy, Topographical anatomy and Operative surgery,

Gorjachok M.R.. – student of medical faculty № 2, "General Medicine", group №15

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university" (Chief of the department - prof. Kryvetskyy V.V.)

Scientific advisor: prof. MD Makar B.G.

Oesophageal atresia (OA) and tracheo-oesophageal fistula (TOF) are relatively common birth defects (approximately 1 in 3000 live births) and represent a challenge to the paediatric surgeon both in terms of surgical repair and the management of the long term morbidity. The value of a correlation of the normal events in development with observed congenital malformations was emphasized by Holinger et al, who also stressed the importance of «a thorough understanding of normal development" and a proper appreciation of «how early the pathways leading towards normal or abnormal conditions are determined in human development». Aim: to ascertain the morphological peculiarities of the esophagus and trachea in fetal period Materials and methods :The specimen of 21 embryos and 18 pre-fetus were selected to be the materials of the research. Following investigational methods have been used: macroscopy, microscopy of histological sections series, statistical analysis Results. In 2,0 to 3.5 mm human embryos the foregut includes the future pharynx. In 4,0 to 6,0 mm embryos lung bud separates from digestive tube; trachea and esophagus may become recognizable. The lung bud (and subsequently the trachea) grows caudally into the mesenchyme ventral to the foregut. The part of this mesenchyme that comes to lie between the respiratory and digestive tubes, and that is bounded by the adjacent parts of their epithelium, constitutes the tracheoesophageal septum. The septum is present from the initial appearance of the lung bud (4 week) and is a necessary accompaniment of the normal separation of the two tubes. It is limited rostrally by the epithelium of the pharyngeal floor and not by the septal epithelium. The «separation point», ie, the rostral most limit of the septum, remains at a constant level from 4 to 7 week. From 5 to 6 weeks the caudal end of the trachea is very close to the front wall of the esophagus. The trachea has acquired an independent mesenchymal coat. The trachea and esophagus have resumed their longitudinal growth and, as usual, the esophagus is lengthening more rapidly. At 7 week the pharynx, trachea, and esophagus resume their longitudinal growth which continues into the fetal period. It should be emphasized that under normal conditions: the digestive and respiratory tubes do not arise from a common chamber; the two tubes pursue separate courses as soon as the lung bud appears; a mesenchymal septum immediately begins to separate the two tubes; the two tubes soon acquire independent mesenchymal coats; the separation point remains at a constant level for 3 weeks; the tracheal bifurcation moves increasingly in a caudal direction. Conclusions. `Performed investigation contributes has important value for elucidation of morphologic preconditions of OA/TOF occurrence and acquired pathology pathogenesis, results may be used for improvement of existing and development of new methods of surgical correction and treatment of OA/TOF.

CLINICAL FEATURES OF POSTTRAUMATIC EPILEPSY IN CHILDREN

Salikhova S.M., assistant of the Department of Neurology and Child Neurology and Medical Genetics in TashPMI

Department of Neurology and Child Neurology and Medical Genetics (head of the Department – prof. Madjidova Yo.N)

Supervisor: prof. Sadikova G.K

Problem statement: Post-traumatic epilepsy (PTE) is a form of epilepsy that results from brain damage caused by physical trauma to the brain. PTE is estimated to constitute 5% of all cases of epilepsy and over 20% of cases of symptomatic epilepsy. Currently, it is customary to distinguish early and late post-traumatic epileptic seizures. Early are called epileptic seizures that occur in the acute period of traumatic brain damage, more often during the first (and sometimes the second) week after the injury. The attacks which are observed 2 weeks later after an injury are called late. Studies of recent years have shown the effect of

PTE on all aspects of a patient's life, in particular, on the state of higher brain functions and the emotional-personal sphere, which is of particular relevance in childhood. Objective: to study the clinical features of post-traumatic epilepsy in children.Materials and methods: in a prospective study, an analysis was conducted in 25 children (17 boys, 8 girls) aged 2 to 14 years with PTE. In addition to clinical observations, children underwent additional studies such as EEG. Result. Early post-traumatic attacks were observed in 14 patients: generalized type of epilepsy was formed in 11 children (78.5%), focal - in 3 children (21.5%). Late post-traumatic epilepsy was observed in 11 children: generalized type - in 9 children (82%), focal - in 2 patients (18%). EEG changes in patients with PTE: diffuse changes with pointed waves were observed in 10 patients, diffuse changes of varying severity with slow waves in 8 children, bilateral epileptic oscillations in the form of spike-wave complexes with one-sided predominance in 3 children, limited epileptic oscillations in the form of spike-wave complexes in 2 children, limited epileptic oscillations in the form of sharp waves in 2 children. Conclusion. Thus, early epileptic seizures in patients with TBI increases the risk of developing epilepsy.

TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS

Sulaymanov S.U.[1], Yusupalieva D.B.[2], Tilavova Yu.M.[3], Israfilova S.R.[4]

[1,3,4]Department of Surgical Diseases No. 1, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

[2]The Faculty of Medicine of the Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. Improvement of the surgical treatment results of patients with acute cholangitis by differentiated application of minimally invasive methods of preliminary decompression of bile ducts and improved method of detoxification - plasmapheresis. Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Samarkand State Medical Institute clinic. The research is based on treatment results of 217 patients with hyperbilirubinemia, acute cholangitis, biliary sepsis and severe biliary sepsis. The majority of patients were women - 136, men were 81. The average age of the patients was 65,3 ± 8,7 years. Diagnosis of acute cholangitis and biliary sepsis is based on the history, clinical picture (the Sharko triad, Reynolds pentada) and laboratory examination which allows to calculate the degree of organ failure according to SOFA score (Sepsis organ failure assessment) and the severity of the systemic inflammatory reaction according to the SIRS criteria (Systemic inflammatory response syndrome). The most common cause of cholangitis and biliary sepsis is choledocholithiasis (65.9%), acute destructive cholecystitis (6.9%), rupture of echinococcal cysts in holedoch (6.0%), stricture of the terminal section of choledochus (6.0%), stricture of the larger duodenal papilla - 5,5% stricture of biliodigestive anastomosis and Mirizzy syndrome, respectively, 5.1% and 5.0%. All the patients with acute cholangitis and biliary sepsis underwent surgical treatment. The tactics of surgical treatment of patients with acute cholangitis complicated by biliary sepsis were strictly differentiated. At the same time, a three-stage method of decompression, plasmapheresis and sanation of the bile ducts were predominantly used. Decompression of the bile ducts allowed to delay the radical operation and perform it in a more favorable period. Indications for EPST and PTCS were considered choledocholithiasis with inflammatory stricture of the biliary tract or without it which caused the development of acute cholangitis. In view of the initial severe condition at the first stage of treatment the main goal of the undertaken mini-invasive operation was the elimination of purulent cholangitis by decompression and restoration of passage of bile into the duodenum. According to the results, all the patients were divided into four groups: Group A - patients with mechanical jaundice without signs of inflammatory reaction (SIRS = 0) - 85 patients; Group B - patients with mechanical jaundice and mild inflammatory reaction (SIRS single sign) (acute cholangitis) - 79 patients; Group C - patients with two or more signs of SIRS (biliary sepsis) - 40 patients; Group D - patients with two or more signs of SIRS and organ dysfunction SOFA>0 (severe biliary sepsis) - 13 patients. In 164 patients from A and B (85+79) groups predominantly (in 160 patient's cholecystectomy, choledocholithotomy and external drainage of choledochus were performed), the one-step operative intervention was done. 53 patients from C and D (40+13) groups were treated with plasmapheresis (PA), after preliminary minimally invasive decompression of the bile ducts. After improvement of the patients' condition and normalization of the peripheral blood parameters, operative treatment was performed. Among these patients three subgroups were identified. In 17 patients (group I), along with preliminary decompression of the bile ducts, traditional treatment including infusion and antibiotic therapy was used; in 18 patients (group II) plasmapheresis was used in combination with indirect electrochemical oxygenation (IECO) of plasma with sodium hypochlorite; and in 18 patients (group III) IECO with additional ozonation of plasma (IECO and Ozone) and subsequent reinfusion of detoxified plasma. The criteria for detoxification of exfused plasma which makes possible its reinfusion was determined by Fedorovsky N.M. (2004). With the purpose of developing a rehabilitation program for patients with cholangitis and evaluating the appropriateness of using extracorporeal detoxification methods, we set the goal to investigate the effect of plasmapheresis on the main biochemical and specific parameters of intoxication in patients with severe endotoxicosis in cholangitis. Results & Discussion. Comparative evaluation of the laboratory parameters dynamics in the process of treatment in groups 2 and 3 did not reveal any significant differences. Hyperleukocytosis before operative treatment is noted in both groups. However, after surgical treatment in group 1 patients, the leukocytosis parameters are normalized only at the time of discharge, which indicates more pronounced purulent intoxication. At the same time, in patients of groups 2 and 3 there was a more rapid decrease and normalization of leukocytosis on the 5th postoperative day. The initial increase of the leukocyte index of intoxication (LII), acute increase in the day of the operation takes place in all the study groups. In patients of Group 1 a significant decrease in this indicator was observed by 46.9% at the time of discharge. On the contrary, in patients of groups 2 and 3 there was a significant decrease in this indicator on day 6 (64.1%) and complete normalization at the time of discharge, which is associated with a more effective treatment of endotoxicosis. Significant hyperbilirubinemia was noted in all patients. The highest rates of total and direct bilirubin followed by a slow decrease were found in the group 1. In contrast, patients in groups 2 and 3 showed a decrease in total bilirubin by 79.7% on the first and 85.4% on the third day after the operation, which led to a more rapid normalization of this indicator. A slow decrease in the level of bilirubin in group 1, despite decompression of the biliary tract, reflects the preservation of cholestasis and impaired hepatic cell function. Preliminary decompression and plasmapheresis in patients of groups 2 and 3 ensured rapid arrest (on day 3) of cholestasis, endotoxicosis, and liver dysfunction. Patients in group 1 had high rates of creatininemia on the first day after surgery, which persisted for a long time, indicating liver failure in patients with severe endotoxicosis and cholestasis, which was aggravated by an operating trauma. In contrast, in patients in groups 2 and 3, creatinine chemistry remained within the normal range throughout the postoperative period, preliminary decompression and plasmapheresis contributed to the prevention of hepatic renal failure. Combination of PA and IECO with additional plasma and ozone treatment more efficient in many ways, except that an additional effect by the ozone reduced exposure time from 4-16 (average 8-12 h.) to 3-4 hours. The reliability of the data was checked using t-criteria Student P = 0.05 in relation to the initial indicators. Comparative analysis of laboratory parameters established their normalization in patients of the groups 2 and 3 on the 5th-6th day, which corresponds to the optimal timing of the operation. The greatest number of complications occurred in patients of the 1st group (17.7%), in patients of the 2nd and 3rd groups - 9.7% and 8.1%, respectively. The most frequent of them - suppuration of the postoperative wound, acute hepatic-renal failure, cholemic bleeding and peritonitis. There was a higher postoperative mortality in Group 1 (6.4%), which was 2 times higher than in the 2nd and 3rd groups of patients (3.2%). The main cause of death was acute hepatic-renal failure, angiocholitis, and sepsis. In the 2 nd and 3 rd groups the severest patients with purulent obstructive cholangitis died. Preliminary decompression and sanation of the biliary tract with plasmapheresis in these patients led to a reduction in lethal outcomes and duration of hospitalization on average by 5-9 days. In patients with severe endogenous intoxication, in the postoperative period the most severe endotoxicosis and multiple organ failure were preserved in patients of the 1st group. On the contrary, in patients of groups 2 and 3 the best results of surgical treatment were noted due to the developed medical diagnostic algorithm. Thus, the differentiated treatment and diagnostic tactics for acute cholangitis complicated by biliary sepsis using the 3-stage method of decompression, plasmapheresis and sanation of the bile ducts is the most rational for this category of patients which is confirmed by a significant reduction in the number of complications, a decrease in postoperative mortality, recovery. Conclusions. The most severe degree of endogenous intoxication was detected in patients who underwent operative intervention without plasmapheresis sessions, which was accompanied by high lethality (6.4%). Preliminary minimally invasive decompression, a course of detoxification therapy including plasmapheresis can reduce postoperative lethality by 4 times, the number of complications - by 2 times, and accelerate the clinical recovery of patients. The developed differential surgical tactic with the implementation of minimally invasive decompression and the use of plasmapheresis allows to decrease the phenomenon of endotoxicosis, cholestasis and liver dysfunction and thereby improve the results of treatment. The proposed method of plasmapheresis is a highly effective method of preoperative preparation of patients with severe degree of cholemic endotoxicosis, which helps stabilize cytolytic activity (lowering of alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase) and cholestatic (lowering of bilirubin) process, which improves protein-synthetic liver function, allows to eliminate the main clinical manifestations in severe patients and thereby significantly expand the indications to surgical treatment.

MANAGEMENT AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF THE MIRIZZI SYNDROME

Sulaymanov S.U.[1], Yusupalieva D.B.[2], Tilavova Yu.M.[3], Israfilova S.R.[4]

[1,3,4]Department of Surgical Diseases No. 1, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

[2]The Faculty of Medicine of the Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

We treated 4037 patients with various forms of cholelithiasis. Mirizzi syndrome was diagnosed in 56 patients, which was 1.38%. Women were 47 (84%), men - 9 (16%). The age of the patients was from 27 to 80 years. The distribution of patients depending on the form of inflammation of the gallbladder was as follows: chronic cholecystitis - 32 patients, acute cholecystitis - 24. Patients with Mirizzi syndrome divided into 2 groups. The control group included 19 patients who underwent of laparotomy cholecystectomy. The main group consisted of 37 patients whose cholecystectomy was performed in a minimally invasive manner. All patients underwent general clinical examination, endoscopic examination of the upper sections of the gastrointestinal tract was carried out. Ultrasound of the abdominal cavity at which the state of the gallbladder was evaluated (volume, thickness and clarity of the wall contour), intra- and extrahepatic bile ducts, liver and its gates, pancreas. In anamnesis, 28 patients with Mirizzi syndrome had episodes of mechanical jaundice. It should be noted that as a result of the inflammation in the gallbladder, compression and disturbance of the patency of the common hepatic or common bile ducts occurs. All the patients with mechanical jaundice had an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in the anamnesis. In 7 patients ERCP was not informative to establish a definitive diagnosis. Therefore, the clinic adopted a tactic with obligatory performance of intraoperative cholangiography (IOC) in patients with mechanical jaundice on admission or in anamnesis, expansion of the common bile duct according to ultrasound data over 10 mm, an increase in the level of total bilirubin and its fractions, increased rates of AST, ALT and AP. Laparoscopic cholecystectomy was performed according to the standard procedure in conditions of pneumoperitoneum from 4 trocar points. The diagnosis of Mirizzi's syndrome was established intraoperative with revision of the cervix of the gallbladder, elements of the Kalo triangle, hepatoduodenal ligament and its elements. Also, the diagnosis was verified by the results of IOC, which was performed through an incised vesicular duct prior to cholecystectomy. Based on the data of ultrasound and ERCP obtained before the operation, as well as intraoperative data, determined the further treatment tactics. Results and its discussion. Evaluation of ultrasound results, which was performed before the operation, allowed the diagnosis of Mirizzi syndrome in 37 (67.4%) patients. When evaluating the echogram, we detected signs that allowed us to suspect the Mirizzi syndrome before the operation. These include the stone of the bladder duct with a slight enlargement of the Common hepatic duct (CHD); An enlarged bladder duct with concrement; An enlarged bladder duct with low confluence; Contraction of the gallbladder + widening of the hepatic ducts + the unexpanded common bile duct (CBD); Wedged stone of the cervix of the gallbladder + dilatation of the bile ducts + choledocholithiasis; Contracted gallbladder + dilated bile ducts + choledocholithiasis; Wrinkled gallbladder + enlargement of bile ducts + choledocholithiasis + narrowing in the area of CHD. When evaluating the results of ERCP, the characteristic compression of the external bile duct from the outside, or the presence of a cholecystcholedochal fistula, was found pathognomonic for the Mirizzi syndrome, which was found in 32 (58.3%) patients. We identified two types of Mirizzi syndrome. Mirizzi type I syndrome - a stone wedged into the cystic duct and into the cervix of the gallbladder causes compression of the common hepatic or common bile ducts was diagnosed in 42 (75%) patients. Mirizzi type II syndrome was represented by a formed cholecystcholedochal fistula in 14 (25%) patients. The final diagnosis was confirmed intraoperative, with the final diagnostic method being the IOC, the efficacy of which in our study was 100%. In Mirizzi type I syndrome, we performed laparoscopic cholecystectomy. At the same time, there were significant morphological changes in the tissues in the surgical intervention zone, but with good knowledge of the topographic and anatomical variants of the structure of the formations in the hepatoduodenal ligament zone and careful manipulation, laparoscopic cholecystectomy was successful in 25 (67.5%) patients with Mirizzi syndrome. In 3 (8.1%) patients after laparoscopic revision of the subhepatic space, the performance of laparoscopic cholecystectomy was considered risky without attempts to isolate the bladder duct and the vesicle artery (dense infiltrate, extensive adhesive process in the area of the Kalo triangle). These patients underwent a conversion to minilaparotomic cholecystectomy. In 9 (24.3%) cases of the formed cholecystcholedochal fistula (type II Mirizzi syndrome), minilaparotomic cholecystectomy with intraoperative cholangiography and sanitation of choledoch with antiseptic solutions was performed. Surgery was completed by the plasticity of choledochus on T-shaped drainage in the presence of a defect of not more than 1/3 of the circumference of the common bile duct (4 cases). In 5 cases of detection of a defect of choledoch more than on 1/3 of a circle, conversion on a laparotomy by expansion minilaparotomic wounds was made. In 2 cases, the choledochoduodenoanastomosis was applied by Yurash-Vinogradov and 3 patients made hepaticojejunostomy on the switched off loop of the small intestine according by Roux. It should be noted that when evaluating the long-term results of the performed surgical interventions, the best results were obtained in patients who underwent hepatitis intolerance with an anastomosis according by Roux. In patients who underwent laparoscopic and minilaparotomic cholecystectomy, there were no postoperative complications. In case of performing an operative intervention from laparotomy access, 2 patients had suppuration of the operative wound and in 3 patients had postoperative pneumonia. There were no lethal outcomes. Further development of algorithms of diagnostic and therapeutic measures in the detection of Mirizzi syndrome will avoid a large number of injuries of the biliary tract and other vital anatomical structures, reduce the frequency of conversions with complicated forms of cholecystitis, and eliminate complications associated with disorders of the choleretic. A promising area of further research is the widespread introduction of fully laparoscopic techniques for the treatment of this pathology. Conclusions. In the presence of an inflammatory infiltrate and the impossibility of laparoscopic surgery, a conversion to minilaparotomic cholecystectomy is necessary. If suspicion of Mirizzi syndrome II type cholecystectomy is recommended to start from minilaparotomic access. In the case of a defect of choledoch more than 1/3 of the circumference, it is recommended to switch to laparotomy by dilating the minilaparotomic wound and preference should be given to cholecystectomy with drainage of choledochus or hepatitis-like anastomosis according by Roux.

INTRAOPERATIVE LAVAGE WITH OZONIZED PHYSIOLOGICAL SOLUTION IN CASE OF EXPERIMENTAL PERITONITIS

Ungurian A.M., Dikal M.V.

Higher State Educational Establishment of Ukraine, «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Bioorganic and Biologic Chemistry and Clinical Biochemistry

(Head of department: associate prof. Grigoreva N.F.)

Introduction. In spite of the progress and improvement of surgical methods of treatment and introducing of new antibacterial means into surgical practical work, lethal outcome in case of diffuse purulent peritonitis remains high. One of the most dangerous complications in the post-operative period in case of peritonitis of appendicular genesis is acute commissural intestinal obstruction constituting 4,5% of all surgical diseases of the abdominal cavity. It is the most severe sign of commissural peritoneal disease and occupies a leading place among other kinds of intestinal obstruction. APUD-system (Amine Precursors Uptake and Decarboxylation system) – is the system of cells having general embryonic origin able to produce and accumulate biogenic amines and (or) peptide hormones. Materials and methods. The experimental studies were conducted on 30 rats with the body weight of 270 ± 26 mg. Peritonitis was simulated by means of intra-abdominal administration of 10% autofeces mixture. 48 hours later laparotomy was performed, the abdominal cavity was cleaned with antiseptic solutions (group of comparison), washing with ozonized physiological solution (main group). The operative wound was sutured layer-by-layer. Peritonitis was simulated by means of intra-abdominal administration of 10% autofeces mixture. 48 hours later laparotomy was performed, the abdominal cavity was cleaned with antiseptic solutions (group of comparison), washing with ozonized physiological solution (main group). The operative wound was sutured layer-by-layer.Euthanasia of rats was conducted 10 days after the experiment. Portions of the ileum and caecum were taken for morphological examination. The results were statistically processed by the common methods using Student t-criterion. Differences were considered to be statistically reliable with reliability level 0,05 and higher. Results. Histological examination of the walls of the small and large intestines in case of experimental peritonitis resulted in detection of a positive effect with intra-operative administration of ozonized physiological solution NaCl 0,9% at the expense of decreased inflammatory process, decreased destruction of the muscular membrane in the form of focal moderately pronounced inflammatory infiltration. Conclusions. Examination of APUD-system in case of intra-operative administration of the ozonized physiological solution NaCl 0,9% found APUD-cells practically in all the glands, the number of granules and their sizes were larger, the granules were located both in the basal and apical parts of cells. The average number of APUD-cells (142+20,4) was close to the control (326+16,8), which is indicative of an increased functional activity of APUD-cells.

Стоматология

ПАТОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абанина И.Н., Шакирова Р.Р., Николаева Е.В.

ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ, Кафедра стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний (зав. каф. – д.м.н., доцент Шакирова Р.Р.)

Научный руководитель: доц., д.м.н. Шакирова Р.Р.

Цель работы. Изучить распространенность патологии зубочелюстной системы у детей дошкольного возраста. Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 283 детей (154 мальчика, 129 девочек) в возрасте от 3 до 7 лет в г. Ижевске на наличие зубочелюстных аномалий, аномалий мягких тканей полости рта, кариеса и его осложнений. Результаты исследования. Нейтральное соотношение зубных рядов было зарегистрировано у преобладающего числа детей и составило 62,2±2,9%. Аномалии соотношения зубных рядов были диагностированы у 37,8±2,9%. Из них 72±0,4% обследуемых имели глубокую резцовую окклюзию. Мезиальная окклюзия встречалась в 7,5±2,6% случаев, перекрестная и дистальная окклюзия в 2,8±1,6% случаев, обратная резцовая окклюзия - 1,9±1,3% и 13±3,3% - составила сочетанная патология в двух плоскостях. Средняя интенсивность кариеса по индексу кпу (зубов) у обследуемых детей достигла 2,6. В группе детей с физиологической окклюзией интенсивность кариеса была равна 2,51 против 2,79 у детей с зубочелюстными аномалиями. При этом большая доля пришлась на пораженные кариесом и удаленные зубы. В структуре рано удаленных зубов преобладали молочные моляры. Проведенное исследование показало, что аномалии мягких тканей встречались у 75±2,6% из всех обследованных детей. При рассмотрении каждой патологии, было выявлено, что процент детей, имеющих аномально прикрепленные и/или измененные в размерах уздечки верхней губы составил 20,1±2,4% случаев. Отклонения от нормы при рассмотрении уздечки нижней губы и глубины преддверия полости рта были диагностированы в 4,2±1,2% случаев, патология со стороны уздечки языка отмечалась в 11,3±1,9%. Сочетанная патология встречалась в 39,6±2,9% случаев. Выводы. Распространенность зубочелюстных аномалий среди осмотренных дошкольников города Ижевска составила 37,8±2,9%. Ведущее место занимает патология окклюзии в вертикальной плоскости (72,0±0,4%). Выявлена высокая распространенность аномалий мягких тканей полости рта (75,0±2,6%), чаще наблюдалась сочетанная патология (39,6±2,9%). Что указывает на недостаточное внимание к факторам, влияющим на формирование патологии окклюзии и необходимости профилактики и коррекции зубочелюстных аномалий у детей уже в дошкольном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ВНЧС

Абдуллаев А.С. Курбонова М.Т. Рахматуллаева Ш. Д. студенты 311 группы Стоматологического факультета СамМИ,

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом детской челюстно-лицевой хирургии. (зав. каф. - к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель: Кубаев А.С.

Цель работы: доказать наличие положительной динамики при лечении патологий ВНЧС с использованием гомеопатических лекарственных средств. Материалы и методы: Обследовано 56 пациентов с патологиями ВНЧС в клинических условиях (опрос, осмотр, пальпация и аускультация области ВНЧС). Дополнительные методы: рентгенография, компьютерная и магниторезонансная томография. Фармакологический обзор препаратов «Манталин». Названные препараты больные применяли в форме капсулы - по 2 капсулы препарата 2 раза в день в течении 20 дней сублингвально. Результаты: после 2-х месячного курса лечения препаратами «Манталин» мы получили следующие результаты: 43 пациента (77%)- клинические признаки заболевания полностью ликвидировались. 13 (23%) пациентов- периодически проявлялись симптомы заболевания, так как хронический вывих нижней челюсти у них ликвидировать не удалось. Выводы: Общепринятое малоуспешное лечение больных аллопатическими средствами можно с успехом заменить применением гомеопатических препаратов, то есть лекарствами природного происхождения. Однако считать гомеопатию панацеей от всех заболеваний ВНЧС нельзя! В большинстве случаев патологии сустава сопровождаются обширными воспалительными и деструктивными изменениями. Лечение таких пациентов требует использования аллопатических средств и оперативных вмешательств.

ПРОТИВОМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

Александрова У.В., Гержан А.Г., Кулагина Л.Ю. студенты 421 группы,

Канева Е.А., студентка 423 группы стоматологического факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Кафедра стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний (зав. каф. – д.м.н. Шакирова Р.Р.)

Научный руководитель доцент, д. м. н. Мосеева М.В.

Цель работы: изучить частоту использования жидких средств гигиены полости рта, исследовать влияние на микробный пейзаж полости рта некоторых видов ополаскивателей. Материал и методы: проведено анонимное анкетирование 424 пациентов с целью выявления частоты применения жидких средств гигиены полости рта в Удмуртской республике. Также на основании добровольного информированного согласия определено изменение микробного пейзажа ротовой полости после курса применения ополаскивателей у лиц со сходным стоматологическим статусом. В этом исследовании приняли участие 69 студентов-добровольцев, которые были разделены на 4 группы и в течение двух недель использовали дополнительные жидкие средства гигиены, содержащие ферменты растительного происхождения (1 группа), спирт в сочетании с антисептиком (2 группа), растворы различных антисептиков (3 и 4 группа). Результаты: по результатам анонимного анкетирования 424 пациентов стоматологических поликлиник получено, что дополнительными средствами гигиены полости рта пользовалась половина (45,9±2,4%) респондентов, преимущественно мужчины. Причиной нерегулярности их использования 62,0±2,3 на 100 опрошенных отметило высокую цену и отсутствие информации о целесообразности и необходимости их использования. Из дополнительных средств гигиены наибольшей популярностью пользовалась жевательная резинка, на использование которой указало большинство (87,5±1,7%) респондентов, на втором месте находились зубочистки – ими пользовались 70,0±2,2 на 100 опрошенных. Жидкими средствами гигиены полости рта пользовались лишь 14,2±2,5 на 100 опрошенных. Интенсивность кариеса зубов у группы студентов-добровольцев по индексу КПУ составила 5,73±0,46. Гигиеническое состояние полости рта по индексу эффективности гигиены полости рта (PHP) 2,05±0,130 балла, что соответствовало удовлетворительному уровню гигиены. Микрофлора полости рта участников исследования была представлена преимущественно кокковыми микроорганизмами нескольких видов. У некоторых пациентов также были обнаружены условно патогенные грибки рода Candida. Было проведено сравнение числа выросших колоний и видового разнообразия до и после использования ополаскивателя в каждой исследуемой группе. Во всех исследуемых группах было отмечено заметное снижение количества выросших колоний после курса применения ополаскивателей всех видов. Однако достоверное снижение числа видового разнообразия микроорганизмов было отмечено в группе, где использовался спиртосодержащий ополаскиватель в сочетании с антисептиком. Изменения гигиенического состояния полости рта не было отмечено ни в одной группе. Повышения гигиенического состояния удалось добиться лишь контролируемой гигиеной полости рта. Выводы: Ополаскиватели для полости рта позволяют добиться качественного и количественного снижения микробной обсемененности ротовой полости при курсовом приеме. Низкая популярность этих средств гигиены среди пациентов заставляет врачей-стоматологов не только повышать стоматологическую грамотность населения, но и уделять внимание целевому назначению этих средств.

ВЛИЯНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ЭРИТРОЦИТЫ

Андреева А.А., студентка 412 группы стоматологического факультета ИГМА

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (зав. каф. – к.м.н., доц. Соловьев А.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Соловьев А.А.

Цель работы: Определить возможные последствия при применении гипохлорита натрия в стоматологии. Материал и методы исследования: анализ научно-методической литературы; микроэлектрофорез клеток; статистический критерий Манна-Уитни. Результаты: бактерицидное действие гипохлорита натрия в отношении патогенных микроорганизмов (Porphyromonasgingivalis, Porphyromonasendodontalis, Prevotellaintermedia), грибов кандидаCandidaalbicansнесомненно. Тяжелые осложнения могут возникнуть при выведении ирриганта за пределы верхушки корня. При попадании гипохлорита натрия с концентрацией 0,3% в общий кровоток происходит гемолиз эритроцитов, образование кровяных сгустков, препятствующих току крови. При попадании на слизистую щеки в результате неосторожного проведения манипуляции возможен ожог до образования трофических язв и некроза в месте попадания раствора с концентрацией 0,3%. Помимо этого в литературе описаны случаи дисфункции лицевого нерва после экструзии гипохлорита натрия во время лечения корневого канала. Для определения достоверности результатов проведено статистическое исследование с использованием критерия Манна-Уитни, согласно которому достоверность полученных результатов составляет 95%, а среднее выборки – 3,6, что попадает в критерии достоверности. Выводы: согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в целях профилактики ятрогении и во избежание тяжелых осложнений применение гипохлорита натрия должно производиться в условиях тщательной изоляции мягких тканей полости рта и заапекального пространства.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Антонюк В. Т., студентка 2 группы 4 курса стоматологического факультета

ГВНЗ Тернопольский государственный медицинский університет шимени И.Я. Горбачевского МЗ Украины

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Лучинский М.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Бойцанюк С.И.

Важная проблема стоматологии детского возраста - значительная распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций. От 65 до 72% населения имеют ЗЧА, в аппаратурном лечении нуждаются 34% пациентов с такими аномалиями. При ортодонтическом лечении в полость рта вводятся несъемные и съемные аппараты, конструктивные элементы которых -брекеты, пружины, дуги, кламмеры и др. становятся ретенционными пунктами для скопления мягкого зубного налета, что ведет к ухудшению процесса самоочищения, затруднению гигиенического ухода, нарушению динамического равновесия и обменных процессов в полости рта. При этом повышается риск возникновения кариеса зубов и воспалительных заболеваний в тканях периодонта. Первоочередной задачей в профилактике стоматологических заболеваний на этапах ортодонтическоголечения является обеспечение высокого уровня гигиены полости рта. В многочисленных работах определена значимость и важность проведения профессиональной гигиены, мотивации ребенка к педантичному выполнению рекомендаций врача в периоде активного этапа лечения. В настоящее время фирмами производителями усовершенствуются средства гигиены: разрабатываются модификации зубных щеток, ирригаторов, рецептуры лечебно-профилактических паст, ополаскивателей, адаптированные для использования пациентами, находящимися на ортодонтическом лечении. В качестве средств гигиены при ортодонтическом лечении доказана эффективность применения электрофоретических зубных щеток. Для профилактики и лечения патологических реактивных изменений слизистой оболочки протезного ложа у детей, которые используют съемные пластиночные аппараты, рекомендуют применять лечебно-профилактические противовоспалительные зубные пасты и бальзамы-ополаскиватели «Пародонтакс» (Glaxo Smith Kline Consumer Healthcare, Великобритания), «Лакалют актив» (Аркам ГмбХ, Германия), «Корсодил» (GlaxoSmithKlineHealthcare, Германия). Необходимо дифференцировать подход к проведению профилактических мероприятий с учетом степени риска возникновения кариеса и заболеваний пародонта при использовании съемных ортодонтических аппаратов. Для детей с низким риском развития кариеса зубов и болезней пародонта предлагают проведение профессиональной гигиены полости рта с аппликацией фторсодержащего лака 1 раз в 4 месяца. Для детей со средним риском – обучение гигиене полости рта с контрольными визитами раз в 1–2 недели до достижения хороших и удовлетворительных значений гигиенических индексов и аппликацией фторсодержащего лака 1 раз в 2 месяца. Для детей с высоким риском – проведение профессиональной гигиены полости рта с флюоризацией 1 раз в 2 месяца; использование дважды в день (утром и вечером после чистки зубов) антисептического ополаскивателя для полости рта. Все это говорит о необходимости проведения комплексного подхода к выбору профилактических мероприятий, а именно: обучение рациональной гигиене и контроль ее качества, профессиональная гигиена полости рта, а также подбор средств и предметов для индивидуальной гигиены полости рта, включая ирригатор, специализированные ортодонтические щетки, ершики, супер-флоссы и др.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Арипова Н.Б., Умарова Ш.Ш. студенты 302 С группы факультета детской стоматологии ТГСИ

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (заф.каф. – д.м.н., профессор Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: асс. каф. Атабекова Ш.Н.

Были исследованы следующие препараты: «R.O.C.S. Medical Minerals» фирмы R.O.C.S. (Швейцария-Россия), «Tooth Mousse» фирмы GC (Япония), «Topical A.P.F. Gel» фирмы Sultan (США), Пенка «Flairesse» фирмы DMG (Германия). Для оценки отдельных характеристик препаратов было сформировано 2 группы пациентов. Всего в исследовании приняло участие 60 человек обоего пола без общесоматической патологии и вредных привычек в возрасте 20-30 лет с интактными фронтальными зубами верхней челюсти. Уровень гигиены – удовлетворительный, интенсивность кариеса – средняя. Все они были проинформированы о предстоящих лечебных мероприятиях и дали на них своё согласие. В исследовании реминерализующей эффективности и влиянии препаратов на цвет зубов приняло участие 40 человек (1 группа). Пациенты 1 группы были разделены на 4 подгруппы (по количеству исследуемых препаратов) по 10 человек в каждой. Для оценки скорости полной реминерализации была создана 2 группа пациентов в количестве 20 человек. Результаты: Результат изменения уровня кислотоустойчивости после курса реминерализующей терапии показал, что максимальное снижение показателя тэр-метода составило 2,4 балла в группе «Tooth Mousse». Это на 0,4 балла выше, чем в группе «Flairesse», на 0,8 балла, чем в группе «R.O.C.S. Medical Minerals», и на 1,0 балла, чем в группе «Topical A.P.F. Gel». Максимальная скорость полной реминерализации искусственно деминерализованного участка составила 5 дней препаратом «Flairesse». Это на 3 дня быстрее, чем скорость реминерализации в группе «Tooth Mousse», и в 2 и более раза быстрее, чем в группах остальных препаратов. Надо отметить, что все препараты уложились в сроки курса реминерализации. После двух недель аппликаций не отмечалось прокрашивания очага ни у одного пациента. Изучение влияния реминерализующей терапии на цвет зубов показало, что к наибольшему осветлению зубов приводит реминерализация препаратом «R.O.C.S. Medical Minerals», где среднее значение изменение цвета составило 1 тон по шкале Vita за 2 недели использования. После применения только этого препарата осветление зубов отмечалось у каждого пациента. В остальных группах препаратов цвет зубов менялся не у всех пациентов. Выводы: В целом существенно достоверных различий между клинической эффективностью исследуемых препаратов выявлено не было. Современные препараты на основе кальция и фтора достаточно эффективно влияют на процессы реминерализации эмали.

АНАТОМИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА

Ибрагимова (Атабаева) Б.Т.студент 303-группы стоматологического факультета АГМИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. каф. – д.м.н. Рахимов Д.А.)

Научный руководитель Рахимов Д.А.

Цель работы: Выявление особенностей строения альвеолярной части тела нижней челюсти. Материал и методы исследования: Объектами исследования стали 96 пациентов первого периода зрелого возраста с полным рядом зубов и ортогнатическим прикусом. Всем пациентам измерялись длиннотный и широтный показатели альвеолярной дуги нижней челюсти. Каждому пациенту выполнялась конусно-лучевая компьютерная томограмма челюстей на дентальном томографе (Vatechpax i 3d, Южная Корея) с использованием компьютерной программы для их анализа (EZ 3D). В ходе исследования нами были определены анатомические границы альвеолярной части нижней челюсти, где нижней границей альвеолярной части мы считали зоны верхушек зубов в области резцов и клыков, в области премоляров и моляров - кортикальную пластинку верхней стенки нижнечелюстного канала. В целях удовлетворения требованиям методики немедленной дентальной имплантации в области однокорневых зубов измеряли высоту костной ткани альвеолярной части от дна лунки зуба до кортикальной пластинки нижнего края нижней челюсти или верхней стенки нижнечелюстного канала. Данные зоны были названы нами остаточной костной тканью альвеолярной части, а параметр – остаточной высотой. Результаты. В ходе исследования были выявлены три формы альвеолярных дуг нижней челюсти по аналогии с методиками определения форм частей тела по В.Н. Шевкуненко. Индекс альвеолярной дуги вычисляли по формуле ширина/длину*100. Таким образом, при показателе индекса меньшем 108,6 альвеолярную дугу считали узкой и длинной – 21 человек, при большем 129,9 – широкой и короткой – 6 человек, а при показателях индекса от 108,7 до 129,8 альвеолярная дуга считалась промежуточной – 69 человек. Длина альвеолярной части тела нижней челюсти от области третьих моляров до первых резцов у людей с длинной и узкой формой альвеолярной дуги справа в среднем составляла 60,4±0,7 мм, а слева 59,4±0,7 мм и достоверно не различалась с людьми с промежуточной и широкой и короткой формой альвеолярных дуг. Изучение остаточной высоты альвеолярной части в области каждого зуба показало, что наименьшее ее значение у всех обследуемых пациентов было в области вторых премояров, а наибольшее – в области фронтальной группы зубов. Выводы. Выявлены три формы альвеолярной дуги нижней челюсти: широкая и короткая, узкая и длинная, дуга с промежуточным показателем индекса. В исследуемой группе людей широкая и короткая форма альвеолярной дуги нижней челюсти встретилась у 6,3%, промежуточная – 71,8%, узкая и длинная – 21,9%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ахмедов Б.С. резидент магистратуры 1 курса стоматологического факультета

Ибрагимов Д.Д., Рустамова Г.А., Исматов Н.С.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии СамМИ (зав. каф. - к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель – к.м.н. Гаффаров У. Б.

Цель работы: Изучить частоту встречаемости абсцессов и флегмон челюстно – лицевой области и определить состав микроорганизмов в очаге воспаления. Материалы и методы исследования: Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургииСамаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. В соответствии с намеченной целью исследования, нами проведено комплексное обследование больных, с флегмонами и абсцессами челюстно – лицевой области (ЧЛО) у 58 больных в период 2018 гг., находящихся в стационарном лечение. Микробиологические обследование проводилось после операции вскрытие гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования и инструментальные, дополнительные методы исследования, а также консультация специалистов. Результаты: По данным настоящего исследования частота встречаемости абсцессов и флегмон приходилась на трудоспособное население и составила 76% (44 из 58 случаев), из них у лиц мужского пола 65% (38 случай), у лиц женского пола 35% (20 случая) соответственно. Соотношение лиц мужского и женского пола во всех возрастных группах составило 2:1. Результаты бактериологического метода исследования: у 100% пациентов с флегмонами ЧЛО из очагов воспаления были выделены монокультуры микроорганизмов. Характер микрофлоры гнойных ран, выделенных из очага воспаления, по данным микробиологического исследования на флору и чувствительность был следующий: частота встречаемости грамположительных микроорганизмов: St. epidermidis - 40,3%, St. aureus - 11,2%, St. saprophyticus - 4,5%, Str. pyogenes -5,5%, Str. viridans - 8,0%, E. faecalis- 2.1%. Частота встречаемости грамотрицательных микроорганизмов: Escherichia coli - 5%, Klebsiella pneumonia - 3.7%, Pseudomonas aeruginosa– 3,3%, прочие- 4,5%. Среди флегмон одонтогенной этиологии преобладали флегмоны поднижнечелюстной области и дна полости рта. Средний срок лечения пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области составил 5,75 дня. Выводы. Таким образом, у 93% пациентов с флегмонами и 85% пациентов с абсцессами челюстно-лицевой области заболевания имеют одонтогенную природу. Зубы с очагами острой или хронической инфекции природу служила входными воротами инфекции в ткани ЧЛО. Результаты бактериологического метода исследования показала у 100% пациентов с абсцессами и флегмонами ЧЛО из очагов воспаления были выделены монокультуры микроорганизмов.

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮНЫ У РАБОТНИКОВ СПИРТОВОГО ПРОИЗВОДСТВА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Бандривская Н.Н., Мрочко О.И. ассистенты кафедры терапевтической стоматологии

ЛНМУ им. Д. Галицкого (зав. каф. - к.м.н., доц. Пупин Т.И.)

Научный руководитель - д.м.н., проф. Заболотный Т.Д.

Цель работы: Проанализировать бактериоскопические показатели слюны у работников спиртового производства с воспальтельными заболеваниями тканей пародонта. Материал и методы исследования: Бактериоскопические исследования слюны провели в 62 работников спиртового производства, из которых у 28 человек было выявлено катаральный гингивит и у 34 пациентов - генерализованный пародонтит I-III степеней. Контролем служила группа из 21 человека без стоматологической заболеваемости. Для бактериоскопического выявления содержания микробов, смешанную нестимулированую слюну разводили физиологическим раствором в 10 раз и смешивали с красителем Май-Грюнвальда (эозин - метиленовый синий) в соотношении 1 объем красителя и 1,5 объема слюны. Параллельно проводили окраску разбавленной слюны по Граму, используя карболовый раствор генциан фиолетового, раствор Люголя и раствор основного фуксина по Цилю. Результаты: В результате проведенных бактериоскопических исследований нами установлено, что у лиц группы сравнения количество грамположительных бактерий составляет 80,26% и грамотрицательных микроорганизмов - 10,74%. У работников спиртового производства, больных катаральным гингивитом, грамположительные бактерии составляли 66,96% от общего количества микроорганизмов, обнаруженных при данном заболевании, было в 1,2 раза меньше относительно данных группы сравнения, ($p1 <0,01$). В то же время, нами исследовано, что у больных ХКГ увеличивалось количество грамотрицательных бактерий в 3,0 раза относительно аналогичного показателя группы сравнения ($p <0,01$). У больных генерализованным пародонтитом количество грамположительной флоры уменьшалась до 45,0%, что в процентном отношении было в 1,8 раза меньше относительно данных сравнительной группы ($p <0,01$) и в 1,5 раза относительно данных больных с ХКГ, ($p1\leq0,01$). Грамотрицательная флора оказывалась у пациентов с ГП в 4,0 раза чаще по отношению к группе сравнения ($p <0,01$) соответственно, в 3,0 раза больше, чем у больных с ХКГ, ($p1 <0,01$). Соотношение грамотрицательной и грамположительной микрофлоры является показателем дисбактериоза в полости рта. По данным проведенных нами исследований, у больных с ХКГ этот показатель в 4,1 раза выше относительно данных сравнительной группы, ($p\leq0,01$), а у больных с ГП соотношение микрофлоры превышает данные у здоровых лиц в 10,2 раза, ($p <0,01$) и в 2,5

раза было выше аналогичного показателя у лиц с катаральным гингивитом (p1 <0,01). Выводы: Таким образом, у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта исследуется увеличение условно-патогенной микрофлоры, в которую входят грамотрицательные микроорганизмы, поэтому увеличение их количества обусловливает развитие микробной интоксикации, которая способствует углублению воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта. Также, у работников спиртового производства с воспалительными заболеваниями тканей пародонта при бактериоскопическом методе исследования выявлено преобладание грамотрицательной микрофлоры, патогенность которой способствует возникновению каскада метаболических изменений в тканях пародонта на фоне дисбиотических явлений.

АНАЛИЗ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ

Бандривский Ю.Л. доцент кафедры детской стоматологии ТГМУ им. И. Я. Горбачевского (зав. каф. - д. м. н., проф. Авдеев А.В.)

Научный руководитель - д. м. н., проф. Авдеев А.В.

Обследовано 204 человека с генерализованным пародонтитом (основная группа) и 200 практически здоровых людей (сравнительная группа). Оценка свертывающей системы крови проводились с помощью автоматического анализатора. Определение фибриногена проводили по тесту Клауса. Определение антитромбина III проводили по тесту Гессе (1981). Результаты: установлено, что у больных с ГП содержание тромбоцитов в крови было на 21,63% выше, в среднем, чем у пациентов с интактным пародонтом (324,48 ± 29,15 × 109 / л против 254,31 ± 19,69 × 109 / л, p <0,05). Отмечено достоверное увеличение содержания тромбоцитов у больных ГП с 0 (I), B (III) группами крови относительно данных у лиц с аналогичной групповой принадлежностью с здоровым пародонта: на 25,23% и на 25,73%, p <0,05. У пациентов с генерализованным пародонтитом, носителей A (II) и AB (IV) группы крови наблюдали статистически незначительное повышение содержания тромбоцитов относительно данных у пациентов с интактным пародонтом, представителей A (II) и AB (IV) группы крови, p> 0,05. При этом, обращало внимание, что объем тромбоцитов у больных ГП, независимо от групповой принадлежности крови, находился в пределах нормы и статистически не отличался от значений у лиц сравнительной группы, p> 0,05. Протромбиновый индекс у больных ГП был в среднем 95,88 ± 6,26% против 93,48 ± 7,17% в исследуемых группах сравнения, p <0,05. При этом, при межгрупповом сравнении у носителей разных групп крови, статистически значимой разницы между значениями проанализированного показателя не выявлено, p> 0,05. Содержание фибриногена в сыворотке крови больных ГП в среднем было на 31,30% выше относительно данных у лиц сравнительной группы (4,76 ± 0,39 г / л против 3,27 ± 0,51 г / л, p < 0,05). Следует отметить, что максимальный рост уровня фибриногена в сыворотке крови исследовали у больных ГП, носителей 0 (I) группы крови - на 36,71%, p <0,01, при минимальных данных этого показателя у пациентов основной группы с AB (IV) группой крови - на 19,53%, p> 0,05. При этом, у представителей основной группы с B (III) и A (II) группой крови уровень фибриногена в сыворотке крови возрастал на 34,40% и на 32,92% соответственно, p <0,05. Максимальное увеличение содержания антитромбина III, в сыворотке крови исследовали у носителей B (III) группы крови, больных ГП - на 16,52%, p <0,01. У пациентов основной группы с 0 (I) и A (II) группой крови содержание антитромбина III, в сыворотке крови превышал данные в сравнении на 6,23% и на 5,12% соответственно, p <0,05. Обращало внимание, что у больных ГП с AB (IV) группой крови содержание антитромбина III уменьшалось на 6,38% относительно данных в исследуемых лиц сравнительной группы с аналогичной групповой принадлежностью крови. Выводы: Таким образом, анализ гемостазиологических параметров у больных ГП указывает на повышение функционирования системы гемостаза, может играть важную роль в развитии воспалительных реакций, влиять на гемодинамику и обусловливать капиллярный спазм сосудов пародонта. При этом у больных ГП изменения значений гемостазиологических параметров были разными по интенсивности в зависимости от групповой принадлежности крови.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕЛЯ «КАЛЬЦЕТИН»

Бахриддинова Ш., Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Холбоева Н.А. студенты 508-группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра стоматологии №2 (зав. каф. - Исроилов С.А)

Научный руководитель асс. каф. Муратова С.К.

В период 2017-2019 гг. на кафедре 2-стоматологии были исследованы 84 пациентов в возрасте от 19 до 35 лет, страдающих деструктивными формами хронического периодонтита. Проведено лечение 87 зубов, из них 40 многокорневых и 47 однокорневых. В нашем исследовании мы использовали в качестве антисептика для промывания инфицированных каналов Купратин суспензия №1 («TehnoDent» Россия) который обладает качеством стимулирования образования дентина и костной ткани. Корневые каналы высушивались бумажными пинами, временно обтурировались Кальцетин гелем («TehnoDent» Россия), на две недели под временную пломбу. Все средства применялись в соответствии с инструкцией по их применению. В ходе клинических исследований использовался осмотр и зондирование, рентгенологически, внутриротовые рентгенограммы обследуемых зубов плотности и уровня пломбирования корневых каналов степени их проходимости, при котором обращали особое внимание на нарушение структуры твёрдых тканей зубов и изменения в тканях пародонта, состояния около верхушечных тканей оценивались жалобы пациента, симметричность лица, состояние видимых кожных покровов, регионарных лимфатических узлов, состояние слизистой оболочки полости рта, и в первую очередь, в области проекции верхушки корня причинного зуба, болезненность при перкуссии. Повторно пациентам назначалось лечение через 2-4 дня. Результаты. Благоприятными результатами лечения считались отсутствие жалоб-45%, В 59% случаев была отмечена незначительная болезненность при перкуссии в течение 72 ч. В 3% случаев регистрировался неблагоприятный исход - удаление зуба. Через 14 дней удалялась временная пломба, проводилась повторная ирригация корневых каналов теми же растворами, после чего корневые каналы высушивались бумажными пинами и проводилась обтурация эндогерметиками гуттаперчевыми штифтами методом латеральной и вертикальной конденсации. Контрольный осмотр пациентов проводили через 3, 6, 12, 18 и 24 мес. В указанные сроки осмотр не выявил жалоб, внешних патологических изменений и изменений со стороны слизистой оболочки полости рта, в том числе в области проекции верхушки причинного зуба. Рентгенологическое исследование обнаружило герметично обтурированные на всем протяжении до верхушки корневые каналы, регенерацию костной ткани периапикальной области на различных этапах, вплоть до полной - зуб участвует в жевании. В 69% случаев через 2 года крупные периапикальные поражения демонстрируют полную регенерацию, в 31% рентгенографически определяется всего лишь небольшое сокращение в размерах очага. Выводы. Таким образом, применение временного пломбирования корневых каналов зубов кальцийсодержащей пастой «Кальцетин гель» в сочетании с их медикаментозной и инструментальной обработкой при лечении деструктивных форм апикального (верхушечного) периодонтита является эффективным и может быть методом выбора в арсенале большого количества методов лечения. Исходя из этого, наряду с традиционной методикой обработки канала необходимо проводить временную корневую обтурацию активно-стерильным гидроксидом кальция для пролонгирующего комплексного воздействия на систему корневых каналов и периапикальную область.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ И РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ СЕРЕБРЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «АРГЕНАТ»

Бахтиёров Н.Б., студент 201[a] группы, Сайфуллаев А.Щ., Исмаилов М.Х., студенты 202[a] группы факультета детской стоматологий ТГСИ

Кафедра Микробиологии и Фармакологии (зав. каф. – доцент Аманулаев Н.Н.)

Научный руководитель доц. Ходжаева М. Ю.

Для эксперимента нами были задействованы 30 детей в возрасте от 2 до 12 лет. Из них 20 с кариесом и 10 контрольная группа. Для каждого ребенка была заполнена форма 0-43. Результаты: Нами были обработаны жевательные молочные зубы, для этого применялся препарат серебра «Аргенат». Слюну собирали в течение 5 – 6 мин., в позе с опущенной головой, т.е. пассивно текущую слюну, через 10 дней после проведения второго серебрения. Для этого использовали иммуноферментный анализатор Personal Lab ADALTIS, для чего использовали готовые наборы реактивов 25-

Hydroxy Vitamin D EIA. Для определения оптической плотности использовали спектрофотометр марки V-5000. Измеряли pH ротовой жидкости при помощи pH метра (BERL-220 BENCHTOP). Скорость саливации определяли по методике Т.Л. Рединовой по следующей формуле: СС= V/t= (мл./мин.), V- объем выделившейся слюны (с точностью до мл.), t- время сбора слюны, измеряли в минутах. Выводы: В результате обследования у всех 28 обследуемых был выявлен кариес молочных зубов и его осложнения (пульпит и периодонтит). Через месяц мы оценили эффективность данного препарата * Аргенат* по показателю стабилизации кариеса. И в результате серебрения молочных зубов обследуемые были разделены на три группы: 1. Обследуемые, у которых были выявлено увеличение кариес резистентности и стабилизация кариозного процесса (19 пациентов). 2. Обследуемые у которых наблюдалась увеличение кариес восприимчивость и прирост кариозного процесса (6 пациентов). 3. Обследуемые, которые не явились после первого раза (3 пациентов). Эффективность препарата составила 67,85%. После изучение этих данных мы можем смело рекомендовать что серебрение зубов является эффективной мероприятий предотвращающий образование кариеса и их осложнений. Но для некоторых детей это мероприятие не так уж эффективна.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДЕВИТАЛИЗАЦИЙ ПУЛЬПЫ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Бахтиёров Н.Б., студент 201[a] группы, Сайфуллаев А.Щ., студент 202[a] группы факультета детской стоматологий ТГСИ

Кафедра Микробиологии и Фармакологии (зав. каф. – доц. Маматова. Н.М.)

Научный руководитель доц. Маматова Н.М.

Материалы для использование это Девит – С, фенол, наконечник и бор для раскрытия пульпы, временный пломбировочный материал. Результаты: Экстренное лечение пульпитов может проводится несколькими препаратами. Но в своём практике в основном используем препарат Девит – С. Препарат Девит – С является без мышьяковистой пастой предназначенной для девитализация пульпы. Применяемые для лечения пульпита методом моральной экстирпации или ампутаций, ещё можно использоваться как дополнительное средство для девитализаций при повторной процедуре после применение паст, содержащих мышьяк. Этот препарат в основном состоит из следующих веществ: 1.Параформальдегид – основное вещество (антисептик), который коагулирует альбумины что способствует девитализаций пульпы. 2.Лидокаин гидрохлорид - обеспечивает локальное анестезирующие свойства и предотвращает возникновение болезных реакций. 3.Пастообразователь и наполнитель который придает пасте волокнистую структуру Благодаря такому составу этот препарат имеет форму пасты и обеспечивает девитализация пульпы без раздражения и боли. Этот процесс осуществляется в течение 3-5 дней. После этого обязательно механический удалить мёртвую пульпу и запломбировать каналы постоянными пломбировочными материалом. Но 80% пациентов после компенсаций боли забывает об этом зубе. И возвращается тогда, когда этот препарат боли возвращается через месяц или даже через год. Но теперь боли более сильные и в большинство случаи с флюсом в ротовой полости. Этот препарат актуален, но не повсеместен. Некоторых клиниках для этой цели используется 70% фенол. При использовании 70% фенола как препарат для лечения пульпита. При его использование происходит паралич пульпы зуба из-за блокаторов. Неравная система не будет осознавать о существование этой пульпы. Отличительные стороны в том, что при использовании фенола необходимо раскрытие рога пульпы Выводы: Проанализировав все плюсы и минусы этих препаратов, мы пришли к следующему выводу. Все эти препараты хороши по-своему и имеет свой узкий круг применение. Использование 70% фенола эффективно для беременных, так как этот препарат не требует раскрытие полости, которые должны проводится под анестезией, которые не рекомендуется для беременных. Но не рекомендуется для не спокойных детей, которые “неусидчивые” на кресле так как имеется риск повреждение слизистой оболочки. А для остальных эффективно использование препарата “Девит - С”. Но доктор после этого лечение обязан предупредить об последствиях несвоевременного повторного лечение.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПРИМИНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА БИОПЛАСТ – ДЕНТ

Бобоназаров О.У. 1 курса резидент магистратуры стоматологического факультета

ГаффаровУ.Б., Исхакова З.Ш., Камариддинзода М.К., Исматов Н.С.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии СамМИ (зав. каф.- к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель – Ибрагимов Д.Д.

Проведено удаление 24 зубов у 21 пациентов в возрасте от 36до 59 лет, находящихся на стационарном лечении в городском медицинском объединение города Самарканда, показаниями для данного вмешательства было: осложненный заболеваний тканей периодонта. Основную группу составили 9, контрольную - 12 пациентов с подобными клиническими проявлениями. Оперативное вмешательство проводили в необходимом объѐме. Пациентам основной группы после удаления зуба и антисептической обработки, в лунку вводили марлевую турунду с препаратом «Викасол» на 1-2 минуты, затем лунку рыхло заполняли губкой «биопласт-дент». Учитывая, что хирургические вмешательства в полости рта у пациентов с сахарным диабетом, как правило, сопровождается кровотечением, применение препарата «Викасол» обеспечивало профилактику кровотечений и препарат «биопласт-дент» в составе хондроитин сульфата и хлоргексидина он обеспечивает длительность бактерицидного эффекта на микроорганизмы, образующие зубной налет, способствует предупреждению и лечению гингивитов, уменьшает воспаление десен. Пациентам контрольную группы проводили аналогичное лечение кроме препарата биопласт-дента. Результаты. В результате клинических наблюдений у пациентов обеих групп была выявлена позитивная динамика в послеоперационном периоде. Пациенты основной группы уже через 1-2 суток не предъявляли жалоб. Слизистая в области лунки удаленного зуба была незначительно гиперемирована или обычной окраски, пальпация переходной складки в этой области - безболезненной. Через 4 суток раневая поверхность полностью эпителизирована. В контрольной группе на вторые сутки пациенты жаловались на дискомфорт или незначительные боли в области лунки. Слизистая была гиперемирована, отѐчна, пальпация переходной складки в области лунки была чувствительна, в лунке сохранялась турунда. Проводили осмотр, медикаментозную обработку антисептическими растворами, при необходимости рыхло вводили турунду и рекомендовали явиться через двое суток. Турунду удаляли, добивались формирования сгустка за счѐт стимуляции капиллярного кровотечения, контрольный осмотр назначали через 2 суток. На 5 сутки стенки лунки содержали молодую грануляционную ткань. Через неделю слизистая в области лунки была обычной окраски, лунка эпителизировалась. Длительность послеоперационного периода у пациентов контрольной группы в среднем составила до 6-7дней. Выводы. Полученные результаты демонстрируют эффективность предложенного комплекса (препаратов «биопласт-дент») в качестве профилактики осложнений при удалении зубов у пациентов с сахарным диабетом. Использование комплекса предотвращает луночковые кровотечения, развитие альвеолитов и рекомендуется к использованию его в практике стоматолога-хирурга при проведении хирургической санации у данного контингента пациентов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАНОГО ПАРОДОНТИТА ER: YAG ЛАЗЕРОМ

Ватаманюк Н.В. к.м.н. асс.каф. терапевтической стоматологии, «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Кафедра терапевтической стоматологии (зав каф. – к.м.н., доцент Батиг В.М.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Батиг В.М.

Клинически наблюдали за 35 больными с начальной стадией генерализованного пародонтита. I группу составили - больные, получавшие стандартное пародонтологическое лечения. Пациенты II - группы получали стандартное лечение с дополнительной лазаротерапией Er: YAG лазером и ирригацию хлоргексидином биглюконата. Результаты: становлено, что лечение лазерным излучением показано при остром перебигову воспалительного процесса в пародонтальных тканях - под воздействием лучей Yag Lasers уменьшается отек и кровоточивость, исчезает болезненность. Терапия

эффективна при незначительных величинах плотности мощности и прерывистой действия света на очаг поражения. Анализ результатов исследования показал, что сочетанное применение стандартного лечения и Yag Lasers в комплексом лечении начальной ступени генерализованного пародонтитута пародонтита ведет к более быстрому устранению воспалительных явлений, стимулирует регенеративные процессы, сокращает сроки лечения пациентов в 1,5-2 раза. Выводы: Таким образом, сочетанное применение стандартного лечения и Yag Lasers в комплексном лечении начальной ступени генерализованного пародонтита ведет к более быстрому устранению воспалительных явлений, Особого внимания заслуживают результаты сочетанного применения света лазера с медикаментозным лечением, а именно ирригацией полости рта 0,2% водным раствором хлоргексидина биглюконата. Разработка и внедрение новых методов лечения патологии пародонта с использованием эффективных фармакологических препаратов в сочетании с лазеротерапией является важной и актуальной задачей современной стоматологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РАСТВОРА ДЛЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Глушкова П.И., Петров Е.В. студенты 233 группы, СеркинаМ.Е. студент 234 группы стоматологического факультета;

Мулкадарова Т.Н. студент 205 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Шумихина Г.В.)

Научные руководители: доцент, к.б.н. Глушкова Т.Г., доц, д.м.н. Мосеева М.В.

Цель работы: протестировать и определить эффективность применения экспериментального раствора для увеличения минерализации твердых тканей зуба. Материал и методы исследования: удаленные зубы человека, из которых изготавливались распилы для проведения морфометрии и денситометрии твердых тканей; экспериментальный солевой раствор (свидетельство о госрегистрации RU.77.99.11.003.E001609.03.13 от 01.03.2013г.); физиологический раствор. Часть распилов зубов выдерживалась в экспериментальном солевом растворе, который предположительно усиливает минерализацию эмали и других твердых тканей зуба; часть (вторые половинки зубов) в качестве контроля – в физиологическом растворе. До и после завершения эксперимента измеряли толщину эмали и дентина, а также проводили денситометрию твердых тканей зуба. Результаты: установлено, что экспериментальный раствор увеличивает толщину эмали и дентина, а также степень их минерализации (увеличивается плотность этих тканей по сравнению с контрольными образцами). Выводы: Необходимо продолжить исследование действия экспериментального раствора с целью использования его в дальнейшем с профилактическими целями у стоматологических пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ИЖЕВСКА УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Гозалян С.М., Мезин С.А. клин. ординаторы второго года обучения кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.каф. проф., д.м.н. Рединова Т. Л.)

Научный руководитель: асс.каф., к.м.н. Злобина О.А.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ 823 стоматологических карт пациентов, обратившихся за консультативной помощью из разных районов Удмуртской Республики на кафедру терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в период с 2008 по 2018 годы. Результаты: исследования показали, что 604 человека (73,4%), обратившихся за консультативной помощью по поводу заболеваний СОПР были жителями Ижевска, а 219 (26,6%) - проживали в других регионах Удмуртской Республики, причем из них 80,8% составили женщины (665 человек), и 19,2% - мужчины (158 человек). Установлено, что среди обратившихся на консультативный прием жителей города Ижевска в 31,4% случаев был диагностирован синдром жжения полости рта, в 12,7% случаев - красный плоский лишай, различные формы глосситов – в 8,1%, хронический рецидивирующий афтозный стоматит – в 7,6%, миофасциальный болевой синдром и дисфункции ВНЧС – в 6,9%, опухоли слизистой оболочки полости рта – в 6,2%, лейкоплакия – 5,4%, заболевания губ – в 5,1%, кандидоз полости рта – в 4,5%, трофические и декубитальные язвы полости рта – в 2,8% случаев, пузырно-сосудистый синдром – в 1,6% случаев. У исследуемых пациентов были выявлены единичные случаи таких заболеваний, как пузырчатка и вторичный сифилис (по 0,17%). В 7,4% случаев обратившихся пациентов беспокоила ксеростомия различной степени выраженности. Вывод: Таким образом, нами установлено, что у жителей города Ижевска в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта преобладают такие заболевания, как синдром жжения полости рта и красный плоский лишай, причем нужно отметить, что данные заболевания определяются чаще у женщин.

ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ

Дилмуродов А.Ж., студент 101 группы стоматологического факультета ТДСИ

Кафедра анатомии (зав.каф. доц. Тастанова Г.Э.)

Научный руководитель доц. Нигматова Л.М.

Материал и методы исследования: Изучение литературы, проведение анкетирования студентов, проведение эксперимента, посещение стоматолога. Результаты: Ученые выявили мнение о том, что зубная эмаль похожа своим строением на скорлупу яйца, исходя из этого, мы проверили опыт и установили, что кислота разрушает зубы, зубная паста защищает эмаль зуба, напиток «Кока- Кола» является агрессивной средой, по результатам анкетирования выявлено, что большинство ребят нашей группы не следят за здоровьем своих зубов, а именно: не соблюдают все правила ухода за зубами, нарушают режим правильного питания, все знакомы с зубной болью и с кариесом, гипотеза о том, что стоматолог – это страшно и больно не подтвердилась. На основании изученной литературы и проведенных нами исследований, мы предлагаем в данной исследовательской работе рекомендации по сохранению здоровья зубов: зубы надо чистить не менее 2 раз в день, причём с утра зубы чистят после завтрака, важно не то, как часто ты чистишь зубы, а то, насколько тщательно, зубную щётку необходимо менять не реже 1 раза в 3 месяца, не реже 2 раз в год посещать стоматолога, жевательная резинка не заменит чистку зубов и принесет больше вреда, чем пользы, зубам полезен витамин D, а он есть в рыбе, твороге, яйце, молоке, не грызи твердые орехи, не открывай бутылки зубами, прополаскивай рот после каждого приема пищи. Выводы: Таким образом, каждый человек знает, что за зубами нужно ухаживать и считает, что делает для здоровья зубов всё от него зависящее. Но так ли это? Нет, и на это есть множество причин. Начиная с низкого уровня информированности современного человека и заканчивая человеческой ленью по отношению к собственному здоровью. Бесспорно, множество факторов влияют на здоровье зубов и знать все эти факторы обязан каждый заботящийся о своём здоровье человек, ведь здоровые и красивые зубы это не результат лечения и отличной работы стоматолога, а ежедневная правильная забота о полости рта, грамотный уход и профилактика.

ПРИМЕНЕНИЕ PROROOT ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ

Жабборов А., Каюмова У. студенты 301 группы факультета детской стоматологии

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: асс. каф. Атбекова Ш.Н.

Цель работы: выявление преимуществ материала ProRoot MTA при лечении гиперемии пульпы над кальцийсодержащим препаратом Life/Kerr. Материалы и методы: ProRoot MTA, Life/Kerr Результаты исследования: На основе полученных результатов лучшая клиническая эффективность через 6 месяца была достигнута при лечении пульпитов с применением МТА. Это объясняется свойствами МТА: материал не рассасывается со временем, имеет высокую биосовместимость и одонтотропность, великолепную толерантность к влаге. Препараты гидроокиси кальция обладают мощным антибактериальным и одонтотропным эффектом, но при этом способны под воздействием биологических жидкостей рассасываться. Образующиеся

микропространства являются базой для активного размножения бактерий. Выводы: применение ProoRoot MTA при лечении гиперемии пульпы, случайном вскрытии кариозной полости позволяет полностью сохранить биологическую активность пульпы, не прибегать к удалению последней, а также полностью устранить клинические симптомы гиперемии пульпы.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Жумаев Э.А, студент 301 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра Стоматологии №1 (зав.каф. - Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель: Исламова Н.Б.

Цель работы: Изучить состояния пародонта у лиц с брекет – системами Материал и методы: Было проведено обследование и наблюдение 20 пациентов в возрасте от 16 до 26 лет, которые были разделены на 3 группы в зависимости от срока ношения брекет-системами. Результаты исследования: Наши исследования показали, что практически у всех пациентов выявлен низкий уровень стоматологического здоровья, особенно среди пациентов со сроком ношения брекет-систем в течение трех месяцев. С целью повышения качества ортодонтического лечения пациентам были установлены персональные сроки наблюдения с проведением контроля состояния полости рта, включая оценку уровня гигиены полости рта. Контроль оценки уровня гигиены полости рта, позволил в конечном итоге избрать оптимальный комплекс для достижения хорошего состояния полости рта и хорошего уровня гигиены полости рта. Проведенные своевременные профилактические мероприятия, рекомендации по средствам гигиены полости рта, обладающих противовоспалительными и антимикробными действиями, привело к уменьшению воспалительных признаков, а в дальнейшем и к выздоровлению. Выводы: Наши наблюдения установили, что при установке брекет-системы достаточно быстро происходит образование зубного налета. Причинойобразования зубных отложений является плохой уход за полостью рта. Поэтому прежде чем устанавливать брекет-системы пациент должен научиться навыкам гигиены полости рта, только затем нужно устанавливать ортодонтические конструкции. При наличии зубных отложений необходимо с пациентами проводить уроки гигиены полости рта и профессиональную чистку зубов.

УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТИИ, ТАТАРСТАНА И БАШКОРТОСТАНА

Игнатьева М.А., 524 гр, Леонов А.А., 512 гр, Быкова Ю.М., студентка 523 группы стоматологического факультета ИГМА

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н. Рединова Т.Л.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Дмитракова Н.Р.

Цель работы: Сравнить интенсивность кариеса у жителей УР, Татарстана и Башкортостана в различных возрастных группах. Материалы и методы исследования: Нами было проведено обследование 192 человек в возрасте 17 - 54 лет, проживающих в УР, Татарстане, Башкортостане. Все обследованные пациенты были разделены на группы: первую группу составили пациенты в возрасте 17 - 34 лет, вторую - 35 - 44 лет и третью - 45 - 54 лет. У всех обследованных пациентов фиксировали зубную формулу. Результаты: Обследование пациентов проводилось в стоматологических клиниках, поэтому распространенность кариеса составила 100% во всех возрастных группах. В возрастной группе 17 - 34 лет показатель индекса КПУ был значительно ниже в Башкортостане и составил 5,7, тогда как в Татарстане он достигал 11,2, а в УР - 12,5. В структуре индекса КПУ в первой группе пациентов всех республик преобладал компонент «Пломбы»: в Татарстане он составил 53%, в Башкортостане - 57% и наивысшим был в УР - 67%. Необходимо отметить, что в Удмуртии был самым высоким компонент «Удаленные зубы», он достигал 35%, тогда как в Татарстане не превышал 10%, а в Башкортостане – 7%. Количество удаленных зубов может свидетельствовать как о качестве лечебной работы, так и о низкой мотивации пациентов УР к лечению. Компонент «К–кариес» в Удмуртии составил 15%, при этом в Татарстане и Башкортостане он был в 2 раза выше. В группе 35 - 44 лет показатель индекса КПУ возрастает и становится практически одинаковым во всех республиках. В структуре индекса КПУ, по-прежнему, преобладает компонент «П», его показатели колеблются в пределах 50-60% во всех республиках. Компонент «У» в этой группе в Башкортостане возрастает до 31%, тогда как в УР составляет 14%, в Татарстане - 19,2%. В возрасте 44-54 лет компонент «Пломбы» снижается в среднем на 3% во всех республиках, но при этом увеличивается компонент «Удаленные зубы» в УР - на 12% в Татарстане - на 11%, а в Башкортостане остается неизменным. Наименьший показатель компонента «Кариес» отмечен в УР – 11%, тогда как в Татарстане он составил 15%, в Башкортостане – 23%. Выводы: Таким образом, анализ показателей интенсивности кариеса в республиках, вошедших в исследование, показал, что в Башкортостане и Татарстане необходимо обратить внимание на пациентов в возрасте 17 - 34 лет, т.к. не вылеченные зубы в этом периоде в дальнейшем увеличивают число удаленных зубов в группе 35 - 44 лет. В Удмуртии, учитывая высокий процент удаленных зубов в возрасте 17-34 лет, следует уделить повышенное внимание лечению кариеса и его осложнений в группе пациентов моложе 17 лет.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Илхомжонова.Г.И., студент 304 группы факультета Стоматологии АГМИ.

Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии (зав. каф.- Раимжонов Р.Р.)

Научный руководитель асс. Рахмонова Ф.М.

Цель работы: Информирование целевой аудитории, а именно студентов - будущих стоматологов, практикующих врачей данного профиля и т.д., о достижениях современной стоматологии, как самостоятельной отрасли медицины. Материал и метод исследования: Поиск специализированной медицинской отечественной и зарубежной литературы, научные публикации, статей базы World Dentistry journal, Aesthetic Dentistry today. Результаты: В эпоху компьютерных и инновационных технологий иногда появляются вопросы об их правильном использовании, особенно в медицине. Но при этом нужно отметить как эти же, самые технологии упрощают работу медицинских работников, в частности врача стоматолога, будь это диагностика, планирование лечения и само лечение в целом. Определяя основные приоритеты развития традиционных, и создание новых направлений в стоматологии. А также дают возможность освоить абсолютно иные профессии и при необходимости изобретение новых, уникальных в использовании оборудований и инструментария. Вывод: Анализ литературных данных даёт возможность сделать выводы, о необходимости новых инновационных идей и их воплощения в жизнь, в современном, технически развитом мире - для развития медицинской науки, в частности стоматологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Имамов К.Н. резидент 2 курса магистратуры стоматологического факультета

Гаффаров У.Б., Максудов Д.Д., Мансурова П.Ш., Рахматуллаев Х.Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии СамМИ (Зав. каф. - к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель – с.н.с. Ибрагимов Д.Д.

Цель работы: Разработать тактику введения больных с фиброзной дисплазией воспалительными процессами тканей челюстно – лицевой области. Материал и методы исследования: Приведем наше случай. Больной Б. 27 лет история болезни №4909. Поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии Городского Медицинского Объединения г. Самарканда с жалобами на наличие припухлости левой половины лица, болезненности, покраснение кожного покрова, повышение температуры тела, затруднение и боль при открывание рта. Объективно при наружном осмотре лицо ассиметрично за счет припухлости левой околоушно – жевательной, шечной, субмассетеральной и подчелюстной области воспалительного характера, кожные покровы гиперемированны особенно околоушно – жевательной и шечной области. Пальпация резко болезненна, кожа в складку не собирается

определятся симптом флюктуации. Открывание рта ограничено отмечается гнойной запахи из за рта. Отмечается костная деформация за счет безболезненного выбухание костной плотности в вестибулярной пластинки в области скуловых и нижнечелюстных костей. Больному назначено рентгенологическое обследование МСКТ костей лица. В рентгенологическойп картине костей лица определяется диффузное увеличение скуловых костей особенно нижней челюсти с деструкцией костной ткани в виде чередования мелких участков уплотнения и разрежения, наблюдается картина "матового стекла". Со слов больного припухлость левой половине лица появился 5 дне тому назад после того как больной искупался в бане и пил холодную воду. Сначала появилась боль в левой половине лица, больной принимал болеутоляюшие таблетки, появилась припухлость, покраснение самолечение продолжалось, результатов не было. Состояние стало хуже больной вынужден обратиться к хирургам по месту жительства откуда был направлен в челюстно-лицевую хирургию ГМО г.Самарканда. После обследование больному установлен диагноз Монооссальная фиброзная остеодисплазия. Аденофлегмона околоушно – жевательной, шечной области слева. Под местной анестезией произведена операция вскрытие аденофлегмоны. Больному назначено антибактериальное, дезинтоксикационное лечение. Результаты: После проведения местных и обших лечебных мероприятий состояние больного улучшилось. По поводу фиброзной остеодисплазии больной взят на учет, ведутся плановые лечебные процедуры. Выводы: Таким образом, больных с такими опухулоподобными образованиями и воспалительными процессами челюстно – лицевой области нуждается своевременное специализированное комплексное лечение.

ОШИБКИ В ЭНДОДОНТИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Камариддинзода М.К., студентка 305 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра 1-стоматологии (зав.каф.- Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель Исламова Н.Б.

Цель работы: изучить причины ошибок при проведении эндодонтического лечения, их профилактику. Материалы и методы: материалами нашего исследования были пациенты, обращавшиеся в учебно-научно-практический стоматологический центр Самаркандская областная стоматологическая поликлиника осложнениями после проведенных эндодонтических вмешательств. Нами было изучено 76 историй болезни и рентгенологические и статистические методы исследования. Результаты: изучение дентальных рентгенологических снимков показывали, что наиболее частыми ошибками и осложнениями при эндодонтическом лечении корневых каналов зубов являются неполная и не гомогенная обтурация корневых каналов -50,9%, не выявленные основные корневые каналы -16,4%, выведение пломбировочного материала за апекс корня зуба -17,1%, перфорация в области коронковой части зуба-5,1%, перфорация в области корня зуба-4,2%, отлом (остатки) эндодонтических инструментов в корневом канале -4,2%, другие виды ошибок и осложнений эндодонтического лечения -2,1%. При этом лечение с ошибками и осложнениями однокорневых зубов составляют 29,3%, а многокорневых зубов -70,7%. Выводы. Наиболее частыми ошибками эндодонтическом лечении зубов являются некачественная (неполная и не гомогенная) аптурация корневых каналов(50,9%) и выведении пломбировочного материала за апекс корня зуба (17,1). Это объясняется тем, что многие врачи при абтурации используют только силлеров «паст» и не пользуются филлерами (гуттаперчивые штифты). А также использование канал-наполнителей и нарушение приготовление силлеров, то есть, при слишком жидком консистенции пломбировочная масса выйдет за апекс. Кроме того, разрыв или чрезмерное расширение апекального отверстия приводит к выведению силлера за верхушку канала. Причинами не выявленных основных корневых каналов (16,4%) являются недостаточность знаний о количестве каналов в определенном зубе и об их топографическом расположении в корнях.А также начать работу без предварительного рентгенологического обследования. На основании проведенной работы можно сделать вывод, что необходимо соблюдать определенный алгоритм действий при проведении эндодонтических вмешательств, строго соблюдать стандарты эндодонтической инструментальной и медикаментозной обработки каналов и их обтурации. Проводить динамическое наблюдение качества и отдаленных последствий ранее проведенного эндодонтического лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ФУРКАЦИИ И СТЕНКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Каримов Н.Н., студент 408 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра стоматологи №1 (зав. каф. – Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель: ассистент Иргашев Ш. Х.

Цель исследования. Изучение возможности восстановления целостности фуркации и стенки корневого канала с использованием стоматологического материала «Триоксидент». Материал и методы. Исследование состояло из клинического и лабораторного этапов. Под нашим наблюдением находились 27 пациента с перфорациями фуркаций в средней трети корневого канала, возникших ранее в результате эндодонтического лечения и подготовки корневых каналов под внутрикорневые конструкции (штифты, литые культевые штифтовые вкладки). Для закрытия перфораций мы использовали материал «Триоксидент», в состав которого входят оксиды кальция, кремния, алюминия. На 7 однокорневых зубах и 7 многокорневых зубах, удаленных по поводу пародонтита тяжелой степени, было проведено лабораторное исследование. В средней трети корневых каналов однокорневых зубов и в области фуркации многокорневых зубов были искусственно созданы перфорации, которые были закрыты материалом «Триоксидент». Через 24 часа для определения герметичности закрытия перфорационных отверстий было проведено окрашивание зон перфораций кариес-маркером, вертикальный распил корней и регистрация проникновения красителя. Результаты. Динамическое наблюдение пациентов осуществляли в течение 1, 3, 6 и 12 месяцев. У всех пациентов наблюдалась положительная динамика. Обострений воспалительного процесса в периодонте не наблюдалось. Восьми пациентам анатомическая форма зуба была восстановлена с использованием стекловолоконных штифтов и композитов светового отверждения. Пяти пациентам через 3 месяца были изготовлены мостовидные протезы с опорой на зуб с закрытой перфорацией. Отсутствие воспаления тканей периодонта подтверждено рентгенологическим исследованием через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения. Проникновения красителя в зону закрытой перфорации на удаленных зубах не было зарегистрировано. «Триоксидент» обеспечивает герметичное закрытие перфорации. Вывод. Материал «Триоксидент» позволяет герметично восстановить целостность стенки корневого канала, является препаратом выбора для решения вопроса о сохранении зубов с перфорацией фуркаций и стенки корневого канала и предупреждения осложнений воспалительного характера.

НОСОВОЙ ДУШ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

Кравчук А.А., студент 424 группы стоматологического факультета ИГМА

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (зав. каф. - к.м.н., доц. Мохначева С.Б.);

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Кравчук А.П.)

Научные руководители: к.м.н., доцент Мохначева С.Б., д.м.н., проф. Кравчук А.П.

Цель: изучить возможности ранней диагностики и рационального лечения одонтогенного гайморита. Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 96 историй болезни пациентов с одонтогенными гайморитами ЛОР - отделения РКБ № 1. Методы: клинические, лабораторные, инструментальные, лучевые (КТ), трансиллюминационная риноманометрия, консультации специалистов-стоматологов, а также хирургические, эндоскопические и консервативные методы лечения. Результаты: связь гнойного гайморита с различной одонтогенной патологией с помощью КТ диагностировалась запоздало: от 10 до 18 дней и более. Анализ выявил одонтогенную патологию 1.4 – 1.7; 2.4 – 2.7 зубов воспалительного, травматического характера. В процессе оказания помощи стоматологом производилась экстракция зуба, консервативные мероприятия. ЛОР-специалистом выполнялась комбинированная противовоспалительная терапия с использованием эндоскопических операций в 18% случаев для удаления фрагментов пломбировочного материала. Всем пациентам проведен курс «носового душа» с уникальными возможностями убедительного улучшения ринологических показателей. Трансиллюминационная риноманометрия доказала резкое угнетение гемодинамики и мукоцилиарной активности слизистой носа

при одонтогенном гайморите. Использование «горячего» (40⁰С) носового душа убедительно восстанавливало ринологические показатели у больных с одонтогенными гайморитами. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Выводы: Развитие одонтогенного гайморита возможно при поражении зубов; методом ранней диагностики является КТ; рациональным методом лечения, ускоряющим реабилитацию является «носовой душ».

ФИТОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Круглицкая Г.Н. студентка 1 группы 4 курса стоматологического факультета ГВУЗ

«Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Лучинский М.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Манащук Н.В.

Лечение заболеваний пародонта представляет собой одну из наиболее важных и сложных проблем стоматологии, актуальность которой обусловлена высокой частотой воспалительных заболеваний пародонта, появлением в организме очагов хронической инфекции, преждевременной потерей зубов, снижением психоэмоционального статуса, работоспособности. В комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта одно из ведущих мест занимает местная лекарственная терапия с использованием средств растительного происхождения, которые лишены недостатков аналогичных по спектру воздействия синтетических средств, имеют меньше нежелательных побочных эффектов и реже вызывают аллергическую реакцию. При остром катаральном воспалении десен широко применяют вяжущие средства растительного происхождения, содержащие дубильные вещества. Противовоспалительное действие дубильных веществ обусловлено образованием нерастворимых соединений с белками - альбуминатов при местном воздействии на слизистую оболочку. Белковая пленка защищает нервные окончания от поражения продуктами распада и способствует уменьшению боли. Кроме того, эти вещества уменьшают выраженность экссудативной фазы воспаления. Вследствие уплотнения биологических мембран (стенок лизосом, клеточных оболочек) происходит уменьшение выхода медиаторов воспаления - гистамина, протеаз, нуклеаз. Снижение воспалительного процесса может быть связано с влиянием этих веществ на клеточные звенья воспаления - иммунологические механизмы, процессы клеточного размножения. Лекарственные растительные препараты применяют в виде отваров для полосканий и ирригаций. Среди них наиболее распространены такие, как листья шалфея, цветки ромашки, корневище змеевика, плоды черники, цветки календулы и другие. Лекарственные травы целесообразно применять для лечения острого катарльного гингивита, так как они обладают мягким действием на слизистую десен, нетоксичны и даже при длительном применении не оказывают вредного побочного воздействия, что позволяет их широко использовать в комплексной фармакотерапии данного заболевания.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Курбонова М.Т., Рахматуллаева Ш.Д., студенты 311 группы; Гаппаров Ж.З. студент 305 группы Стоматологического факультета СамМИ,

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом детской челюстно-лицевой хирургии (зав. Каф.- к.м.н. Гаффаров У.Б.).

Научный руководитель: Кубаев А.С.

Цель работы: анализ эпидемиологических аспектов переломов мыщелкового остростка нижней челюсти (МОНЧ) и методов их лечения в отделении челюстно-лицевой хирургии центральной больницы городского медицинского объединения (ЦБГМО) города Самарканд. Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование путем изучения и анализа историй болезни пациентов с переломами нижней челюсти различных локализаций, которые проходили лечение в отделении ЦБГМО города с Самарканд в период с 2017по 2019 год. Далее из общего числа историй болезни пациентов с переломами нижней челюсти были выбраны и изучены истории болезни пациентов, которые проходили лечение по поводу переломов нижней челюсти в области МО. Результаты. За период с 2017 по 2019 год в отделении челюстно-лицевой хирургии ЧЛХ ЦБГМО проходили лечение 1408 пациентов, 162 из которых по поводу переломов нижней челюсти различных локализаций, что составляет 11,5% от общего числа больных отделения. Из них мужчин -128, женщин -34. По данным литературы, именно переломы МОНЧ наиболее часто ведут к травме элементов ВНЧС, а также как правило, приводят к изменению прикуса. Следствием этого является развитие функциональных нарушений ВНЧС в посттравматическом периоде. В случаях одиночных переломах МО со смещением, даже при незначительном изменении прикуса, применяли шины Тигерштедта. В то же время прикус восстановлен у 44-х пациентов, и лишь у одного сопоставления зубных рядом достичь не удалось. В настоящее время сохранение смещения отломков при переломах нижней челюсти в области МО является показанием для проведения остеометаллосинтеза нижней челюсти. По этому поводу с пациентами были проведены беседы, в ходе которых в доступной для них форме было объяснено о необходимости оперативного вмешательства. В обязательном порядке были даны разъяснения о возможных осложнениях, возникающих без проведения оперативного вмешательства, к которым относится посттравматический остеомиелит челюсти, неправильная консолидация перелома, образование ложного сустава, нарушение соотношения зубных рядов верхней и нижней челюстей, развитие артрита и артроза ВНЧС. Дальнейшая тактика ведения больных заключалась в проведении медикаментозной терапии и физиотерапии, после прохождения которой пациенты выписывались на амбулаторное долечивание и наблюдение хирурга-стоматолога. 50 пациентов, которым было проведено оперативное лечение в объеме остеометаллосинтеза минипластинами из NiTi. У всех больных данной группы при поступлении был открытый прикус. После проведения оперативного лечения по данным контрольных рентгенограмм прикус был восстановлен у всех пациентов данной группы.Анализ методов лечения переломов МОНЧ со смещением отломков в течение 2-х лет в динамике показал увеличение количества прооперированных пациентов. Выводы: Сохраняющийся высокий процент пациентов с переломами МОНЧ (30,4%) в общей структуре повреждений костей лицевого скелета. Выявлена корреляция уровня социального статуса пациентов с переломами МОНЧ и сроком поступления в специализированные медицинские организации, а также выбором метода лечения (консервативное, хирургическое).

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Маматкулова М.Х., Мирфаёзов Ш. М., студенты 301 А группы стоматологического факультета ТГСИ

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: ассистент кафедры Атабекова Ш.Н.

Цель работы: Выявить патологическое действие курения по отношению к тканям полости рта. Выявить уровень осведомленности населения о вреде табакокурения на состояние тканей полости рта. Материалы и методы: Был проведен анализ научной литературы, статей, журналов, диссертаций. Также для достижения поставленных задач были исследованы полости рта двух курящих и двух не курящих пациентов, был использован индекс РМА и внутренний визуальный осмотр полости рта. Был проведен опрос среди студентов ТГСИ возраста от 18-25 лет, было опрошено 50 студентов, задавались следующие вопросы: «Знаете ли вы о серьёзности вреда курения?», «Злоупотребляете ли вы курением?». Результаты. Анализировав научную литературу, были выделены основные компоненты табачного дыма: никотин, угарный газ, смолы и жирные соединения, метан, кадмий, фенол, бензоприен, тоулен и другие ядовитые компоненты. Доказано, что никотин нарушает микроциркуляцию и ослабляет защитные клетки в тканях десны за счет сужения концевых сосудов, кроме того никотин вызывает эйфорию и зависимость, тем самым гингивит и пародонтит у курильщиков протекают бессимптомно, отсутствуют признаки воспаления из-за, которых пациенты обращаются к стоматологу- кровоточивость и болезненность. Кроме того, из-за сужения сосудов никотин приводит к нарушению трофики десен и в дальнейшем к атрофии десен. Смолы и жирные соединения, также кадмий, фенол, бензоприен, тоулен –эти вещества, очень канцерогенны. Нарушая микроциркуляцию и снижая активность макрофагов, табак вызывает гингивит и пародонтит. Изменяя биологические свойства слюны, а также способствуя накоплению стойкого налёта табак приводит к образованию кариеса. А также канцерогены табачного дыма вызывают злокачественные опухоли, лейкоплакию. Для исследования состояния тканей полости рта у курильщика

и не курящего пациентов, мы использовали индекс РМА и объективный осмотр полости рта. Первый пациент стаж курения 2 года, возраст 19 лет, значение индекса 6,79 менее 30% - легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, налёт на оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти. Второй пациент стаж курения 2 года, возраст 21 год, значение индекса 16,66 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, обнаружили незначительную рецессию десны 33 зуба, на оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти зубные отложения. Третий пациент не курящий, возраст 21 год значение индекса 5.55 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, налёт в оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти. Четвертый пациент не курящий, возраст 18 лет, значение индекса 3.33 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости новообразования отсутствуют, налёт чёрного цвета на оральной поверхности. Выводы: Полученные данные при опросе об осведомленности, серьезности вреда курения говорит о том, что осведомлено человек 96%,не осведомлено 4% опрос производился внутри ТГСИ и из них 16% злоупотребляют курением. Кроме того, курение негативно влияет на состояние тканей полости рта и заболевания пародонта выше.

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРАНХИОГЕННЫХ КИСТ ШЕИ

Мизомов Л. С. студент 301 А группы факультета детской стоматологии ТГСИ

Кафедра предметов терапевтического направления №3 (зав. каф. - д.м.н., доц. Султонов Ш.Х.)

Научный руководитель – ассистент кафедры Юнусова Л.Р.

Цель работы. Охарактеризовать особенности визуализации бранхиогенных кист шеи. Материалы и методы исследования. С использованием компьютерно-томографической (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) исследований 68 больных с бранхиогенными кистами. Был проведен ретроспективный анализ в 3 клинике ТМА в возрасте от 3 месяцев до 72 лет (в среднем ± 22 лет), среди них 38 мужчин и 30 женщин. Результаты. Среди 68 больных было у 65 пациентов бранхиогенные кисты второго типа (92,0%), а у остальных 3 пациентов (8,0%) бранхогенные кисты 1 типа. Нами также было использована тонкоигольная аспирационная цитология, которая в свою очередь имела диагностическую чувствительность 100%, положительно-прогностическую - 100%, точность 100% для диагностики кисты второго типа. На МР-исследованиях на Т1-взвешенных изображений (n=23) гипоинтенсивными и гиперинтенсивными сигнальными характеристиками, у остальных (n=45) больных с небольшом ободком гипо-гиперинтенсивного сигнала. На КТ (n=45) были кисты с неоднородным содержимым плотностью до 38ед.Х., с небольшими перегородками в структуре. У остальных (n=23) содержание кисты было однородным, с тонкими капсулами, без изменений в окружающей структуре. Вывод. КТ диагностика совместно с цитологией имела диагностическую чувствительность 96%, положительно-прогностическую - 90%, точность 92%. МРТ диагностика в свою очередь имела диагностическую чувствительность 100%, положительно-прогностическую - 100%, точность 100%. Таким образом, использование КТ и МРТ исследования дают высокую диагностическую ценность в выявлении кист шеи.

ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМА АППАРАТОВ - MYOBRACE, ЭФФЕКТИВНАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА

Муминов Ж., Исмоилов Э. студент 401 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра Стоматологии №1 (зав.каф.- А.Б. Норбутаев)

Научный руководитель: Н.Б. Исламова

Цель исследования. Повысить эффективность ортодонтического лечения пациентов с зубо-челюстными аномалиями и деформациями в раннем сменном прикусе путем применения система аппаратов - Myobrace. Материал и методика исследования. Нами было проведено лечение 16 пациентов от 5,5 до 9 лет, которые обратились за помощью на кафедру ортопедической стоматологии №1 в ортопедическом и ортодонтическом направлении. Пациенты обследовались по общепринятой методике с использованием клинических и дополнительных методов исследования. При проведении диагностики использовали метод Герлаха, который заключался в определении соотношения сегментов зубных рядов и метод Долгополовой для установления соответствия размеров резцов верхней и нижней челюстей. Для лечения применялись функционально действующие эластичные аппараты системы Myobrace для детей младшего школьного возраста (Myobrace for Kids™). Результаты: Проведенное нами лечение 16 пациентов со скученностью, аномалией положения отдельных зубов и дефицитом местах зубной дуге с использованием стандартных эластичных аппаратов К1 и К2 функционального действия у детей младшего школьного возраста показало положительные результаты. Они выражались в устранении дефицита места в зубных дугах, нормализации сагиттальных и трансверзальных размеров верхней и нижней зубных дуг и вертикальных соотношений челюстей, а также положения отдельных зубов, языка, устранении вредных привычек и коррекции миофункциональных нарушений. Выводы: Таким образом, благодаря гибкой силиконовой оболочке системы миобрейс очень комфортны для пациентов. Миобрейс не ранит слизистые ткани рта. Стоимость системы в несколько раз дешевле традиционных брекетов. Зубной эмаль сохраняется здоровой и крепкой.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КСЕРОСТОМИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Мутаев Р.М., студент 531 группы, Вахрушева В.А, студент 532 группы стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Кафедра стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний (зав.каф. – д.м.н. Шакирова Р.Р.)

Научный руководитель доц., д.м.н. Мосеева М.В.

Цель работы. Определить частоту встречаемости симптомов ксеростомии в Удмуртской республике. Методы исследования: На базе кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний Ижевской государственной медицинской академии была разработана анкета для исследования распространенности ксеростомии, в которой учитываются возраст, вид деятельности пациента, а также возможные факторы, влияние которых может вызывать симптомы ксеростомии. Для определения частоты встречаемости ксеростомии было проведено сплошное анкетирование 749 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в стоматологических поликлиниках республики Удмуртия. Результаты: По данным анкетирования было получено, что 28,97% всех опрошенных (217 человек) отмечают ощущение сухости в полости рта, из них 4,14% ощущают сухость постоянно; 24,83% - периодически. Сухость в полости рта женщины отмечали в 65,44%, мужчины – в 34,56%. Данные симптомы встречаются чаще в возрастной категории от 35 до 50 лет – в 54,38% случаев, от 22 до 35 лет – в 23,96% случаев, старше 50 лет – в 21,66%. В группе пациентов, отмечавших симптомы ксеростомии, наиболее часто встречается патология эндокринной системы – 19,35%; на втором месте патология желудочно-кишечного тракта – 14,35%; на третьем патология сердечно-сосудистой системы – 10,60%. Относительный риск возникновения симптомов ксеростомии при наличии соматической патологии составляет 3,52. При анкетировании было получено, что 19,35% пациентов, отмечавших сухость в полости рта, принимают инсулин; 11,06% - комбинированные оральные контрацептивы и препараты заместительной гормональной терапии; 9,68% пациентов, отмечавших симптомы ксеростомии, принимают гипотензивные препараты, 16,13% принимают другие препараты (витамины, нуклеозиды, НПВП). Относительный риск возникновения симптомов ксеростомии при приеме препаратов курсовой медикаментозной терапии составляет 4,81. Пациенты, предъявляющие жалобы на сухость в полости рта, в 73,73% наблюдаются у пародонтолога по поводу воспалительных заболеваний тканей пародонта, явления галитоза отмечают 47,93% пациентов, наличие ортопедических конструкций – 47,47% пациентов. При этом заболевания слюнных желез воспалительно-дистрофического характера отмечены лишь у 27,33% опрошенных. Анализ гигиенического поведения пациентов показал низкий его уровень. Так, больше половины (52,5%) осуществляет гигиену полости рта только один раз в день. Из дополнительных средств гигиены наибольшей

популярностью пользовалась жевательная резинка (87,10%), жидкими средствами гигиены (эликсирами, ополаскивателями) пользуются 15,21%. Также было выявлено, что гигиеническое состояние полости рта по индексам Грин-Вермильона, индекса эффективности гигиены полости рта находится на низком уровне. Выводы: Таким образом, получено, что частота встречаемости ксеростомии в Удмуртской республике составляет 28,97%. Синдром сухости полости рта ухудшает гигиеническое состояние полости рта и стоматологический статус. Это связано с приемом препаратов курсовой медикаментозной терапии и наличием общесоматической патологии, а также недостаточным уровнем гигиенической грамотности о способах коррекции ухода за полостью рта и симптомов ксеростомии.

ПРИЧИНЫ ЗААПИКАЛЬНОГО ВЫВЕДЕНИЯ ИРРИГАЦИОННОГО РАСТВОРА

Нагимуллина Г.Р., Шайдуллина Э.Ф. студенты 423 группы стоматологического факультета ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Рединова Т.Л.)

Научный руководитель: к.м.н. Субботина А.В., к.м.н. Дмитракова Н.Р.

Цель работы: Определить факторы, влияющие на выведение ирригационного раствора за верхушку корня зуба. Материалы и методы исследования: Исследование проводили на удаленных зубах, которые в зависимости от состояния апикального отверстия были разделены на две группы: в 1 группе апекс был не изменен, во 2 группе апикальное отверстие было расширено. Инструментальную обработку корневых каналов проводили следующими методами: ручными инструментами без создания апикального упора (MAF №25), с формированием апикального упора (MAF №30), вращающимися инструментами Pro Taper в технике «Crown Down» (MAF №30). Ирригацию корневых каналов проводили 3% раствором гипохлорита натрия ручным методом через эндодонтическую иглу. Кончик иглы располагали на расстоянии 2 мм и 4 мм от апикального отверстия. Выведение раствора в зависимости от принадлежности зуба к верхней или нижней челюсти оценивали при повороте зуба и расположении апекса соответственно на 12 или 6 часах. Результаты: Установлено, что при сохраненном апексе выход раствора гипохлорита натрия за верхушку корня зуба отмечен в корневых каналах, отпрепарированных ручными инструментами без создания апикального упора в зубах как верхней, так и нижней челюстей при расположении иглы на расстоянии 2 мм и 4 мм от апикального отверстия, а также в корневых каналах с сформированным апикальным упором в зубах нижней челюсти при расположении иглы на расстоянии 2 мм от апикального отверстия. При расширенном апексе выход гипохлорита натрия за верхушку корня зуба наблюдался во всех случаях независимо от метода инструментальной обработки канала. Однако в каналах, где механическая обработка проводилась ручными инструментами, выведение гипохлорита натрия наиболее часто наблюдалось в зубах верхней челюсти независимо от расположения эндодонтической иглы, тогда как в каналах, отпрепарированных инструментами Pro Taper, преобладало выведение ирриганта в зубах верхней челюсти при расположении иглы на расстоянии 2 мм от апекса. Выводы: Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что вероятность выведения гипохлорита натрия за верхушку корня зуба в большей степени зависит от сохранения целостности апикального отверстия, а также имеет значение близкое расположение эндодонтической иглы к апексу и принадлежность зуба к верхней челюсти.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПОДХОД КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Нарзиева Д.Б. асс., Исхакова З.Ш. асс., Валиева Ф.С. асс, Хатамова М.А., студентка 304 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии с курсом детской челюстно-лицевой хирургии (зав.каф.- к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель- старший научный сотрудник Ибрагимов Д.Д.

Цель работы: Изучить подход комплексного метода лечения гнойно-воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета. Материал и методы исследование: Приводим наш случай из практики. Больной 1958 г.р. госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии СГМО с диагнозом: Инфицированная рана правой лобной области. Осложнившаяся нагноением гематомы околоушно-жевательной области слева. Некроз кожи верхнего века обеих глаз. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет, II тип, декомпенсированный, инсулинопотребный. Осложнения: диабетическая энцефалопатия, диабетическая полинейропатия, диабетическая нефропатия. Из анамнеза Со слов больного- 6.05.2018г в нетрезвом состоянии упал с террасы. Получил травму в области лба справа. Тошноты и рвоты не было. Больной был доставлен родственниками в ближайшее отделение скорой помощи Ургутского района, где больному оказали медицинскую помощь. После первичной хирургической обработки раны больной вернулся домой. Через день у больного поднялось АД до 200/110 мм.рт.ст. два раза приезжала скорая помощь, в связи с ухудшением состояния больного доставили в районную больницу. Больного лечили в больнице около 10 дней, в связи с ухудшением состояния больного доставили в отделение челюстно-лицевой хирургии СГМО для стац. лечения. Из сопутствующих заболеваний: болеет сахарным диабетом в течение 10 лет. Результаты: Объективно: Общее состояние больного тяжелое. Температура тела 38,5. На момент поступления АД 120/80мм.рт.ст. Локально: Лицо асимметрично, за счет припухлости мягких тканей скуловой области справа и слева, околоушно-жевательной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, при пальпации болезненно, в складку не берется, симптом флюктуации положительный. Глазная щель с обеих сторон полностью закрыта за счет отека верхнего и нижнего века. На коже верхнего века обеих глаз имеется участки некроза размером 5*1см. Открывание рта свободное, безболезненное. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски. Больной осмотрен эндокринологом и назначено соответствующее лечение для снижения уровня глюкозы в крови. Показатель глюкозы в крови: 17.05.2018г-20,0мм/л; 18.05.2018г-12,0мм/л; 19.05.2018г-12,0мм/л; 20.05.2018г.-9,3мм/л. 16.05.2018г проведена операция вскрытие нагноившийся гематомы. Больному ежедневно проводилась обработка раны антисептическим раствором 0,02% декасана и рану рыхло тампонировали турундой пропитанной мазью офломелид (активные вещества: офлоксацин 1%, мецилурацил 4%, лидокаин 3%). Больному проведена антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, инсулинотерапия. На 4 сутки отмечено интенсивное разрастание розовых грануляций в ране, выраженная краевая эпитилизация, уменьшение отека и инфильтрации мягких тканей. Вывод: Таким образом, больные сахарным диабетом получившие случайные травмы, требуют своевременную госпитализацию и наблюдение у специалистов, так как это предупреждает развития гнойно-воспалительных осложнений, а также некроз мягких тканей и обеспечивает скорейшее выздоровление.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ

Орикова Н.Х, ассистент СамМИ

Кафедра Стоматологии №1 (зав.каф.- Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель: Норбутаев А.Б.

Цель: Стандартизация подготовки к реставрации зубов с повышенным стиранием. Материал и методы. Для стандартизации пространства между антагонистом и зубом с повышенным стиранием нами предложена использовать шарик из композиционного материала заданного диаметра, закрепленный на проволоке. Пациентка А.Д 55-лет, коронка 21-ого зуба стерта на 1/3 длинны вестибулярной поверхности, стерт небный бугорок, обнажен заместительный дентин. Диагноз: повышенное стирание 21-ого зуба (патологическая стираемость локализованное смешанная форма, 2-я степень тяжести). Антагонисты - искусственные пластмассовые зубы частичного съемного пластиночного протеза. Результаты. При планировании реставраций не обходимо ответить на следующий вопрос: «Имеется ли место для реставрации?» и «Достаточна ли место для выполнения реставрации?». Толщина реставрации должно быть не менее 1.5 мм. Для измерение величены пространства между антагонистами предлагаем использовать шарик

из композиционного материала, закрепленный на проволоке. Расстояние между дистальным маргинальным гребням и антагонистом составила менее 1.5 мм, поэтому было проведено препарирование этого участка коронки до тех пор, пока пространство не стало достаточным для выполнения реставрации. Выводы. Таким образом, предложено приспособление для измерения пространство между зубами – антагонистами при повышенном стирании зубов. Использование предложенного приспособление для измерение пространство между антагонистами позволяет стандартизировать подготовку зубов с повышенным стиранием к реставрации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГЕНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭМАЛЬ И РЕСТАВРАЦИИ

Орикова Н.Х, ассистент СамМИ

Кафедра Стоматологии №1 (зав.каф.- Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель: Норбутаев А.Б.

Цель исследования. Оценит эффективности аппаратных методах профессиональной гигены и их влияние на эмаль и реставрации. Материал и методы. В качестве материала для исследования использованы зубы пациентов мужского и женского пола, удаленные по медицинским показаниям. Обработку зубов изучаемыми нами методами осуществляли с одинаковым временем воздействия. Пломбировку производили стеклоиономерным цементом Цемион, фотополимеризуемым композитом FILTEKSupremeXT. Для реализации поставленной цели так же были использованы: ультразвуковой скейлерWoodpecker, 1% раствор фуксина, бинокулярный микроскоп с увеличением x200,x500. Результаты. По данным морфологического исследование в бинокулярном микроскопе выявлено, что обработка поверхности зуба и реставрации с помощью ультразвукового аппарата Woodpecker на средней мощности показала значительную шероховатость. При применение воздушно-образивного метода мы получили меньшую шероховатость, в сравнении обработкой ультразвуковым аппаратом. Проведя оценку границы пломба-зуб выяснили, что нарушение краевого прилегания реставрации имела место после обработки как ультразвуковым скейлером, так и порошка струйном аппаратом. Выводы: Оптимальным методам профессиональной гигиены полости рта является порошка струйная обработка. Выбор аппаратного метода профессиональной гигиены, должен определяется совокупностью положительных и отрицательных свойств обработки, а так же наличием реставрации. Следует учитывать, а так же грамотно подходить к выбору насадки и мощности аппарата.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Рустамов А.А. студент 302 группы стоматологического факультета ТГСИ

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (заф.каф. – д.м.н., профессор Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: асс. каф. Атабекова Ш.Н.

Цель исследования: сравнить методы лечения гиперестезии твердых тканей зуба и их эффективность. Материал и методы обследования: Нами была сформирована группа пациентов, состоящая из 20 человек, которая в последующем была поделена на 2 подгруппы, в возрасте 20-40 лет у всех пациентов данной группы наблюдалась гиперестезия твердых тканей зубов. Диагноз гиперестезия твердых тканей зуба, мы определили с помощью сбора анамнеза, ЭОД, термодианостики. Поделив на 2 подгруппы обследуемых пациентов ,мы выбрали для каждой подгруппы различные методики лечения. Первую группу мы лечили методом аппликации при помощью фтористым лаком, вторую группу лечили используя более современный метод, использовав препарат в виде геля Ultra EZ. Фтористый лак- представляет собой композицию природных смол, содержащую около 5% фтора. Лак темно-желтого цвета, вязкой консистенции, обладает высокой прилипаемостью к тканям зуба и способен на них удерживаться в течение нескольких часов - времени, необходимого для проникновения ионов фтора в поверхностные слои эмали. Ultra EZ- Гель для снятия чувствительности в шприце – уникальный вязкий гель длительного действия, содержащий 3% нитрат калия и 0,11% ионов фторида. Используется для уменьшения дискомфорта, вызванного чувствительностью зубов к температурным воздействиям, отбеливанием зубов, повреждениями при чистке зубов. Результаты: При лечении гиперестезии твердых тканей зуба различными методами мы получили следующие результаты. При аппликационном методе покрытия фтористым лаком у 3 пациентов исчезло чувство гиперчувствительности, у 7 пациентов ощутимых изменений не произошло. При лечении лечение методом аппликации Ultra Ez у 8 пациентов исчезло полностью чувство гиперестезии твердых тканей зуба, у двоих пациентов гиперчувствительность снизилась примерно на 60%. При лечение фтористым лаком курс лечения составил 12 посещений, при лечение гелем Ultra Ez 1-2 посещения. Выводы: Таким образом в результате нашего исследования мы выявили что лечение гиперестезии твердых тканей зуба наиболее эффективно и быстро использовав метод лечения препаратом Ultra Ez.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ОСНОВЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ

Рустамова Г.А. резидент магистратуры 1 курса по направлению челюстно-лицевая хирургия

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии с курсом детской челюстно-лицевой хирургии (зав.каф.- к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель – к.м.н. Гаффаров У.Б.

Цель исследования: повышение эффективности замещения дефектов костной ткани челюстей, возникающих после зубосохраняющих операций, удаления радикулярных кист челюстей биоматериалом на основе гидроксиапатита и коллагена - Коллапан-гель. Материалы и методы исследования. В основу клинического исследования положен анализ 41 наблюдения больных, в возрасте от 18 до 56 лет с травматическими повреждениями и хроническими воспалительными заболеваниями верхней и нижней челюсти, которым выполнены оперативные вмешательства с использованием Коллапан-геля, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Городского медицинского объединения г. Самарканд с 2017 по 2018 гг. Обследование больных включало в себя клинические, лучевые (рентгенологические, компьютерная томография (КТ)), микробиологические и лабораторные методы исследования. Для более объективной оценки на этапах лечения были выделены 3 группы больных – с хорошими, удовлетворительными и неудовлетворительными этапными результатами лечения. В группу с хорошими этапными результатами были отнесены больные, которым потребовалась однократная имплантация Коллапан-геля для полного восстановления костной ткани в очаге и функционального восстановления оперированного сегмента в обычные сроки. Группу с хорошими этапными результатами составил 31 (83,78%) пациент. В группу с удовлетворительными этапными результатами отнесены больные, у которых после однократной имплантации Коллапан-геля отмечались рентгенологические признаки замедленной репарации очага - 4 (10,81%) пациента. В группу с неудовлетворительными этапными результатами лечения отнесены больные, которым проводились неоднократные имплантации Коллапан-геля - 2 (5,40%) больных. Конечные результаты нами оценены как положительные во всех наблюдениях, так как у всех больных в разные сроки происходила репарация патологического очага, отмечалось отсутствие рецидивов и функциональных нарушений в поздние сроки наблюдения. Полученные результаты: Анализ применения Коллапан-геля с использованием малоинвазивных оперативных вмешательств выявил следующие преимущества: сокращение времени операции; снижение риска и объема хирургического вмешательства; сокращение сроков пребывания больного в стационаре; исключение или сокращение сроков иммобилизации оперированного сегмента; ранняя реабилитация больного; косметический эффект. Выводы: Таким образом, обладая высокой эффективностью, малоинвазивные методики имплантации Коллапан-геля позволяют снизить риск и объем хирургического вмешательства, сократить сроки пребывания больного в стационаре, начать раннюю реабилитацию пациента. Применение имплантата Коллапан-гель позволяет добиться хороших результатов лечения после однократной имплантации пластического материала в 84% случаев, что проявляется полной репарацией патологического очага, отсутствием рецидивов заболеваний, восстановлением функций.

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «ЛОРАМОР» В КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Рустамова Г.А., 1 курса резидент магистратуры, Ибрагимов Д.Д., Сулейманов Э.К., Ахмедов Б.С.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии СамМИ (Зав. каф. - к.м.н. Гаффаров У.Б.)

Научный руководитель – к.м.н. Гаффаров У.Б.

Цель работы: Изучить основные свойства препарата «Лорамор» в комплексной лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Материалы и методы исследования: В соответствии с намеченной целью исследования, нами проведено комплексное обследование больных воспалительными заболеваниями ЧЛО в динамике лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – раствора «Лорамор». У 33 больных в период 2018 гг. находящихся в стационарном лечение с гнойными воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области одонтогенной и неодонтогенной природы. В составе комплексной терапии проводилось ежедневное применение внутрь препарата «Лорамор» по 10 мл 3раза в течение 15 дней. Кроме того препарат использовали в качестве антисептического раствора полоскание ротовой полости ежедневно 5-6 раз в сутки разбавленный в изотоническом растворе натрия хлорида 1:2. Микробиологические обследование проводилось после операции вскрытие гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя основного и дополнительные методы исследования. Результаты: Изучение особенностей клинического течения у больных с гнойными-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области показало, что проводимая терапия раствором Лорамор в комплексе лечения имеет свою антибактериальную эффективность противовоспалительным, антисептическим, бактериостатическим и бактерицидным воздействием. Выводы: Таким образом, использование раствора Лорамор при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями позволило улучшить состояние пациентов и предупредить развитие гнойно-воспалительных осложнений за счет положительных качеств. Микробиологические обследование показывает что при применении раствора Лорамор в комплексном лечении даёт снижение количества микроорганизмов после вскрытие гнойного очага и в динамике заболевания, также помогло очищение гнойной полости после операции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Саидов М.А. студент 302 гр стоматологического факультета

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Тохтаходжаева С.Т.

Цель исследования. Изучение эффективности самостоятельной работы для повышения мануальных навыков студента. Материалы и методы. На кафедре терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абу али ибн Сино проведено изучение эффективности самостоятельной работы студента при подготовке к практическим занятиям и повышение уровня практических навыков по терапевтической стоматологии. При анализе работы учитывались альбомные рисунки, лепка зубов из пластилина и воска, препарирование и пломбирование кариозных полостей на исскуственных и натуральных (удаленных) зубах на больных. Всего препарированы, формированы и запломбированы 25 зубов, из них: 12 зубов с кариозными полостями I-го класса по Блеку, 8 - II- класа, 2 – III- класа и 3 – V-класа. В 5-ти зубах проведено эндодонтическое лечение. Работа проводилась в кабинете врача-стоматолога на современной стоматологической установке. Материалами выбора для пломбирования использовались: для корневого канала «Эндодент», изолирующая прокладка «Уницем цемент»,а в качестве постоянной пломбы «Белацин цемент» и фотополимиризующий материал «Hercylite» и «Charisma». Результаты исследования. При рисовании илепке твердых и мягких тканей полости рта были укреплены топографо-анатомические знания, что способствовало выработке клинического мышления. При работе на фантомах с натуральными тканями зуба были освоены мануальные навыки, этапы, методы препарирования кариозной полости по классификации Блека, выбор боров, изучены топографии устьев корневых каналов, замешивание пломбировочных материалов и пломбирование полости зуба, выявление и устранеие трудностей, возникающих на пути выполнения задания. При приеме больных ощущалась волнение, ответственность, настороженность осложнений. Выводы. СРС позволяет расширить и углубить знания, приучает к самостоятельности, творческому подходу, интеллектуальной активности, потребности знать как можно больше в ходе практических и семинарских занятий, способствующих закреплению полученных знаний.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР КАРИЕСА И НЕКАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА РАБОТАЮЩИХ В ТАБАКОВОДСТВЕ

Тураева К.Ф., студентка 304 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра терапевтической стоматологии №1 (зав. каф. – Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель. Назарова Н.Ш.

Было исследовано 105 жителей и работающих Ургутского табаководческого района. Для контроля аналогичное обследование проведено у 105 работающих и жителей Самаркандского овощеводческого района. Обследованные обеих групп были в возрасте от 18 до 60 лет и старше. Для оценки структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов использовали метод Т.А. Рединовой, электропроводность твердых тканей зубов изучали по методу Г.Г. Ивановой, гигиенический индекс полости рта вычисляли по Л.В. Федоровой Э. Результаты При анализе заболеваемости зубов в одинаковых по возрасту и стажу подгруппах сравниваемых групп работающих установлено, что у табаководов распространенность (87,5±2,9%) и интенсивность (индекс КПУ=7,4±0,6) поражения кариесом зубов достоверно (P<0,01) выше, чем в контрольной группе обследованных (73,4±1,5% и 5,6±0,5). У табаководов в возрастной группе 31-40 лет индекс КПУ достоверно выше, чем в возрасте 21-30 лет (7,9±0,7; 5,9±0,6, P<0,01) и увеличение интенсивности кариеса зубов составляет 30,8%. В контроле в тех же возрастных группах в показателях интенсивности кариеса зубов достоверных различий нет (5,9±0,9; 5,2±0,8, P>0,05) и возрастание интенсивности кариеса составляет лишь 11,2%, то есть у лиц основной группы в возрасте 31-40 лет интенсивность кариеса по сравнению с контролем увеличивается более чем в 2,7 раза. Из некариозных поражений твердых тканей зубов чаще всего выявлялись (слайд 11) патологическая стираемость (16,2±2,8% против 4,5±0,9% в контроле, P<0,001), пигментация зубов и налеты (11,6±1,3% против 2,8±0,4%, P<0,001). Клинически патологическая стираемость нередко проявлялась в виде узоров или полулунной вырезки. Выводы. Среди табаководов достоверно (P<0,05-0,001) увеличивается частота кариеса (в 1,2-1,4 раза), неспецифических некариозных поражений (в 3,6-4,2 раза) зубов. У табаководов с увеличением длительности контакта с вредными веществами развиваются снижение кариесустойчивости зубов.

МОЛЕКУЛЯРНО - КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Тухтабоев А.Ҳ. студент 107 группы факультета стоматологии ТГСИ

Кафедра Гистологии и медицинской биологии (зав.каф. – д.м.н., доцент Рахматова М.Х.)

Научный руководитель ассистент Халдарбекова Г.З.

Были изучены и ознакомлены информации о новейших исследованиях молекулярно - клеточной технологии в стоматологии. Результаты. Возможности молекулярно- клеточной технологии для стоматологии будущего поистине безграничны. Учёными Швейцарии был обнаружен ген отвечающий за формирование здоровых зубов, и назван Jagged 2. Несмотря на то, что все эти исследования проводились на лабораторных животных, полученные результаты убедительно говорят о применении анализов опытов на практике для человека. Полученные результаты показывают, что при наличие этого гена зубы сохраняются здоровыми в течение долгих лет без особых усилий, а напротив отсутствие этого гена обеспечивает неправильное формирование зубов, образование повышенной чувствительности эмали, что в большинстве случаев является причиной основных стоматологических заболеваний и т.д. Предполагается, что в будущем с помощью этого гена исследователями будет создан «Биозуб». «Биозуб» созданный таким

способом, идеально подойдет для вживления, не вызовет отторжения тканей, подойдет пациенту по всем необходимым параметрам и станет достойной заменой потерянному зубу. Кроме создания замены потерянным по разным причинам зубам, возможно дальнейшие разработки позволят использовать молекулярно – клеточных технологий для излечивания у пациентов серьезных стоматологических заболеваний. Кроме этого, в настоящее время в зарубежной клинической практике используются методы направленного восстановления костной ткани в области альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей с помощью клеточных технологий. Это основано на использовании клеточной культуры – собственных остеогенных клеток - предшественников, полученных из жировой ткани. Полученную тканево-инженерную конструкцию трансплантируют в область костного дефекта. Этот метод трансплантации клеточного продукта технологически не отличается от других методов направлений костной регенерации. А регенерация костной ткани – наиболее изученное направление в тканевой инженерии. Вывод. Подобные исследования учёных дарят надежду всем тем, для кого болезни зубов и десен являются серьезной проблемой. Выращенные в лаборатории биологические зубы и восстановления костной ткани в области альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей с помощью клеточных технологий дадут возможность восстановить не только красоту улыбки, но и гарантируют сохранение здоровье других внутренних органов. Конечно, вышесказанные опыты по молекулярно – клеточным технологиям дают надежду на то что в будущем здоровье наших поколений гарантировано. Важно не забывать, что во всех исследованиях нового поколения по молекулярно – клеточным технологиям результаты не всегда достоверны и у всех есть свои плюсы и минусы.

РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

Фалинский М.М., аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГВНЗ

«Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Лучинский М.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Бойцанюк С.И.

В структуре стоматологических заболеваний значительный удельный вес имеют зубочелюстные аномалии и деформации. Эпидемиологические исследования, проведенные на территории Украины, свидетельствует о высокой распространенности морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей и подростков. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей по данным отечественных авторов колеблется от 31,9 до 86,1%. Ретроспективный анализ литературных источников свидетельствует, что проблема взаимосвязи стоматологического и соматического здоровья у детей вызывала и вызывает интерес ученых, и не теряет своей актуальности. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий у детей разных групп здоровья и углубленные клинико-лабораторные исследования позволили выявить определенную причинно-следственную взаимосвязь между различными заболеваниями органов и систем и деформациями зубочелюстно-лицевой системы. Это обусловлено тем, что возникают современные концепции развития заболеваний, возникают новые клинические формы патологий, совершенствуются методы исследования, диагностики, профилактики и лечения. Важно учитывать, что сочетание соматических заболеваний с функциональными и морфологическими изменениями в зубочелюстно-лицевой системе носит взаимно отягощающий характер. С одной стороны, неудовлетворительный стоматологический статус является фактором риска возникновения и хронизации общих заболеваний. С другой стороны, состояние зубочелюстной системы рассматривается в качестве индикатора соматического здоровья. Установлено, что заболевания органов и систем у детей и подростков сочетаются с увеличением частоты зубочелюстных аномалий и деформаций. Подобная синтропия характерна при нарушениях опорно-двигательного аппарата, эндокринных заболеваниях, заболеваниях сердечно – сосудистой системы, аллергопатологии, рахите. Так, установлено, что у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата преобладает глубокая резцовая окклюзия, дистальная окклюзия и нейтральная окклюзия с аномалиями отдельных зубов. Таким образом, взаимосвязь локальных нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей и подростков с общими заболеваниями позволяет систематизировать зубочелюстные аномалии и деформации как полиорганную, социально значимую патологию. Следовательно, диагностику, тактику лечения и профилактику зубочелюстных аномалий и деформаций необходимо рассматривать в контексте целостности формирующегося организма ребенка, взаимообусловленности формы и функции его органов и систем.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У КУРИЛЬЩИКОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Хайдарова Д.М., студентка 304 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра физиологии и патофизиологии (зав.каф. – д.м.н., доцент Самиева Г.У.)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хайдарова Д.С.

Проведено комплексное стоматологическое обследование 70 лиц молодого возраста обоего пола от 20 до 25 лет. Из них I группу составили 35 курящих – 25 мужчин и 15 женщин. Критериями включения пациентов в эту группу служили: стаж регулярного курения не менее пяти лет, выкуривание пяти и более сигарет в день, согласие на участие в исследовании и с его условиями, проживание в г. Самарканде, отсутствие выраженной соматической патологии. II группу составили 35 лиц, сопоставимых по полу и возрасту, некурящих и с отсутствием выраженной соматической патологии. Клинические исследование проводили в период с июня 2018 г. до марта 2019 г. При диагностике кариеса и воспалительных заболеваний пародонта, оценке их тяжести и распространенности использовали общепринятые классификации. Диагноз ставился на основании данных клинических результатов и рентгенологического обследования. Результаты. При комплексном стоматологическом обследовании установлены высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов среди лиц молодого возраста вне зависимости от наличия вредной привычки – курение. Однако в I группе выявлен высокий уровень заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ по сравнению со II группой. Хронический катаральный стоматит выявлен в I группе у 32,7%, во II группе - у 7,8%. На слизистой оболочке щек и преддверия полости рта определялись участки гиперемии неправильной формы с нечеткими контурами. Слизистая оболочка в зоне воспаления отечная, тусклая. Практически у всех обследованных курящих пациентов (98,7%) диагностирован хейлит, сопровождающийся сухостью, шелушением и образованием чешуек, чаще на нижней губе. Во II группе хейлит диагностирован у 43,6% обследованных ($p<0,001$). По данным анамнеза у 27,3% пациентов I группы периодически возникали эрозивно-язвенные процессы на слизистой оболочке рта. Во II группе эти процессы отмечались в единичных случаях.У курящих пациентов чаще определялась хроническая механическая травма слизистой оболочки щек и преддверия полости рта (42,5%), в то время как у некурящих эти изменения составили 17,3% ($p<0,05$)). Кроме того, в группе курящих лиц молодого возраста при исследовании слизистой оболочки рта определены ранние доклинические признаки ги- перкератоза (21,7±1,22%). У трех пациентов в данной группе диагностирована плоская форма лейкоплакии. В группе сравнения данная патология не выявлена. Выводы: Таким образом, у курящих лиц молодого возраста по сравнению с некурящими выявлен более высокий уровень распространенности кариеса, достоверно чаще диагностировался хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести, определена высокая частота заболеваний слизистой оболочки рта с преобладанием гиперкератических процессов. Практически у всех обследованных курящих пациентов (98,7%) диагностирован хейлит. Уровень гигиены полости рта оценен в группе некурящих лиц как «неудовлетворительный», а в группе курящих как «плохой».

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПО РАЗДЕЛУ «ЭНДОДОНТИЯ» НА УРОВЕНЬ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Хамидов М.А., Улмасов Ш.А. студенты 3 курс 302 С группы факультета детской стоматологии ТГСИ

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (зав.каф. – д.м.н., профессор Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: ассистент кафедры Атабекова Ш.Н.

Цель работы: Раскрыть сущность одного из приоритетных направлений высшего медицинского образования – симуляционного обучения, как эффективного педагогического инструмента, качественной подготовки будущих врачей-стоматологов к предстоящей самостоятельной практической

клинической врачебной деятельности. Симуляционное обучение в медицинском вузе направлено на развитие и совершенствование у обучающихся широкого спектра практических компетенций без риска нанесения вреда пациенту. Проанализировать и представить опыт организации успешного обучения в симуляционном центре на 3D симуляторе “Virtesay Dental” (Франция) организованным на территории Ташкентского государственного стоматологического института. Описать преимущества данного подхода, позволяющего повысить качество усвоения практических манипуляционных навыков обучающимися. Материалы и методы исследования: По результатам социального опроса среди студентов 3го курса обучение студентов по разделу «Эндодонтия» в таких симуляционных центрах целесообразно и наиболее эффективно. 3D симулятор “Virtesay Dental” обеспечивает последовательность и преемственность в освоении практических навыков по блоку дисциплин профессионального цикла у студентов; формирует и поддерживает на необходимом уровне профессиональных навыков у студентов; повышает качества теоретической подготовки студентов путем использования в образовательном процессе 3D технологий; организовывает практические занятия, способствующих повышению качества подготовки; обеспечивает последовательность и преемственность в освоении практических навыков. Результаты: В Ташкентском государственном стоматологическом институте описанная концепция симуляционного обучения практическим навыкам студентов-стоматологов соответствует закону «Об инновациях и инновационной деятельности» республики Узбекистан и реализуется в специализированном симуляционном центре, оборудованным высокотехнологичными 3D симуляторами фирмы “Virtesay Dental” (Франция). Получаемые результаты позволяют провести пошаговый разбор допущенных ошибок, анализ мануальной коррекции по их устранению, а также служат в качестве доказательной базы в спорных ситуациях при наличии апелляций со стороны выпускников. Выводы: Включение в программу обучения практических мануальных стоматологических навыков на 3D симуляторе “Virtesay Dental” и контроля их выполнения позволяет в кратчайший промежуток времени усвоить студентам пройденный материал, как в теории так и на практике, определить возможные трудности усвоения материала персонально каждым из студентов и наметить педагогические вектора по коррекции соответствующего пробела в их знаниях и умениях.

ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Хикматуллаев О.Р., студент 306 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра стоматологии №1 (зав. каф. – Норбутаев А.Б.)

Научный руководитель: Исламова Н.Б.

Цель исследования: Обосновать выбор метода профилактики кариеса жевательной поверхности молочных зубов у детей на основании изучения сравнительной эффективности герметизации фиссур стеклоиономерным цементом и аппликационных методов профилактики различными препаратами. Материал и методы исследования: Объект исследования – 20 больных проходивших лечение на амбулаторно-стоматологическом приеме в областном стоматологическом поликлинике. 1) Неинвазивный метод. Является традиционным методом. В данном методе не используются стоматологические боры. 2) Инвазивный метод. Представляет собой раскрытие глубокой и пигментированной фиссуры бором и заполнение герметиком. Неинвазивный метод герметизации фиссур показаниями являются наличие интактных фиссур и непосредственно после прорезывания как постоянных, так и временных зубов. Результаты. В амбулаторно-стоматологическом приеме было исследовано 20 больных. Жевательная поверхность молочных моляров у детей имеет 2 и более точек схождения борозд, в 55% – дно борозд гладкое, в 30% – имеет фиссуры различной глубины. Неглубокие фиссуры выявлены в 50% случаев, глубокие, распространяющиеся более чем на половину толщины эмали, – в 35%. В молочных молярах преобладали открытые фиссуры – 75, чаще на фоне II клинического типа жевательной поверхности, чем на фоне I типа: 45% и 25% соответственно. Герметизации фиссур стеклоиономерным цементом является наиболее эффективной в профилактике кариеса у детей раннего и дошкольного возрастов: 85% случаев сохранения здоровой жевательной поверхности молочных моляров. Эффективность применения других профилактических средств ниже: диаминфторид серебра - 45%, глубокое фторирование – 45%, 1% раствор фторида натрия 10%. Вывод: Кариес профилактическая эффективность герметизации фиссур зависит от качества герметика, методики выполнения герметизации и времени, которое прошло с момента прорезывания зуба до герметизации фиссур. Наиболее высокую кариеспрофилактическую эффективность имеет метод герметизации фиссур при проведении его в течении первых 6 месяцев после прорезывания зуба в полость рта, а также при условии сохранения герметика на жевательной поверхности в течении 2 лет.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Холмухамедов Д.А. студент стоматологического факультета ТГСИ

Научный руководитель: Аловиддинов Ш.Д.

Цель работы: Сравнительное изучение использования с профилактической целью антибиотикотерапии и гигиенического ухода за полостью рта в послеоперационном периоде. Материалы и методы исследования: Проведена оценка результатов проведения имплантации у двадцати больных, которые были разделены на две группы. Первая группа – десять человек, которым произвели внедрение одного винтового имплантата. За две недели до операции был взят посев полости рта на микрофлору и ее чувствительность. Соответственно результатам посева назначались антибиотики за 30 минут до операции внутримышечно, и в последующем “PerOs” в течение 5-7 суток. С гигиенической целью местно использовались ирригации полости рта раствором “Элюдрил” на протяжении 5 суток. Вторая группа – десять человек, которым произвели аналогичная операция, но профилактические противовоспалительные мероприятия ограничивались только гигиеническими мероприятиями полости рта с ирригациями раствором “Элюдрил”. Оценивались субъективные ощущения пациентов, наличие или отсутствие жалоб на нарушение состояния. На протяжении недели объективно оценивалось наличие или отсутствие боли в зоне операции, характер и степень выраженности послеоперационного отека, изменений состояния слизистой полости рта в зоне инфильтрата. Результаты: В течение недели пациенты не предъявляли жалоб на ухудшение состояния, повышения температуры. Оценка объективных показателей свидетельствовала об отсутствии явления гиперемии и отсутствия воспаления. У четырех больных первой группы и у трех больных второй группы послеоперационный отек не был выражен на протяжении всего периода наблюдения. У остальных больных отмечался отек в послеоперационной зоне, который сохранялся на протяжении от 3 до 7 суток, без проявления воспалительных реакций. Выводы: Таким образом, проведенные наблюдения позволяют прийти к заключению, что использование антибиотиков с профилактической целью, не является обязательным компонентом лечения, а профилактика воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде может быть обеспеченно тщательной гигиеной полости рта с использованием антисептиков.

РОЛЬ ФТОРА В ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА

Хошимова С.И. студентка 5-курса 1014-группы ФФТМА

научный руководитель: Турдиев Ш.М. ассистент кафедры коммунальной гигиены и гигиены труда.

Цель исследования: является изучение работ, опубликованных в странах содружества и зарубежными авторами по проблемам профилактики стоматологических заболеваний. Материалы и методы: текст, содержащий концентрированную информацию, полученную в результате отбора, анализа, систематизации и логического обобщения из большого количества первоисточников по данной теме. Результаты исследования. Изучение и анализа работ, опубликованными в странах содружества и зарубежными авторами по данной тематике. По мнению ведущих специалистов НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина, необходимо использовать все пути восполнения недостатка фтора в рационе: фторирование водопроводной воды, фторирование питьевой воды с помощью селективных фильтров, бутилирование фторированной питьевой воды, фторирование зубных паст, использование фторсодержащей жевательной резинки. Наиболее широкий охват фторпрофилактикой обеспечивается при фторировании питьевой воды. Метод используется в районах с пониженным содержанием фтора в питьевой воде (менее 0,5 мг/л). С помощью фтораторных установок его содержание доводят до 0,8 - 1,2 мг/л. Данный способ, однако, не позволяет индивидуально дозировать прием препарата. Кроме того, по назначению

используется только небольшой процент фторированной воды, поэтому данная мера профилактики оказывается достаточно неэкономной. В последнее время находит применение фторирование отдельных продуктов питания. Фторирование молока осуществляют в Швейцарии, Англии, США, Болгарии, а также в нескольких городах России - Смоленске, Воронеже и Майкопе. Метод, опробованный на небольших группах, показал хорошие результаты. По некоторым данным редукция прироста кариеса зубов в профилактической группе по сравнению с контрольной составил за год 43,7%, за два года - 63,2%, за три - 65,8%. За счет применения фторированного молока прирост кариеса снизился на 68%, количество 6-летних детей с интактными постоянными зубами увеличилось с 72% до 89%. Более широко используется фторирование поваренной соли, содержание фтора в ней должно соответствовать 250 - 350 мг/кг. Этот метод позволил существенно снизить заболеваемость кариесом. Имеется опыт применения такой соли с целью профилактики кариеса в западных районах Украины. По некоторым данным, у детей, рацион которых содержал фторированную соль в течение 2 лет, распространенность кариеса снизилась на 4,96%, его интенсивность по индексу КПУ - на 14,7%. Трехлетнее потребление фторированной соли способствовало снижению распространенности кариеса зубов на 8,07%, интенсивности по индексу КПУ - на 23,86%. Выводы. Употребление в пищу фторированой соли наряду с гигиеной полости рта и местным использованием фторидов на настоящий момент является одним из наиболее эффективных средств предупреждения кариеса в регионах со сниженным количеством фтора в воде. Одним из перспективных направлений повышение эффективности про- тивокариозных воздействий является выделение групп риска, которые нуждаются в большем объёме кариесопрофилактических воздействий.

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Чикурова Е.А., студентка 123 группы стоматологического факультета ИГМА

Кафедра педагогики, психологии и психосоматической медицины (зав. каф. – к.п.н. Помыткина Т.Ю.)

Научный руководитель к.п.н. Помыткина Т.Ю.

Цель работы: Выявить степень тревожности пациентов на приеме у врача-стоматолога и обосновать применение нейролингвистических приемов снятия тревожности пациента. Материал и методы исследования: опросник оценки уровня тревожности пациента на стоматологическом приеме (N= 100 человек), нейролингвистические приемы, направленные на снятие тревожности: подстройка, рефрейминг, вербальное внушение. Результаты: Большинство опрошенных пациентов начинало ощущать тревогу еще за день до визита к врачу (совершенно спокойных пациентов составляло – 39%). По мере приближения приема врача общее напряжение пациентов нарастало, количество спокойных пациентов уменьшилось до 27%. Уровень тревожности зависит также от цели посещения врача и его специальности: перед посещением врача-хирурга совершенно спокойных пациентов составляло – 14% пациентов, чувствующих напряжение – 23%, испытывающих незначительную тревогу – 20%, испытывающих существенную тревогу – 16%, испытывающих сильную тревогу, страх – 27%, перед профилактическим осмотром совершенно спокойных – 63%, чувствующих напряжение – 23%, испытывающих незначительную тревогу – 9%, испытывающих существенную тревогу – 4%, испытывающих сильную тревогу, страх- 1% человек. При повторном посещении врача 50% человек волновалось значительно меньше, по сравнению с прошлым приемом (предположительно чувствующих напряжение и незначительную тревогу), 36% пациентов совсем не боялось посещения (включая тех, кто изначально чувствовал себя совершенно спокойно), 11% пациентов волновалось так же, как и в прошлый раз, и 3% пациентов, чьё напряжение усилилось. В целом уровень тревоги снизился у 72% и повысился у 3%. Выводы: В стоматологии очень часто встречаются пациенты, имеющие различную степень тревожности: начиная от легкой напряженности и заканчивая стоматофобией. Это приводит к несвоевременному обращению за стоматологической помощью, невыполнению рекомендаций врача и незавершению начатого лечения. Оценка уровня тревожности пациента на стоматологическом приеме свидетельствует о возможности влияния врача-стоматолога на тревожность пациента. В то же время неэффективные действия врача могут привести к повышению тревоги пациента и прекращению лечения. На наш взгляд в своей практике врач-стоматолог может использовать следующие нейролингвистические приемы общения с пациентами: подстройка к пациенту. Подстройка - это процесс согласования состояний между людьми во время общения. Если вы находитесь с человеком в состоянии раппорта, то вы можете направлять его. То есть, если вы измените свое состояние, то пациент «пойдет» вслед за вами: вы расслабились- и он расслабился, вы стали увереннее- и он тоже. При этом подстройка и ведение (и наличие раппорта) во многих случаях является необходимым условием для успешного использования других способов воздействия – без них они работать не будут; рефрейминг – перестройка или переосмысление восприятия, поведения, мышления и в результате избавление от деструктивного (тревожного, невротического, зависимого) поведения, смена взгляда на ситуацию, что приводит к ее переоценке; вербальное внушение. Внушения - это словесное воздействие на мыслительные процессы и поведение, которое позволяет получить реакцию на стимул, направленный к подсознанию человека. При правильном внушении команда начинает выполняться и человек становится более уверенным в себе, быстрее выздоравливает или успокаивается. Эффективность применения нейролингвистических приемов в практике врача-стоматолога предполагаем оценить в следующих наших исследованиях.

ОПЫТ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Чиргалиев М. магистр 2-го курса обучения кафедры Хирургической стоматологии (зав. кафедрой З.К. Рахимов)

Научный руководитель: Пулатова Ш.К.

Цель исследования: Совершенствование методов хирургического лечения радикулярных кист челюстей с помощью применения биокомпозиционного остеопластического материала «КоллапАн» и фибрина, обогащённого тромбоцитами, для заполнения послеоперационного дефекта кости. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения у 16 больных после цистэктомии радикулярных кист верхней и нижней челюстей. Больные находились на лечении в отделении челюстно – лицевой хирургии Бухарского многопрофильного медицинского центра, являющегося клинической базой кафедры Хирургической стоматологии БухГосМИ. Пациенты были в возрасте от 25 до 45 лет, из них 10 составляли мужчины и 6 – женщины. Все больные в зависимости от способа лечения были разделены на две группы: первая группа состояла из 6 мужчин и 3 женщин, получавших традиционное лечение – цистэктомию с резекцией верхушки корня; 2 группа состояла из 4 мужчин и 3 женщин, лечившихся комплексным способом. Последней группе больных после цистэктомии резекция верхушки корня не проводилась, а остаточная костная полость заполнялась биокомпозиционным остеопластическим материалом «КоллапАн» и фибрином, обогащённым тромбоцитами. Пациентам обеих групп в послеоперационном периоде было назначено общее антибактериальное и общеукрепляющее лечение, а также частые полоскания полости рта растворами антисептиков. Результаты. У больных первой группы, у которых после цистэктомии с резекцией верхушки корня остаточная костная полость заполнялась турундой с антибиотиком, дефект костной ткани устранялся в течение 3-4 месяцев. У больных второй группы благодаря использованию в послеоперационном периоде биокомпозиционного остеопластических материала «КоллапАн» и фибрина, обогащённого тромбоцитами, положительный клинический эффект был достигнут уже на 14-15е сутки после операции в виде отсутствия признаков воспаления и полного замещения остаточной полости полноценной костной тканью. По данным клинических методов исследования выявлено, что применение остеопластического материала «Коллапан» и фибрина, обогащённого тромбоцитами, для заполнения послеоперационного дефекта кости, снижает выраженность болевого синдрома и послеоперационного коллатерального отёка мягких тканей, сокращает сроки эпителизации раны. По данным рентгенологического исследования выявлено ускорение процесса восстановления костных балок в послеоперационном дефекте. Через 6 месяцев в послеоперационном костном дефекте определялась зрелая костная ткань. Выводы: совместное применение биокомпозиционных остеопластических материалов и богатой тромбоцитами аутоплазмы предполагает создание оптимальных условий для костеобразования путём снижения ответной воспалительной реакции тканей и эффективное воздействие на механизмы оссификации. Применение исследованного комплексного лечения в широкой практике хирургической стоматологии позволяет повысить эффективность лечения больных с радикулярными кистами, сократить сроки восстановления послеоперационных костных дефектов челюстных костей.

ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Шайдурова В.С., ординатор кафедры терапевтической стоматологии, Пасыева Л.Д., ординатор кафедры терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., профессор Рединова Т.Л.)

Научный руководитель: к.м.н. Субботина А.В.

Цель работы: Провести анализ причин депульпирования зубов при подготовке к протезированию металлокерамическими конструкциями. Материалы и методы: Нами было проведено анкетирование 96 врачей стоматологов-терапевтов г. Ижевска и Удмуртской Республики, работающих в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях и в частных стоматологических клиниках. Проанализированы записи 90 медицинских карт пациентов разных стоматологических клиник. Результаты исследования: Анализ медицинских карт показал, что на эндодонтическое лечение направляли преимущественно пациентов старше 50 лет, при этом число зубов, подлежащих депульпированию при подготовке к ортопедическому лечению, было от 1 до 8 у одного пациента. По результатам анкетирования врачей стоматологов-терапевтов выявлено, что в 67,6% случаев в направлении на эндодонтическое лечение врачи стоматологи-ортопеды не указывали диагноз, имелась запись «депульпировать по ортопедическим показаниям» или «эндодонтическое лечение под коронку». В остальных случаях направляли на депульпирование со следующими диагнозами: 13,25% - «пульпит», 3,6% - «глубокий кариес», 3,6% - «пародонтит», 7,2% - «феномен Попова – Годона», 4,8% - «гиперестезия». Большинство врачей стоматологов-терапевтов при депульпировании зубов по направлению ортопеда выставляли в медицинской карте диагноз «острый травматический пульпит» - 52,7%, 21% - «хронический фиброзный пульпит» или «обострение хронического фиброзного пульпита», 14,5% - «острый общий пульпит», 4,3% - «пародонтит легкой или средней степени тяжести», 2% - «повышенное стирание зубов» и 5,5% ограничивались записью «депульпирование по ортопедическим показаниям». 95% опрошенных стоматологов-терапевтов приходилось депульпировать витальные зубы без сопутствующей патологии по направлению стоматолога-ортопеда, при этом в 68% случаев в медицинскую карту выставляли диагноз «острый травматический пульпит», в 11% случаях – «повышенное стирание зубов», в 9% - «хронический пульпит», в 7% - «пародонтит лёгкой или средней степени», в 5% случаях не указывали диагноз, а делали запись «депульпирование по ортопедическим показаниям». Выводы: Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что большинство врачей стоматологов-ортопедов направляют на эндодонтическое лечение опорных зубов под металлокерамические конструкции без какого-либо обоснования, с записью в направлении «по ортопедическим показаниям» или «эндодонтическое лечение под коронку». Вероятно, это объясняется отсутствием четких показаний к проведению эндодонтического лечения в протоколах ортопедического лечения. Среди стоматологов-терапевтов нет единого мнения по вопросу с каким диагнозом депульпировать зубы при подготовке к ортопедическому лечению, особенно если это касается эндодонтического лечения интактных зубов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ В НОСОГЛОТКЕ И ЛЕГКИХ

Шамсиев Р.А. соискатель

(Научный руководитель: ректор ТГСИ, д.м.н., профессор. Ризаев Ж.А.)

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Врожденная расщелина губы и неба встречаются у населения всех стран и по-прежнему остаются одной из важнейших проблем генетики, педиатрии, стоматологии и медицины в целом. Наличие дефекта между ротовой и носовой полостями способствует формированию аутофлоры оронозофарингеальной области, с преобладанием условно-патогенных штаммов, являющихся причиной дисбактериоза. В результате носоротового дыхания происходит испарение ротовой жидкости, увеличивается ее вязкость и сушится эмаль. В результате наблюдается повышенное отложение зубного налета и ухудшение кариесогенной ситуации в полости рта. Помимо всего вышесказанного, у детей с врожденными расщелинами имеет место нарушение процесса формирование, минерализации и созреваний твердых тканей зубов. Высокий процент распространенности кариеса и плохая гигиена полости рта у этой группы пациентов, связана с не достаточным пониманием родителями важности гигиены и соответствующей диеты для предотвращения кариеса зубов. Таким образом, гигиеническое состояние полости рта у детей с врожденной расщелиной губы и неба весьма неудовлетворительное. Цель исследования. изучение агрегационных свойств тромбоцитов у детей с врожденной расщелиной неба. Материал и методы. Для решения данной проблемы нами изучены агрегационные свойства тромбоцитов у 97 больных с врожденной расщелиной губы и неба. Все больные находились на стационарном лечении в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института в 2016-2017 гг. для проведения операции уранопластики. Больные, в зависимости от тяжести патологии, были разделены на 3 группы: 1 группа (п=45) была представлена детьми с врожденной изолированной врожденной расщелиной неба, во 2 группу (п=34) вошли дети с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба (1), в 3 группу (п=18) были включены дети с врожденной 2-х сторонней расщелиной верхней губы и неба. У больных 2-й и 3-ей группы состояние после хейлопластики. О функциональных свойствах тромбоцитов судили по изучению следующих тестов: гемолизат агрегационный тест по З.С. Баркагану (1989), активированное время рекальцификации. В мембранах тромбоцитов определяли содержание диеновых коньюгатов (Б.И. Гаврилов, 1983). Об активности антиоксидантной защиты судили по активности супероксиддисмутазы по торможению восстановленного НСТ супероксидом, каталазы по ингибированию окисления молибдата перекисью водорода. Эндогенную интоксикацию изучали по методу Габриэлян, циркуляцию иммунных комплексов полиэтилен гликолем. Полученные результаты подвергали математической обработке методом вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ по статистической обработке информации. Результаты и обсуждение. Результаты наших исследований показывают, что 73,8% детей уранопластика проведена в возрасте 4 года и выше. Из опроса родителей и по результатам консультации педиатра установлено, что операция у 43 (41,7%) из них откладывалась из-за рецидива простудных заболеваний, пневмонии. Анализируя анамнез, статус детей с врожденной расщелиной неба, страдающих сочетанной легочной патологией бактериальной этиологией, мы установили, что течение основного заболевания было отягощено. Это, видимо, обусловлено выраженной интоксикацией организма, которые нашли отражения в формулах белой крови. В наших исследованиях выявлена отчетливая зависимость высевания этиологически значимой флоры от сроков поступления детей в стационар, т.е. возраста. При этом отмечена закономерность возрастания роли грамотрицательной флоры в 3 раза, грибов рода Candida в 8 раз по мере увеличения возраста больного. Последнее, видимо, обусловлено проводимой антибактериальной терапией до поступления в стационар, а также низкой иммунной резистентностью организма. У детей, ранее леченных какими либо антибактериальными препаратами, титр грамотрицательной флоры и грибов рода Candida выражался в высоких цифрах. При анализе показателя гуморального иммунитета, чаще всего определялись высокие значения имунноглобулина класса G в крови. Последнее видимо, обусловлено высокими значениями эндогенной интоксикации и уровнем циркуляции иммунных комплексов. Результаты наших исследований показывают, что у детей с врожденной расщелиной неба отмечается достоверное уменьшение абсолютного количества тромбоцитов крови. Одновременно с этим отмечается повышение АДФ-индуцированных агрегационных клеток крови по сравнению показателями здоровых лиц. У детей с врожденной расщелиной губы и неба агрегационная активность тромбоцитов и процессы перекисного окисления липидов мембран тромбоцитов имеют однонаправленные нарушения. При этом отмечено повышение продуктов перекисного окисления липидов, в частности диеновых коньюгатов, которые при низких значениях супероксиддисмутазы и каталазы атакуют фосфолипиды клеточных мембран тромбоцитов (продуктами перекисного окисления липидов) и тем самым вызывает ее повреждение, пропорционально степени активности перекисного окисления липидов. Выводы. Таким образом, структурно-функциональные изменения мембран являются причиной экспрессии тканевого тромбопластина (феномен «флип-флоп»), в результате которого на плазматическую мембрану перемещаются фосфолипиды, свойственно внутреннему компоненту липидного бислоя. Это повышает коагуляционную активность клеток крови и клеток сосудистого эндотелия. Изменения липидного слоя мембран при активации перекисного окисления липидов ускоряет синтез Тромбоксана А2, что обуславливает гиперкоагуляцию. Повышение агрегационного потенциала тромбоцитов способствует повышению активности внутри сосудистого свертывания крови и развитию синдрома ДВС крови.

ПОКАЗАТЕЛИ ПАПИЛЛЯРНО-МАРГИНАЛЬНО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО ИНДЕКСА И ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА OHI-S У БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Шевчук М. Н. аспирант кафедры терапевтической стоматологии ЛНМУ им. Д. Галицкого

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. каф. - к. м. н., доц. Пупин Т.И.)

Научный руководитель - д. мед. н., проф. Заболотный Т.Д.

Цель работы: Проанализировать показатели РМА и OHI-S индекса у больных стационара с дистрофическими заболеваниями тканей пародонта Материал и методы исследования: Значение индекса изучали у 19 больных с дистрофическими заболеваниями тканей пародонта ЛОКБ: 8 человек (42,11%) отделения сердечно-сосудистой хирургии; 3 пациента (15,79%) неврологического отделения; 2 больных (10,52%) гастроэнтерологического отделения и у 6 пациентов (31,58%) ревматологического отделения. Интенсивность воспаления десен исследовали по индексу РМА в модификации за Parma (1960). Гигиенический индекс (OHI-S) рассчитывали по методике Greene-Vermillion - "Oral Hygiene Index Simplified" (1964). Результаты: В результате анализа индекса РМА показал, что среди лиц с дистрофическими заболеваниями тканей пародонта превалировала количество осмотренных со значением РМА в пределах до 1,0 балла от 75,0 ± 9,93% исследуемых отделения сердечно-сосудистой хирургии до 100% больных отделения гастроэнтерологии, р, р1> 0,05. Количество больных с данной балльной оценкой РМА неврологического и ревматологического отделений была одинаковой и составляла 66,67 ± 10,81%, р1> 0,05. Количество исследуемых с балльной оценкой РМА в диапазоне 1,1-2,0 балла колебалась от 25,0 ± 9,93% лиц отделений сердечно-сосудистой хирургии в 33,33 ± 10,81% больных гастроэнтерологии и ревматологии, р, р 1, р2> 0,05. Средняя балльная оценка индекса РМА у лиц различных отделений ЛОКБ была наименьшей у больных неврологии - 0,85 ± 0,11 балла, р <0,05, и характеризовалась максимальным данным в исследуемых ревматологии - 1,18 ± 0,09 балла, р, Р1, р2> 0,05. Анализ индекса гигиены полости рта OHI-S у больных ЛОКБ с дистрофическими заболеваниями тканей пародонта не выявил лиц с хорошей гигиеной полости рта (OHI-S ≤ 0,6 балла). Удовлетворительной гигиены полости рта (OHI-S = 0,7-1,6 балла) не исследовалась у представителей отделений сердечно-сосудистой хирургии и гастроэнтерологии. При этом, количество лиц, в данном бальном интервале, в неврологическом и ревматологическом отделениях составляла 33,33 ± 10,81% и 16,67 ± 8,55% соответственно, р1> 0,05. Неудовлетворительная гигиена полости рта (OHI-S = 1,7-2,5 балла) превалировала у больных отделений сердечно-сосудистой хирургии (75,0 ± 9,93%) и гастроэнтерологии - 100% обследованных, р <0,01. В то же время, количество лиц с неудовлетворительной гигиеной полости рта в неврологическом и ревматологическом отделениях была одинаковой и определялась в 33,33 ± 10,81% испытуемых, р <0,05, р 1> 0,05, р2 <0,01. Плохая гигиена полости рта (OHI-S ≥ 2,6 балла) не исследовалось у больных гастроэнтерологического отделения и определялась в 25,0 ± 9,93% лиц отделения сердечно-сосудистой хирургии, 33,33 ± 10,81% неврологического и 50,0 ± 11,47% осмотренных ревматологического отделений, г, р1> 0,05. Средняя балльная оценка индекса OHI-S была достоверно выше у лиц отделений сердечно-сосудистой хирургии (2,21 ± 0,05 балла), ревматологии (2,18 ± 0,03 балла, р <0,05, р 1 <0,01, р2> 0,05) и гастроэнтерологии (2,10 ± 0,06 балла, р <0,05, р 1 <0, 01), чем у больных неврологического отделения (1,95 ± 0,04 балла) Выводы: Таким образом, можно утверждать что интенсивность воспалительных процессов в тканях пародонта была одинаковой у больных стационара с дистрофическими заболеваниями тканей пародонта. Гигиеническое состояние полости рта был лучшим у лиц неврологического отделения, г, p_1, p_2 <0,05.

УСТРАНЕНИЕ ДИСКОМФОРТА ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

Шербекова Ф. студент 509-группы стоматологического факультета СамМИ, Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Холбоева Н.А.

Кафедра стоматологии №2 (зав.каф.-Исроилов С.А)

Научный руководитель асс. преподаватель Муратова С.К.

Цель исследования – изучение устранений дискомфорта после клинического отбеливания с применением «Десенсетин Гель». Материалы и методы исследования. На кафедре 2-стоматологии были исследованы 62 пациентов в возрасте от 29 до 55 лет после процедуры профессионального отбеливания с жалобами на гиперестезию зубов. Для проведения исследований выбирались лица, имеющие минимум 20 естественных зубов с сохраненной коронкой, не подвергавшиеся воздействию производственных вредностей и без выраженной сопутствующей патологии. Все пациенты были равноценно распределены на две группы, в зависимости от применяемого средства. Группа 1 – 31 человек – с целью уменьшения повышенной чувствительности зубов использовала зубную пасту «Colgate сенситив». Группа 2 – 31 человек – «Десенсетин Гель» (ООО «Технодент», Россия), и электрофарез с глюконатом кальцием. Все средства применялись в соответствии с инструкцией по их применению. В ходе клинических исследований использовался осмотр и зондирование, при котором обращали особое внимание на нарушение структуры твёрдых тканей зубов и изменения в тканях пародонта. Для оценки температурной чувствительности твёрдых тканей зубов применяли обработку водной и воздушной струёй, подаваемую в различных направлениях: по касательной к вестибулярной поверхности зуба (косая или боковая струя); перпендикулярно к вестибулярной поверхности зуба (прямая струя). Результаты. Оценку степени выраженности гиперестезии твёрдых тканей зубов проводили до и после лечения в различные сроки (2 дня, 1, 2, 3, 4 недели), что позволило охарактеризовать интенсивность чувствительности зубов до начала исследования и проанализировать эффективность применения рекомендуемых средств гигиены. Из результатов следует, что все рекомендованные средства высокоэффективны в отношении ликвидации повышенной чувствительности зубов и обладают десенситивными возможностями. Через неделю в группе пациентов, использующих зубную пасту «Colgateсенситив» интенсивность гиперестезии зубов снизилась в 1,8±0,01 раза; в группе с использованием «Десенсетин гель» (ООО «TehnoDent», Россия) – в 5,8±0,02 раза. Выводы: Таким образом, по данным наших исследований «Десенсетин гель» обладает к быстрому снижению повышенной чувствительности с пролонгированным эффектом и соответствуют заявленным параметрам.

СТОМАТОЛОГЛАРНИ СИМУЛЯЦИОН УСКУНАЛАРДАН ФОЙДАЛАНГАН ҲОЛДА ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ АМАЛИЙ ҚЎЛЛАШ КЎНИКМАЛАРИГА ЎРГАТИШ

Замонов Ж.О. 207- А гуруҳ талабаси Стомотология факультети, ТДСИ

Физиология ва патология кафедраси (каф.муд.- доц. Нишанова А.А.)

Илмий рахбар: асс. Умрқулова С.Х.

Мақсад. Кадрлар тайёрлашни такомиллаштириш орқали тиббий ёрдам сифатини ошириш. Янги технологиялар мутахассислардан тегишли билим ва кўникмаларга эга бўлишларини талаб қилади. Самарали профессионал касб-ҳунар соҳаси мутахассислари учун таълим тизими ва таълим технологиялари замонавий маълумотларга мувофиқ ривожланиши ва ўзгариши керак. Материаллар ва усуллар. Стоматолог шифокорларни тайёрлашда симулятсия технологиялари замонавий усуллар билан даволаш учун алгоритмларни тушуниш, керакли кўникмаларни ишлаб чиқиш ва клиник амалиётда янада тўлиқ ривожлантириш имконини берадиган алоҳида рол ўйнайди. ТДСИ да 3Д симулятсия маркази ва фантом заллари ташкил этилган бўлиб, талабарнинг назарий билимларини мустаҳкамлаш ва уни амалиётда қўллаш имконини беради. Замонавий даволаш усуллари мураккаб ускуналар ва кўплаб турли материаллардан фойдаланишга асосланган. Стоматолог шифокорларни ўқитишда уларнинг ривожланиши учун фантомлардан фойдаланилади. Фантом хоналари талабаларнинг амалий кўникмаларни ўзлаштириши учун бўлган асбоб ускуналар, тиш ва жағ моделлари билан жиҳозланган. Стоматологик қурилма ва креслолар билан жиҳозланган талабалар клиникаси талабаларнинг ўзларини ҳақиқий стоматолог каби ҳис қилишларига максимал шароит яратади. Фантом хоналарида бўшлиқларни тайёрлаш ва тишларни композитсион материаллар билан тиклаш тегишли протоколлар асосида мавжуд тишларда амалга оширилади. Талабалар томонидан амалий топшириқни бажариш ўқитувчи томонидан натижани

баҳолаш ва мумкин бўлган хатоларни таҳлил қилиш имконини беради. 3Д стимулятсия марказида эса тишларни чархлаш ва бўшлиқларни тайёрлаш махсус компютер графикаси ёрдамида амалга оширилади. Бу эса амалий кўникмаларни ўрганиш ва хатоларни автоматик таҳлил қилиш каби жуда кўп имкониятлар яратади. Натижалар. Фантомларда тиклаш усулларини ўзлаштириб, бўлажак шифокорлар бўшлиқларни шакллантириш ва уларни композитлар билан реставратсиясининг муҳим хусусиятларини тушуниш ва баҳолаш имкониятига эга. Технология ривожланганлиги сабабли, ўқув вазифалари мураккаблашади, натижада натижанинг сифати вақт сарфининг пасайиши билан яхшиланади. Тишлар кариэсининг асоратларини даволашни ўрганишда симулятсиён воситалардан фойдаланиш клиникада вужудга келиши мумкин бўлган ҳолатларни кўриб чиқиш ва уларни тўғри даволашни ўрганиш муҳим аҳамиятга эга Бу ушбу кўникмаларни яхши ривожланишига ёрдам беради, клиник қўлланишнинг дастлабки босқичларида хато хавфини камайтиради ва даволаш самарадорлигини оширади. Хулоса: Таълим стандартлари доирасида амалий кўникмаларга эга бўлган тиш шифокорини ўқитишда симулятсия технологиялари янги технологияларни жорий этиш самарадорлигини сезиларли даражада оширади, бу эса бўлажак мутахассисларнинг клиник иш сифатини оширишга ёрдам беради.

СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИШКИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ

Зохиджонова Ш.З., СамМИ Даволаш факультети 206 гуруҳ студенти,

Зохиджонов Ж.З., СамМИ Стоматология факультети 205 гуруҳ студенти

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А.М.)

Илмий раҳбари катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ. Ш., ассистент Юсупов М. И.

Максад: Қишки мавсумда стоматологик касалликлар билан мурожаат этган беморларда кузатилган касалликлар манзарасини аниқлаш ва касаллик турлари буйича таҳлил этиш. Тадқиқот материали ва услуби: 2018 йил декабр ойидан 2019 йил январ, феврал ойларида стоматологик касалликлар билан Самарқанд В.С.С.Б. Пастдарғом тумани “Нозимжон Дента Сервис” хусусий корхонасига мурожаат этган 287 нафар беморлар ўрганилди. Улардан 137 нафари (48%) аёл, 96 нафари (33%) эркак, 54 нафари (19%) 6 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар. Олинган материаллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Натижалар: 2018 йил декабр ойиди 97 та (33,8%) бемор мурожаат этган бўлиб, шундан 43 нафари аёл (44,3%): 21 нафари (48,7%)га сурункали периодантитнинг қайталаниши, 12 нафари (28%)га гингивит, 8 нафари (18,6%)га пульпит ва 2 нафари (4,7%)га кариес ташхиси қўйилди; 38 нафар эркак (39,2%): 14 нафари (36,9%)га сурункали периодантитнинг қайталаниши, 11 нафари (28,9%)га гингивит, 10 нафари (26,3%)га пульпит ва 3 нафари (7,9%)га кариес ташхиси қўйилди. Мурожаат этганларнинг 16 нафари (16.5%)ни болалар ташкил этиб, шулардан: сурункали периодантитнинг қайталаниши 7 нафари (43,7%)ни, гингивит 5 нафар (31,3%)ни, пульпит 3 нафари (18,7%)ни ва кариес 1 нафари (6,4%)ни ташкил қилди. 2019 йил январ ойида 115 (40%) нафар бемор мурожаат этган бўлиб, шундан 41 нафар аёл (35,7%): сурункали периодантитнинг кайталаниши 24 нафар (58,5%), гингивит 10 нафар (24,4%), пульпит 6 нафар (14,6%) ва кариес 1 нафар (2,5%)ни ташкил этди; 53 нафар эркак (46%), шу жумладан: сурункали периодантитнинг кайталаниши 23 нафар (43,4%), гингивит 12 нафар (22,6%), пульпит 15 нафар (28,3%) ва кариес 3 нафар (5,6%); 21 нафар (18.3%) болалардан: сурункали периодантитнинг кайталаниши 8 нафар (38%), гингивит 5 нафар (23,8%), пульпит 7 нафар (33,3%) ва кариес 1 нафар (4,8%) қайд этилди. Февраль ойида эса, 75 нафар (26,2%) бемор мурожаат этган бўлиб, шундан 33 нафари аёл (44%): сурункали периодантитнинг кайталаниши 18 нафар (54,5%), гингивит 6 нафар (18,2%), пульпит 7 нафар (21,2%) ва кариес 2 нафар (6,1%); 28 нафар эркак (37,3%): сурункали периодантитнинг қайталаниши 13 нафар (46,4%), гингивит 8 нафар (28,6%), пульпит 5 нафар (17,9%) ва кариес 2 нафар (7,1%); 14 нафар(18,7%) бола: сурункали периодантитнинг кайталаниши 6 нафар (42,9%), гингивит 3 нафар (21,4%), пульпит 2 нафар (14,3%) ва кариес 3 нафар (21,4%) руйхатга олинди. 2018 йил декабр ойида жами сурункали периодантитнинг кайталаниши 42 нафар (43,1%), гингивит 28 нафар (29,4%), пульпит 2 нафар (21,2%) ва кариес 6 нафар (6,3%), 2019 йил январ ойида жами сурункали периодантитнинг кайталаниши 55 нафар (46,7%), гингивит 27 нафар (23,6%), пульпит 28 нафар (25,4%) ва кариес 5 нафар (4,3%); 2019-йил февраль ойида жами сурункали периодантитнинг кайталаниши 37 нафар (47,9%), гингивит 17 нафар (22,7%), пульпит 15 нафар (20,2%) ва кариес 6 нафар (9,2%) ҳолатда аниқланди. Хулоса: Шундай қилиб, 2018 йил декабр ойидан 2019 йил февраль ойигача бўлган даврда сурункали периодантитнинг кайталаниши 134 нафар (45,9%), гингивит 72 нафар (25,2%), пульпит 64 нафар (22,3%) ва кариес 17 нафар (6,6%) ҳолатни ташкил этди.

ПУЛЬПА ШИКАСТЛАНИШИДА ОДОНТОБЛАСТ ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ СПЕЦИФИК РЕАКЦИЯСИ

Ибайдуллаева Б.А. 206 Б гуруҳ талабаси, стоматология факультети, ТДСИ

Гистология ва тиббий биология кафедраси (каф. мудири доц. Рахматова М.Х.)

Илмий рахбар катта ўқитувчи Кенджаева Х.Х.

Мақсад: Парадонт тўқимаси ва пульпага турли хил шикастловчи омиллар таъсири натижасида одонтобласт ҳужайраларида бўладиган турли ўзгаришларни таҳлил қилиш, гистологик жиҳатдан морфологиясининг ўзгаришини ўрганиш. Тадқиқот методи ва материали: маълумотлар таҳлили, илмий адабийотлардан фойдаланиш, статистик маълумотлардан фойдаланиш ва таҳлил қилиш, ёруғлик микроскопи, препаратлар. Натижа: Пульпани шикастловчи омилларга кенг тарқалган кариес жараёни, температура таъсири, тиш қаттиқ тўқимасини пломбалаш учун чархлаш, пломба ашёси кимёвий моддаларининг диффузияси, оғиз бўшлиғи суюқлиги ва патоген микроорганизмлар билан тўғридан-тўғри контактда бўлиши киради. Пульпанинг шикастланишида одонтобласт ҳужайраларида иккита асосий характерли реакция кўзатилади: одонтобласт ҳужайраларининг ядро сақловчи қисмининг дентин найларига сурилиб ўтиши ва вакуолизация ҳодисаси. Одонтобластларнинг ядро сақловчи қисми дентин каналчаларига сурилиб ўтиши шикастловчи омил таъсир этишидан (айниқса ҳаво-сув тизими ишлатилмасдан қуруқ ҳолатда чархлашда) бир неча дақиқадан сўнг бошланади ва бу ҳолат 3 ҳафтагача сақланиб қолиши мумкин. Ядро (аниқ ядро сақловчи қисм) дентин каналчаларига бутунлай ёки қисман ўтиши мумкин, кейинчалик улар яна олдинги ҳолатига, жойига қайтади. Лекин кўпчилик одонтобласт ҳужайралари аксарият ҳолатда қайтариб бўлмайдиган ўзгаришларга учрайди ва нобуд бўлади. Шикастловчи омил таъсиридан сўнг 3 соат ўтгач одонтобластлар жойлашган соҳанинг ядро сақловчи қисми дентин каналчаларига ботиб кирган жойида нейтрофил гранулоцитлар ҳосил бўла бошлайди, улар ўз навбатида парчаланган ҳужайраларни ва уларнинг қолдиқларини фагацитоз қилади. Одонтобластлар ядро сақловчи қисмининг дентин каналчаларига ўтиши шикастланиш вақтида пульпада босимнинг ортиши ва тишни чархлаш жараёнида дентин каналчаларининг периферик соҳасидаги дентин суюқлигининг температура ортиши натижасида буғланиши сабаб бўлади. Одонтобластлар қатламидаги вакуолизация шу ҳужайралар цитоплазмаси ва улар орасида йирик ҳажмли вакуолаларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Ҳужайралараро вакуолаларнинг йириклашиши деформацияни келтириб чиқаради ва одонтобластлар қатлами узлуксизлигининг бузилишига ва бу ҳужайралар бир қисмининг нобуд бўлишига олиб келади. Нобуд бўлган одонтобластлар ўрнида ҳар хил шакл ва катталикдаги кистали бўшлиқлар ҳосил бўлиши мумкин. П.В.Сиповский вакуолизация ҳодисасини "одонтобласт ҳужайраларининг физиологик фаоллигининг у ёки бу босқичидаги биологик мавжудлигининг табиий шаклидир", яъни бу холат клиник жихатдан соғлом тишда ҳам учраши мумкинлигини уқтиради. А.А.Маниннинг таъкидлашича вакуолизация нормал физиологик ҳодиса сифатида ҳам одонтобласт ҳужайраларининг қариш процессида кузатилади. Хулоса: Турли хил шикастловчи омиллар таъсирида одонтобласт ҳужайраларида вужудга келадиган ўзгаришларни профилактикаси учун стоматолог беморларни даволаш жараёнида бу омилларнинг таъсирини йўқотиш ёки камайтириш, шикастланган одонтобластларнинг ҳаёт фаолиятини тиклаш ва кейинчалик келиб чиқиши мумкин бўлган салбий асоратларнинг олдини олишга эътиборини кучайтириш лозим.

ТИШЛАР ГИГИЕНАСИ, ТИШЛАРНИ ТЎҒРИ ПАРВАРИШЛАШ УСУЛЛАРИ

Маматсолиев Т. Р. 207- А гуруҳ талабаси, Стоматология факультети, ТДСИ

Кафедра: «Физиология ва патология» (кафедра мудири: доц. Нишанова А.А)

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи Усанова С.Т.

Мақсад: Тишларни тўғри парваришлашни жамиятга тарғиб қилиш. Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тишларни ювишга ҳар ким ўзича ёндашади: айримлар нонуштагача, баъзилар эса кейин. Хўш, қайси бири тўғри? Аслида ҳар овқатланишдан сўнг тишларни тозалаш керак. Аммо ҳар доим ҳам шароит бўлмагани учун кунига икки маҳал - нонушта ва кечки овқатдан кейин тишларни ювиш тавсия этилади. Стоматологлар овқатдан кейин, айниқса, кислотага бой овқатлардан сўнг, 30 дақиқагача тишни ювмай туришни тавсия қилишади. Бу орада тиш микрофлораси баланси тикланишга улгуради ва тишлар табиий ҳимоя тизимига эга бўлади. Агарда ярим соат кутишга вақтингиз бўлмаса, тишингизни овқатланишдан олдин ювинг. Тишларни тозалашда маълум қоидаларга риоя этилади: тоза тиш чўткасига 0,5 см атрофида тиш пастаси сиқилади ва аввал юқори жағ тишларининг ички тарафини тиш чўткасини горизонтал (ётқизиб) қисқа-қисқа тозаланади. Бунинг оқибатида тишдаги ғубор ва овқат қолдиқлари милкдан тиш бўйни, лунж ҳамда тил тарафга ўтади. Кейин чўткани узунроқ ҳаракатлантириб тишларнинг кесувчи ва жипслашадган тарафлар юзаси тозаланади. Худди шу алфозда пастки жағ тишларини ҳам тозлаб чиқилади. Энди тиш чўткасини ювиб олиб яна паста сиқилади. Тишларни жипслаштириб, уларнинг усти шошилмасдан тозаланади. Олдиндан бир паёла қайнатилган илиқ сувда оғиз бўшлиғи чайилади. Тишларни янада самарали тозалаш мақсадида тиш чўткасини чайиб олиб муолажани яна бир марта қайтариш мумкин. Хўп, тишларни тозалаб олдик ҳам дейлик. Аммо оғиз бўшлиғида яна бир аъзо борки, унга эътибор бермасак, нохуш ҳидни келтириб чиқарувчи микроб-бактерияларнинг манбаига айланади. Бу аъзо тил бўлиб, уни ҳам тоза илиқ сувда намланган тиш чўткасида тепадан пастга қараб зарарли оқ қатламдан аста-секин тозаланади. Авваллари бу муолажа сизга бир оз ноқулайлик туғдириши мумкин. Аммо кейинчалик бу ҳам, тиш парваришлаш муолажангизнинг зарурий якунловчи қисмига айланади. Тилни 2-3 марта яхшилаб тозалагандан кейин, чўткани намлаб оғиз бўшлиғининг танглай, лунжларнинг ички қисмлари ҳам тозалаб чиқилади. Ана энди оғизни тоза сувда 2-3 марта чайиб муолажани якунласа ҳам бўлади. Умуман, тиш шифокорларининг фикрича, ҳар бир инсон тиш тозалаш гигиенасига камида 3-5 дақиқа вақтини ажратиш керак. Тиш тозалашда тиш чўткаси ва пастани тўғри танлаш катта аҳамиятга эга. Тиш чўткаси ўртача қаттиқ, тозалайдиган тарафи унчалик кенг бўлмаслиги (акс ҳолда ақл тишларни тозалаш қийин) керак. Болалар учун 18-25 мм, катталар учун 30-35 мм гача кенгликдаги тиш чўткалар тавсия этилади. Тиш чўткасини ҳар 2,5-3 ойда алмаштириб туриш зарур. Тиш пасталарининг таркибида табиий фаол моддалар: хлорофилл бирикмалари, доривор гиёҳли аралашмалар, минерал тузлар, антисептиклар, В, РР, С, К гуруҳ витаминлари бўлади. Тиш пасталари ва тиш чўткасини танлашда стоматологнинг маслаҳатига таяниш, арзон нархларга учмаслик зарур. Чунки тишларни парваришлаш ва касалликни олдини олиш уларни даволашдан анча осон ва арзон кечади. Натижа: Оғиз бўшлиғи гигиенаси ва тишларни тозалаш тўғри ташкил этиш орқали оғиз бўшлиғи ва тиш касалликлари олдини олишда максимал самарадорликка эришиш мумкин. Хулоса: Тишларни тўғри парваришлаш чиройли табссум ва соғлом тишларга эга бўлишда мухим ахамиятга касб етади. Тишларга этиборсизлик оқибатлари билан курашгандан кўра, гигиенага риоя қилиб, муамони ўз вақтида аниқлаб, оғиз бўшлиғи билан бошқа касалликларнинг олдини олган мақул.

THE ROLE OF THE ADAPTIVE IMMUNITY CELL LINE IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Balitska O. Yu. post-graduate student of the

Department of Pathological Physiology (Head of Department –ProfessorDenefil O. V.)

«I. HorbachevskyTernopil State Medical UniversityHealth Ministry of Ukraine»

Supervisor - ProfessorBondarenkoYu. I.

The purpose: To find out the nature of the changes and to evaluate the parameters of the cellular level of adaptive immunity in chronic generalized periodontitis, type 2 diabetes and their combination. Materials and methods. A survey was conducted on 20 practically healthy persons (control group), 36 patients with clinically diagnosed type 2 diabetes mellitus (DM), 32 patients with a confirmed diagnosis of chronic generalized periodontitis (HGP) and 32 patients with combined DM and HGP (group 4). Cell immunity studies were performed on the Epic-XL flow cytometer manufactured by Beckman Coulter (USA). Results. Patients with type 2 diabetes mellitus, CHD and their combination significantly decreased the level of CD3+ and CD4+ T lymphocytes in relation to control. The lowest levels of CD3+ and CD4+ T lymphocytes were observed in patients with CGD on the background of DMD type 2. In this case, their content in the blood decreased, respectively, in 2.3 and 1.4 times ($p<0.001$). The development of cell-mediated immunosuppression in patients with CHD in combination with type 2 diabetes is also confirmed by a decrease in the immunoregulatory index (CD4+/CD8+) in the blood of patients with type 2 diabetes (15.0%) and in patients with a combination of diabetes and periodontitis (13.4%), ($p<0.05$). The decrease in the activity of natural killers indicates a decrease in the protective functions of the system of cellular immunity in patients with HGP on the background of DM 2 type. Conclusion. Development of chronic generalized periodontitis on the background of type 2 diabetes is accompanied by an imbalance of subpopulations of T and B lymphocytes with a decrease in the content of the major populations of lymphocytes with the phenotype - CD3+, CD4+, CD8+ and increased with the phenotype CD22+.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF UP-TO-DATE BIOCOMPOSITE MATERIALS IN SURGICAL DENTISTRY

Galagdina A.A., Associate Professor

Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery

HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University"

Biocomposite materials (BCM) take a substantial place as the means to replace defects of the skeletal bones, as well as in implantology, resulting in improvement of the results after treatment of patients with dental problems. A number of studies have been conducted applying different kinds of ceramics, glass ceramic, polymer composites as implants. Various foreign firms suggest dozens of biocomposite materials that have been applied for a long time in practical work of dentists and facial surgeons. Certain experience demonstrates that ceramic materials in the shape of blocks are rejected, since different physical-mechanical properties of the bone and ceramics lead to the damage of tissues, development of inflammation and rejection. Therefore, materials similar to the osseous tissue by their physical-mechanical and chemical properties should be reasonably applied as bone implants. To achieve the aim many firms including POLIST, Ostim, Intermedapatite (Russia), elaborated the materials on the basis of powder and granules of hydroxyl apatite with collagen (Collapol, Collapan, Ostim-100 etc.). The firm "Plasma Povolzhya" manufactures dental implants with hydroxyl apatite deposition which can be used in case of replacement of defects of the jaws, correction of the alveolar process, sinus-lifting surgery, filling cavities after tooth extrcation, and rehabilitation of patients with considerable defects of the jaws. The results of surgery are found to depend on the properties of hydroxyl apatite (the size of crystals, ratio of calcium and phosphorus), composite density, collagen content and osteoinductive supplements. Different compositions of hydroxyl apatite possess hemostatic properties, accelerate restoration of the osseous tissue, prevent epithelium ingrowth and cause various other effects. Every of these materials were investigated separately, and the results of investigations were published both in home and foreign editions. We have applied the materials on the basis of hydroxyl apatite and collagen, as well as dental implants with hydroxyl apatite deposit on more than 400 patients with different defects of the jaws: after extraction of teeth, rejection and removal of implants, filling in osseous periodontal defects, sinus-lifting, enlargement of the alveolar process parameters, immediate and remote dental implantation.

THE STATE OF INTERLEUKINS IN EXPERIMENTAL ANIMALS IN THE DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF ULCEROUS – NECROTIC GINGIVITIS WITH AND WITHOUT THE LOCAL TREATMENT OF COMPLEX ANTIOXIDANT THERAPY

KillmukhametovaYu.H.Assistant Professor at the Department of Therapeutic Dentistry
of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University"
Department of Therapeutic Dentistry (head of the dpt. PhD, docent Batig V.M.)
Scientific supervisor PhD, docent Batig V.M.)

The purpose: To determine the interleukin statusof experimental animals in the dynamics of the development of ulcerous- necrotic gingivitis with and without local treatment by complex antioxidant therapy. Materials and methods. Experimental studies were carried out on 18 rabbits-males. An experimental model of ulcerous- necrotic gingivitis was obtained in animals by chemical burns. According to experimental conditions, all animals were divided into three groups: 1) intact animals (6 rabbits); 2) control group – animals of this group were not treated, the ulcerous- necrotic process healed on it's own (6 rabbits); 3) experimental group – in these animals, from the day of modeling of ulcerous – necrotic gingivitis, through out the observation period, local treatment was performed with a complex of antioxidant preparations (ointment of Thiotriazoline, Zinc Ointment and Chlorhexidine Begluconate) (6 rabbits). Experimental drugs were applied at anapproximate dose of 200 mg to the damaged gumarea 2 times a dayin 2 hours after feeding the animals. Melted paraffin was used for the fixation of preparations on the surface of the wound. Results. The analysis of changes in the IL-1 index in animals in the control group indicated strong in the 3rd, 5th and 7th days and a significant inverted dependence on the dynamics of the antioxidant – pro oxydant index index (API) in the 10th day. Strong (3rd and 7th day) and significant (5th and 10th day) inverse relationship with the character of changes in the API were revealed in the animals of the treated experimental group, similar to the control group. Conclusion. Summing up the research of markers of the intensity of the inflammatory process, one can state that in response to damage to the oral mucosa aninflammatory reaction develops, the maximum intensity of which is observed at 3-5th days. Subsequently, the acute phase is transferred to the phase of reconvalescence with the fall on the 10th day. The dynamics of the concentration of interleukins, inparticular IL-1 and IL-2, the intensity of lipoperoxidation has much less effect and is determined by strong or significant levels.

PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS ON THE BACKGROUND OF IRON DEFICIENCY ANEMIA

D.V. Mykytynets, A.S. Basista
4rd year student, faculty of dentistry, Higher state education institution of Ukraine
"Bukovinian state medical university", Chernivtsi, Ukraine
Head of the department of therapeutic dentistry, PhD, as.prof.Batig V.M.

The aim. To evaluate the clinical results of pathogenetic treatment of chronic catarrhal gingivitis on the background of iron deficiency anemia. Materials and methods. The clinical study was attended by 45 patients aged 22-38 years. For evaluation of periodontal status we determined the OHI-S, PMA, CPITN indexes. The effectiveness of periodontal treatment was determined by the results of visual and instrumental gums assessment, periodontal indexes and Xray-examination. Results. For all patients an individual scheme of hygienic and therapeutic measures was drawn up taking into account the severity of gingivitis and the peculiarities of the clinical course of the disease. Accomplished comprehensive local and general treatment combined with therapists and hematologists. Etiotropic therapy was aimed at the elimination of microbial biofilms. For this purpose, the level of oral hygiene was determined with the aid of the "Plaque agent" (Miradent) rinse aid. Dental calculus was removed by hand periodontal tools, ultrasonic scaler and air-abrasive system "Air-Flow". Antiseptic treatment of the gums was carried out with 0.2% chlorhexedinebigliuconate gel. The tooth neck was covered with "ClinPro White Varnish" (3M ESPE) fluorescent lacquer. Pathogenetic therapy included general and local anti-inflammatory treatment. Locally we used non-steroid anti-inflammatory drugs (1% emul-gel voltairen); steroid anti-inflammatory (fluorocort, lorinden); antibacterial and antiseptic agents (gels holisal, metrogyl-denta, diplen films, 0,2% solution of chlorhexedine bichluconate, miramistin); enzyme preparations (trypsin, lidaza, chymotrypsin); keratoplastic ointment (dental solcoseryl). For systemic treatment, non-steroid anti-inflammatory drugs (butadiene, voltran, meloxicam), antibiotics (amoxiclav, ciprofloxacin, azithromycin), antihistamines (clarinet, lorattidine, L-cet), and multivitamin complexes were prescribed if necessary. Conclusions.Stable remission in patients with iron deficiency anemia is only possible after complex hematologic treatment with iron and supportive periodontal therapy.The program of supportive therapy provides for dispensary supervision at the dentist 4 times a year.

MULTIFACTOR ANALYSIS OF THE PERIODONTAL STATUS OF WOODWORKING INDUSTRY WORKERS UNDER THE INFLUENCE OF UNFAVORABLE PRODUCTION FACTORS

Tokar O.M. Assistant at the Department of Therapeutic Dentistry of the Higher State Educational Institution of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"
Department of Therapeutic Dentistry (head of the dpt. PhD, docent Batig V.M.)
(Scientific supervisor PhD, docent Batig V.M.)

The purpose: Determination of the priority factor of the production environment, which has a negative impact on the state of tissue periodontal workers. Material and methods: 111 employees of the primary woodworking industry were examined, 78 of them were the main group, having contact with unfavorable factors of the production environment, 33 - the control group. Depending on the length of service, all the subjects were divided into 4 groups: the first group - with work experience up to 5 years (n = 32), the second - 6-10 years (n = 25), the third - 11-25 (n = 32), fourth - more than 26 (n = 22). We found a significant dependence of the severity of periodontal tissue diseases on the length of work in the industry ($p < 0.05$). Results: An increase in the incidence of chronic generalized periodontitis among workers in the main group was found with an increase of work experience. Among all the unfavorable factors in the production environment, the greatest influence on the state of periodontal tissues, based on the data of the multifactorial analysis of PMA indexes, has the air pollution with wood dust. We found a close relationship between the long-term exposure of wood saw dust workers and the PMA index for Schour, Massler in the Parma modification (P-0.0238). Conclusion: During the analyzing of the periodontal status of workers, we found a significant deterioration in the periodontal tissues in individuals who have long contact with small particles of wood bioaerosol, which in our opinion can be explained by its irritating effect on the oral mucosa and the possibility of germplasm of parodontopathogenic microorganisms and fungi Thus, PMA index values in the main surveillance group were significantly higher than in the control group. In addition, we observed a marked tendency to worsen the state of periodontal tissues with an increase in work experience of workers, that is, an increase in contact time with wood dust.

Внутренние болезни

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Аббасов Х.Х., Кувандиков Г. Б., Кудратова З.Э.

Кафедра клинико-лабораторная диагностика

Научный руководитель: асс. Ибрагимова Н.С.

Цель: Оценить распространенность симптомов со стороны ССС, определить основные изменения ЭХОКГ при ДТЗ в дебюте заболевания и в динамике на фоне лечения. Материалы и методы: Обследовано 86 пациентов с впервые диагностированным ДТЗ средней тяжести и тяжелой формы. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) определяли согласно Классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA). Всем пациентам выполнялось ЭХОКГ на аппарате VIVID-7 с использованием М-модального, двумерного, импульсноволнового и постоянноволнового допплеровского, цветного допплеровского сканирования исходно при постановке диагноза и через 3 месяца после наступления эутиреоидного состояния. Результаты: исходно 32,6% (28 человека) пациентов не имели симптомов ХСН, 1 функциональный класс (ФК) ХСН выявлен у 17 пациентов (19,7%), 2 ФК - у 30 пациентов (34,9%) и 3 ФК - у 11 пациентов (12,8%). Возраст, а также доля пациентов мужского пола были достоверно выше среди пациентов с 3 ФК ХСН, нежели у пациентов с ФК 1-2 и без ХСН (p=0,0001). Клинически в дебюте заболевания 75 пациентов (87,2%) беспокоило сердцебиение, одышка - 58 пациентов (67,4%), перебои в работе сердца -50 пациентов (58,1%), боли в области сердца - 23 пациента (26,7%). Распространенность одышки и жалобы на экстрасистолы была выше среди пациентов с более высоким ФК ХСН (p=<0,05). При сравнении результатов ЭХОКГ пациенты без ХСН и с ХСН 1 ФК не показали достоверных различий по изучаемым показателям в сравнении с контрольной. При наличии 2 ФК ХСН отмечено более высокое значение ФВ (p<0,05), толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (p<0,05) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) (p<0,05), чем у здоровых субъектов. Пациенты с 3ФК ХСН характеризовалась увеличением размеров левого (p<0,05) и правого предсердий (p<0,05), конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) (p<0,05), конечного диастолического размера левого (p<0,05) и правого предсердий (КСР ЛП и ПП) (p<0,05), а также более низкой фракцией выброса (ФВ) нежели группа контроля. Клинически через 3 месяца по достижении эутиреоидного состояния у 48,8% (42 пациента) сохранялись жалобы на сердцебиение, у 20,9% (18 пациентов) - на одышку. При оценке показателей ЭХОКГ среди пациентов с 2 ФК ХСН сохранялись показатели высокой ФВ, ТМЖП, ТЗСЛЖ по сравнению с группой контроля и с исходными данными. При этом у больных с 3 ФК ХСН также оставались признаки дилиатации полостей сердца. Выводы: Сердечно-сосудистые симптомы часто встречаются при ДТЗ и некоторые могут сохраняться по достижении эутиреоза. Для пациентов с 2 ФК ХСН характерны гипертрофия левого желудочка и гиперфункция миокарда, которые сохраняются в динамике на фоне лечения. При 3 ФК ХСН выявлены признаки дилиатации полостей сердца в сочетании систолической дисфункцией, которые лишь частично обратимы при нормализации функции щитовидной железы.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

Аббасова М.Х., студентка 313-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологи и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Юлдашев С.Ж.

Цель работы: Оценить эффективность и безопасность инсулин деглудек при лечении сахарного диабета II типа в амбулаторных условиях. Материал и методы исследования: Проведено наблюдение в амбулаторных условиях у 20 больных сахарным диабетом IIтипа. Средний возраст больных составил 56,8 лет. Деглудек был назначен больным ранее не получавших инсулин и дополнительно к проводимой терапии пероральными сахароснижающими препаратов, не достигших индивидуальных гипогликемических показателей контроля на фоне лечения максимально переносимыми дозами. Длительность лечения составила 6 месяцев. Результаты: Установлено, что при лечении инсулином сверхдлительного действия деглудеком в амбулаторных условиях всеми больными отмечена хорошая переносимость. За период наблюдения случаев симптоматической гипогликемии, а также гипогликемии, подтвержденной данными самоконтроля, не было зарегистрировано. Достигнуто снижение гликемии натощак и через 2 ч после еды. Несмотря на то, что исходно 80% пациентов имели неоптимальный контроль гликемии, уже через 6 месяцев терапии инсулином деглудек 45% пациентов достигли целевого уровня. Улучшение гликемического контроля также сопровождалось улучшением субъективной оценки качества жизни, у больных отмечалось улучшение показателей физического и психического компонентов здоровья. Вывод: Таким образом, инсулина деглудек обеспечивает эффективный гликемический контроль и хорошую безопасность. Улучшение показателей обмена глюкозы значительно улучшает субъективную оценку пациентами качества их жизни и может способствовать повышению приверженности пациентов назначенному лечению.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ВИТАМИНОМ D МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Абдужаппарова Н. Э. - факультет МПД, 4-курс 315-гр., направление ПО ФФ ТМА

Кафедра «Хирургия №2», заведующий кафедрой Юлдашев А. А. - к.м.н.

Дехконова Д. В - ассистент кафедры

Почечная недостаточности - это резкое, внезапное нарушение всех внутрипочечных функций: гемо- и гидродинамики, клубочковой фильтрации, канальцевой секреции и реабсорбции. В результате нарушается гомеостаз, что проявляется гиперазотемией, глубокими нарушениями водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, артериальной гипертензией, анемией. Проблемы почечной недостаточности с медицинской, социальной и организационной точек зрения обусловлена высокой летальностью, инвалидизацией и сложностью технического обеспечения современных методов лечения этой патологии. В связи с этим по материалам исследований, проведенных в Торонтском университете и опубликованом в журнале Canadian Medical Association Journal имеются сведения по злоупотреблению витамином D. Витамин D, существующий в двух формах - D2 (эргокальциферол) и D3 (холекальциферол), - помогает регулировать уровень кальция и фосфата в организме. Отравление витамином D случается редко, но пациенты и медики должны знать о рисках, связанных с применением этого вещества, чтобы сократить риск возникновения осложнений из-за гиперкальциемии. «У 54-летнего пожилого мужчины по его возвращении из поездки по Юго-Восточной Азии, где большую часть своего двухнедельного отпуска он провел на пляже по шесть-восемь часов в день, наблюдались повышенные уровни креатинина, что предполагает повреждение или дисфункцию почек, - сообщают доктор Борн Огюст и его соавторы из Торонтского университета. После обращения к специалисту и дальнейших анализов выяснилось, что некий натуропат назначил мужчине прием высоких доз витамина D: ему рекомендовали принимать дозу из восьми капель ежедневно. На протяжении двух с половиной лет пациент, у которого никто не было остеопороза или недостатка витамина D, ежедневно принимал от восьми до 12 капель витамина D, в целом употребив от восьми тысяч до 12 тысяч иммунизирующих единиц. В итоге в его крови наблюдались очень высокие уровни кальция, что привело к серьезным повреждениям почек. Несмотря на то что отравление витамином D случается редко из-за широкого терапевтического диапазона, его повсеместное распространение в разных видах, доступных без рецепта врача, может представлять серьезный риск для неинформированных пациентов. Рекомендованная ежедневная доза этого витамина - от 400 до 1000 иммунизирующих единиц. Взрослым, находящимся в зоне высокого риска развития остеопороза, и пожилым людям рекомендуется принимать от 800 до 2000 иммунизирующих единиц в день. Конечно, избыточное количество витамина D не является прямым показателем к диагнозу «Почечной недостаточность». Исходя из опыта излишек витамина D создает условие к снижению функций почек, то есть имеет место в их дисфункции, что медикам и пациентам следует обращать внимание при его самостоятельном применении.

ВВЕДЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО В РАКОВЫЕ ОПУХОЛИ ПРИВЕЛО К ПОЛНОЙ РЕМИССИИ

Абдужаппарова Н. Э., Рахманов С. Р. - факультет МПД, 4-курс 315-гр., направление ПО, ФФ ТМА

Кафедра «Хирургия №2», заведующий кафедрой Юлдашев А. А.- к.м.н.

Дехконова Д.В. - ассистент кафедры

Сотрудники медицинского центра «Mount Sinai», крупнейшей независимой коммерческой больницы в Южной Флориде, заявили, что, вводя иммуностимуляторы непосредственно в раковые опухоли, они превратили их в «фабрики противораковых вакцин», которые производят убивающие рак иммунные клетки. По словам врачей, новый подход оказался настолько успешным в борьбе с одним типом рака, что специалисты уже начали его проверку на двух других. Результаты исследования опубликованы в журнале «Nature Medicine». Лечение начинается с введения двух иммуностимуляторов непосредственно в опухоль: первый рекрутирует иммунные клетки, называемые дендритными, в то время как второй их активирует - эти клетки, в свою очередь, заставляют Т-клетки иммунной системы убивать раковые клетки, оставляя нераковые в целости. После такой «тренировки» клетки иммунной системы могут транспортироваться в другие части тела, убивая рак, где бы тот ни встречался, и превращая опухоль в фабрику противораковых вакцин. Согласно опубликованному исследованию группы, специалисты уже проверили новый метод терапии на 11 пациентах с поздней стадией лимфомы в ходе клинических испытаний, в результате которых у некоторых пациентов наблюдалась полная ремиссия в течение нескольких месяцев или даже лет. В лабораторных тестах на мышах вакцина резко повысила успех иммунотерапии, заключающейся в блокировании контрольных точек, - с помощью нее ранее удалось добиться полной ремиссии у некоторых пациентов. Этот успех мотивировал ученых на проведение двух дополнительных клинических испытаний - на этот раз с участием пациентов с раком груди, головы и шеи. Поскольку комбинированная иммунная терапия была по крайней мере в три раза эффективнее, чем блокирование контрольных точек или сама вакцина, исследователи чрезвычайно оптимистичны в отношении того, насколько действенной она может быть в следующей работе. «Наш подход вакцины «in situ» имеет широкие последствия для многих типов рака. Кроме того, продемонстрированный метод может повысить успех других иммунотерапевтических средств, таких как блокировка контрольных точек», -утверждает соавтор исследования Джошуа Броди.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Абдузуннунов О.Д., студент 305 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины (зав.каф.- к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель ассистент Баратова С.С.

Проблема заболеваний височно-нижнечелюстного сустава постоянно находится в центре внимания практических врачей и научных работников, занимающихся ортопедией, травматологией, внутренними болезнями, физиотерапией, реабилитологией, организацией здравоохранения, что обусловлено ее высокой медико-биологической и социально-экономической значимостью. Число больных, страдающих от различной степени тяжести внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава достаточно велико. По статистическим данным это число превышает 85% от общего числа пациентов, обращающихся за помощью в стоматологические отделения. Цель исследования: Обоснование эффективности применения магнитотерапии в комплексной реабилитации пациентов с патологией ВНЧС. Материалы и методы исследования: Для исследования были составлены 2 группы – основная и контрольная. В исследованиипринятиучастие 34 больные. Для оптимальной диагностики и последующего лечения ВНЧС нами проводились такие исследования, как клиническое обследование (опрос, осмотр, пальпация, аускультация), антропометрическое (определение степени открывания рта), анкетирование пациентов с использованием индекса дисфункции HELKIMO, рентгенография ВНЧС. К дополнению медикаментозному лечению в основной группе мы проводили физиотерапевтические процедуры, назначалась магнитотерапия. Процедуру проводили на аппарате BTL- 5000. Результаты исследования: Результаты магнитотерапии в комплексе реабилитации пациентов с патологией ВНЧС показали высокую эффективность данного метода. Пациенты основной группы, которые проходили медикаментозное лечение и магнитотерапию, были распределены по степени дисфункции на легкую и среднюю. Легкую степень дисфункции, которую мы определили по индексу HELKIMO, имели 59% пациентов основной группы, а 41% имели среднюю степень. В основной группе у 80% пациентов с легкой степенью дисфункции уже на 2 недели лечения произошли улучшения функции ВНЧС. У 20% пациентов с легкой степенью дисфункции изменения произошли на 3,5 недели лечения. Ко 2 месяцу лечения все пациенты со средней степенью дисфункции ВНЧС по индексу HELKIMO стали иметь легкую степень дисфункции ВНЧС. Полное исчезновение симптоматики пациенты со средней степенью дисфункции уже стали отмечаться к 3 месяцу лечения. Что касается контрольной группы, им назначали всего лишь медикаментозной лечение. и надо сказать что исчезновение симптоматики наблюдались у (56%) стоматологических больных. А у 44% пациентов изменения были совсем незначительные, по сравнению с основной группы. И такие изменения говорят в первую очередь об эффективности магнитотерапии при комплексной реабилитации воспалительных заболеваний у больных стоматологического профиля. Вывод: Проведение магнитотерапии при комплексном подходе в лечении пациентов с патологией ВНЧС позволяет сократить длительность реабилитации пациентов, что доказывает эффективность предложенного способа лечения. Целями лечения пациентов с патологией ВНЧС в комплексной реабилитации при помощи магнитотерапии являлись: снятие болевой симптоматики, восстановление и нормализации функции поврежденной области, повышение качества жизни пациентов, а также снижение риска развитие рецидивов заболевания. Тактика комплексной реабилитации, включающая медикаментозное лечение и магнитотерапию показала свою высокую эффективность.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Абдулазизова Ш.А. студентка 6 курса ФФТМА медико-педагогического

Каттаханова Р.Ю. –к.м.н, доцент кафедры 1-Внутренних болезней

Helicobacter pylori - одна из самых распространенных инфекций в мире. Эти бактерии играют ключевую роль в развитии гастрита, язвенной болезни, В-клеточной лимфомы и рака желудка. Эрадикационная терапия считается успешной, если обеспечивает частоту излечения более 80%. Цель работы. Сравнительная оценка эффективности лечебных мероприятий у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), получающих и не получающих эрадикационную терапию. Материалы и методы. Проведен анализ 5-летнего амбулаторного наблюдения за 126 больными ЯБЖ и ЯБДК в возрасте от 18 до 76 лет, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа (100 больных) находилась под наблюдением и получала эрадикационое лечение, 2-я группа (26 больных) не получала эрадикационной терапии. В состав терапии входило: амоксациллин 1000мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500мг 2 раза в сутки, омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения 10-14 дней. Оценивали: соответствие назначаемых препаратов стандартным рекомендациям, частоту рецидивирования, частоту осложнений и оперативного лечения, длительность рубцевания, длительность пребывания на больничном листе, частоту госпитализаций, качество жизни больных. Результаты и обсуждение. При ЯБЖ и ЯБДК курсы антихеликобактерной терапии проводились только в 1-й группе (две трети пациентов). Обращает на себя внимание высокая частота применения антацидов во 2-й группе. Кроме того, всем пациентам этой группы назначались дополнительные средства (витамины группы В, спазмолитики, облепиховое масло и др.). Эрадикационные схемы лечения или антибиотики, которые не входят в стандартные рекомендации, не использовали. Частота рецидивов в 1-й группе составляла 14%, а во 2-й группе - 48%. При ЯБДК частота рецидивов составила 50% во 2-й группе и 24% в 1-й группе. У больных, получивших курс антихеликобактерной терапии, рецидивы отмечены в 24% случаев, у не получавших - в 45%. В течение последних 3 лет у больных ЯБ, получивших эрадикационную терапию, отмечено значительное снижение частоты рецидивов в сравнении с предыдущим годом. На стационарное лечение были направлены 40% больных ЯБ, не получивших антихеликобактерной терапии, и только 22% из 1-ой группы. При этом у больных 1-й группы, имело место более тяжелое течение ЯБ: осложнения (кровотечения и прободения) отмечены в 1-й группе у 11%

больных ЯБЖ и 22% пациентов с ЯБДК, во 2-й группе - у 0 и 13% больных соответственно. Таким образом, можно считать, что пациентам 1-й группы стационарное лечение проводилось строго по показаниям. Прослеживается тенденция снижения длительности пребывания пациента на больничном листе в 1-й группе в течение последних 2 лет. При наблюдении во 2-й группе отмечен рост длительности пребывания на больничном листе, достигшей 28 дней на одного больного. Все показатели качества жизни у больных ЯБ во 2-й группе имели четкую тенденцию к снижению по сравнению с пациентами 1-й группы. При этом достоверные различия касаются четырех критериев: физической роли, жизнеспособности, социальной и эмоциональной роли. Очевидно, что снижение качества жизни у больных ЯБ 2-й группы обусловлено комплексом физических, социальных и эмоциональных факторов, что в конечном итоге отражает более низкое качество лечения больных. Выводы. Таким образом, соблюдение современных рекомендаций по лечению больных с язвенной болезнью, а именно хеликобактернаяэррадикация является обязательным условием успешного лечения заболевания.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Абдуллаев К.З., студент 626 группы лечебного факультета, Хасанжанова Ф.О., Маджидова Г.Т. ассистенты кафедры внутренних болезней №2

Кафедра внутренних болезней №2 (зав.каф. – д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель д.м.н., доцент Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: оценить клиническую эффективности эноксипарина и нефракционированного гепарина (НФГ) при лечении острого коронарного синдрома (ОКС) без подъема сегмента ST. Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 90 больных с ОКС, которых разделили на 2 группы по 45 человек в каждой. В 1-й группе (средний возраст 55,7±2,3 года) антикоагулянтную терапию проводили низкомолекулярным гепарином эноксипарином 20 больным в дозе 1 мг/кг через 12 часов подкожно, 25 больным – в дозе 0,5 мг/кг. 45 пациентов 2-й группы (средний возраст 55,8±2,8 года) получали НФГ, при этом первую дозу 10000 ЕД вводили внутривенно болюсом, в дальнейшем – по 5000 ЕД через 6 часов подкожно. Продолжительность антикоагулянтной терапии – от 5 до 7 суток. Больные обеих групп в полном объеме получали антиангинальную терапию. Результаты: У пациентов 1-й группы в течение суток в среднем отмечалось 10,3±0,5 ангинозного приступа, 2-й – 11,7±0,7. После завершения антикоагулянтной терапии у больных обеих групп наблюдалось достоверное уменьшение приступов стенокардии соответственно до 1,5±0,08 и 3,7±0,1, но такое улучшение достоверно более выраженным было у больных, получавших фраксипарин. После завершения антикоагулянтной терапии полное прекращение ангинозных приступов наблюдалось у 74% пациентов 1-й группы, что достоверно ($p<0,05$) больше, чем во 2-й группе, в которой после лечения НФГ полное отсутствие стенокардии отметили у 57,3% больных. В 1-й группе у 7,0% больных сохранялась рефрактерная стенокардия, однако таких больных, у которых не удалось добиться стабилизации, во 2-й группе было достоверно ($p<0,05$) больше (14,3%). Еще у 27,6% больных 1-й и 35,3% 2-й группы была достигнута относительная стабилизация, но у них сохранялись редкие ангинозные приступы. Выводы: Таким образом, учитывая практически полную идентичность пациентов сравниваемых групп по исходным данным, достоверное различие объясняется применением различных антикоагулянтов. Низкомолекулярный гепарин фраксипарин, который у больных с ОКС без подъема сегмента ST применяется с антикоагулянтной целью, характеризуется более выраженной клинической эффективностью.

РОЛЬ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ

Абдуллаев А.М. студент 203-группы лечебного факультета АГМИ

Кафедра патологическая физиология (зав.каф. проф. Хамракулов Ш.Х.)

Научный руководитель ст. преподаватель Мадумарова М.М.

Актуальность. По некоторым оценкам, в развитых странах смертность от инсульта стоит на втором месте после коронарной смерти и составляет от 9 до 10% [1], причем в некоторых странах, таких как Китай или Япония, это заболевание лидирует среди причин смерти. В то же время прогресс в профилактике этого заболевания существенно меньший, чем в отношении инфаркта миокарда. Эффективность статинов в профилактике сердечно-сосудистых осложнений неоспоримо доказана. Согласно результатам 5 крупных проспективных исследований (4S, CARE, LIPID, WOSCOPS, TexCAPS/AFCAPS) сердечно-сосудистая смертность при длительном лечении статинами снижается в среднем на 30%. В связи с этим больным обоих групп была назначена базисная терапия. Группе исследования наряду с базисной терапией были назначены статины - симекар (симвастатин). Целью нашего исследования было проведение сравнительной эффективности известного класса кардиологических средств - статинов в отношении предупреждения развития инсультов. Материалы и методы. Нами было обследовано 35 больных, страдающих гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга в течении 10 лет. Контрольную группу составили 10 пациентов, также страдающих гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга в течении 10 лет. Всем больных было проведено тщательное клинико-неврологическое, электроэнцефалографическое и биохимическое исследование крови, а именно исследование Р-липопротеидов в крови. Результаты. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что статны являются безопасным классом лекарственных средств и хорошо переносятся при длительном лечении. Больные в группе исследования принимали симекар в дозе 20 мг в течении 4 месяцев. Повторное исследование состояния больных и содержание липопротеидов крови показало, что в данной группе сами пациенты отметили заметное клиническое улучшение состояния - уменьшение головной боли, головокружения, шума в ушах, нормализация сна, улучшение памяти и эмоционального состояния. Наряду с этим значительно уменьшилось содержание липопротеидов в крови согласно лабораторному исследованию. В группе контроля эти же ихменения состояния больных отмечены лишь в 34% обследованных. Вывод. Таким образом, использование статинов (симекара) в профилактике инсультов наряду с базисной терапией значительно улучшает качество проводимой сосудистой терапии и снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, страдающих различными сосудистыми заболеваниями.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Абдуллаева М.А.,- студентка 201группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав.кафедры-Ph.D. доцент З.З.Аминов)

Кафедра общественного здоровья и организация здраоохранении (зав. кафедры-д.м.н., проф. Х.Э.Рустамова)

Научные руководители: Мамасолиева Ш.А., Юлдашева Ф.У.

Клиентами социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения являются различные группы населения, имеющие проблемы со здоровьем, которыми непосредственно занимается лечащий врач. Однако медицинские и социальные проблемы взаимно потенцируют друг друга, поэтому деятельность социального работника в учреждениях здравоохранения становится необходимой и заключается в определении проблем клиента и путей их решения с помощью адекватных ситуаций медико-социальных технологий. Цель работы: Проведение ретроспективные медико-социологические исследования среди больных, страдающих ХПН. Материл и методқ исследования: Изучены перенесенные заболевания, наличие хронических заболеваний и очагов инфекций, показатели общей заболеваемости у 200 больных, страдающих ХПН. Результаты: Анализ профессионального уровня обследуемых больных показал, что приблизительно 10,8% женщин являются инвалидами, среди мужчин эта цифра равняется на 10,5%.; 16,2% женщин и 21,95 мужчин не работают; 63,5% женщин и 53,3% мужчин являются инвалидами. Среди обследованных 9,5% женщин и 14,3% мужчин являются служащими. В сфере производства со сменным, включая ночной, режимом труда были заняты 7,8% женщин и 12,0% мужчин. В течение дня 5% женщин и 12% мужчин подвергались воздействию таких факторов, как вибрация, шум, запыленность, запах краски, 8% работали химикатами. Изучение состояния здоровья больных, страдающих ХПН выявило, что 13,5% женщин и 3,3% мужчин имеют ожирение 1 и 11 степени. 62,2% женщин

и 63,8% мужчин - страдают сахарным диабетом. 14,9% среди обследованных женщин, страдают гинекологическими заболеваниями (полипы, миомы и др.). 8,1% женщин и 9,5 мужчин страдают желудочно-кишечными заболеваниями(гастриты, язва, нарушение обменных веществ и др.), 12,2 женщин и 14,3% мужчин - болезнями органов дыхания (грипп, бронхиты, хронические ангины и др.). 45,9 женщин и 42,9% мужчин -сердечно-сосудистыми заболеваниями. Из общего числа обследованных больных (90,5% женщин и 91,4% мужчин) выявлены хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь и др. 6,8 и 5,7% страдают аллергическими заболеваниями, 5,4 и 5,7% эндокринологическими заболеваниями. Нервно-психические заболевания, а также туберкулез характерны только для одного пациента, который составляет 1%. Выводы: Основными причинами возникновения ХПН являлись заболевания почек. Заболевания других органов и систем, за исключением сахарного диабета, были представлены в группе исследуемых незначительно. Следовательно, медико-социальная работа должна быть направлена на профилактику заболеваний почек и их раннее выявление, приводящих к ХПН. Разъяснительную работу по улучшению информированности населения касательно болезней почек и их лечения. Выявление вредных факторов на производствах, приводящих к возникновению болезней почек. Работа с работниками производств и руководством по улучшению условий труда и уменьшению вредных факторов на них.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Абдуллаева С.М., Эгамбердиева М. студентки фак. ВСД и пед.фак.

Кафедра общей практики/семейной медицины (зав. каф. – доц. Хусинова Ш.А.)

Научный руководитель: Рахимова Х.М.

Цель исследования. Определить эффективность доврачебного осмотра в выявлении пациентов, подлежащих обследованию на наличие метаболического синдрома (МС). Материалы и методы. Последовательно отобраны 1780 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в семейной поликлинику, которые были разделены на две группы. В первую группу включены 935 пациентов 100100 Мультидисциплинарный взгляд на метаболический синдром (412 мужчин и 523 женщины, средний возраст – 46,45 ± 14,36 лет), не проходившие осмотр в доврачебном кабинете. По характеру основного заболевания и сопутствующей патологии группы достоверно не различались. Всем пациентам второй группы на доврачебном этапе, независимо от повода к обращению, профиля специалиста, необходимого пациенту, проводили антропометрические измерения, включая определение вес, рост, окружности талии и бедер, измеряли ИМТ, АД и оценивали наличие признаков МС. По завершении обследования в поликлинике была определена частота диагностики МС в отобранных группах. Результаты. Среди обследованных пациентов в первой группе частота выявления МС составила 8,8%, во второй группе – 22,5% ($p < 0,001$). Сочетание двух компонентов МС установлено у 13,2% пациентов первой группы и у 26,27% – второй группы ($p < 0,001$). Ретроспективный анализ медицинской документации позволил установить, что чаще всего пациенты не могли указать какие-либо антропометрические данные, например, окружность талии. Недостаточность информации для ретроспективного распознавания МС (по данным информации в амбулаторных картах) в первой группе была достоверно выше, чем во второй ($p < 0,001$). Выводы. Распространенность МС среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью в поликлинику, высока. Доврачебное обследование пациентов позволяет повысить эффективность диагностики МС.

ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдуллаева Н.Э., студентка 313 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. - доц. Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель доц. Ярмухамедова С.Х.

Актуальность: Главным фактором риска болезней сердечно- сосудистой системы является артериальная гипертония (АГ). В регуляции АД симпатическая нервная система играет ведущую роль за счет поддержания сосудистого тонуса, частоты и силы сокращения сердца, функционирования почек. В продолговатом мозге за регуляцию тонуса симпатической нервной системы ответственны α 2- адренергические рецепторы и имидазолиновые рецепторы. Возбуждая имидазолиновые рецепторы нейронов солитарного тракта, моксонидин через систему тормозных интернейронов угнетает активность сосудодвигательного центра и уменьшает симпатические влияния на сердечно-сосудистую стенку. Поэтому применение и эффективность моксонидина у больных АГ имеет важное значение. Цель: Рассмотреть принципы действия моксонидина на клинико-гемодинамические показатели у больных АГ. Материалы и методы исследования: Обследовано 23 больных АГ(14 мужчин и 9 женщин), находящихся на стационарном лечении в отделении кардиологии клиники СамМИ № 1. Всем больным были проведены общеклинические исследования: сбор анамнеза, объективное обследование, ЭКГ, Эхо-КГ, лабораторная диагностика. Были изучены уровни повышения АД, параметры центральной гемодинамики и ЭКГ-показатели. Полученные результаты и их обсуждение: Из 23-х обследованных больных у 17 пациентов диагностировано АГ II степени, уровень АД у этих больных составлял: САД 160±20 мм.рт.ст.; ДАД- 100±5 мм.рт.ст. Данные больные получали моксонидин в дозе 0,4 мг в комбинации с Гидрохлортиазидом 12,5мг. На ЭКГ у них фиксировались гипертрофия ЛЖ, а также смещение сегмента ST вниз. После применения комбинированной терапии моксонидина с Гидрохлортиазидом уровень АД снизился до уровня повышенного нормального значения у 8-ми пациентов: САД- 130±5 мм.рт.ст., ДАД- 85±5 мм.рт.ст. У 7 пациентов уровень АД достиг нормальных значений. А у 2-х пациентов достоверного снижения АД не наблюдалось. У 6-ти пациентов была выявлена I степень АГ. У больных данной группы уровень АД снизился до нормальных значений при назначении моксонидина в виде монотерапии. Побочные эффекты применения моксонидина в виде седации наблюдались у 3-х пациентов с АГ в сочетании с климактерическим синдромом, что послужило "позитивным" побочным эффектом. У всех обследованных моксонидин не влиял на частоту сердечных сокращений. При эхокардиографическим исследовании у 17 обследованных выявилась гипертрофия ЗСЛЖ и МЖП. У 3-х- изолированного гипертрофия МЖП, а у 3-х пациентов с АГ I степени гипертрофии стенок сердца не наблюдалось. У всех обследованных было выявлено нарушение локальной сократимости сердца. Наблюдалось гипокинезия МЖП и ЗСЛЖ в различной степени выраженности. По литературным данным моксонидин способствует предотвращению развития гипертрофии миокарда. Но, для доказательства данного процесса необходимо применение препарата сроком не менее 3х месяцев. После применение моксонидина у больных с АГ значительно улучшилось локальная и глобальная сократимость сердца, а также в ряде случаев значительно уменьшилась диастолическая дисфункция сердца. Вывод: Моксонидин в настоящее время является часто используемым гипотензивным препаратом центрального механизма действия для лечения больных с АГ. Он оказывает повышенное влияние на клиническую картину и показатели центральной гемодинамики.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Н.Э., студентка 313 группы лечебного факультета СамМИ, Умурзакова Д.Ф., студентка 314 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра Физиологии и патологической физиологии (зав.каф. - д.м.н., доц. Самиева Г.У.)

Научный руководитель асс. Курбонова Г.А.

Цель: На основании анкетирования пациенток по опросникам SF-36,FactAn,BFL проанализировать показатели качества жизни и синдрома слабости в зависимости от тяжести и длительности течения заболевания, а также в динамике изолированной терапии препаратом железа. Выявление основных факторов риска развития и методов профилактики. Материал и методы исследования: С целью выявления анемических состояний были обследованы женщины фертильного возраста, находящиеся на лечении в клинике СамМИ в гинекологическом и родильных отделениях. Всего было обследовано 30 беременных женщин. У 16 женщин были обнаружены патологические сдвиги концентрации железа в крови 64%. Исследовали уровень общего гемоглобина и эритроцитов в крови, определение ферритина в сыворотке крови. Результат: По данным анализов общая распространенность анемии при беременности и у женщин фертильного возраста составлила 64%. Частота анемии увеличивалась у беременных женщин от Iтриместра - около 8%, ко II - 23%, и III - около 32% и снижается в сроке родов до 20%.Были выявлены факторы риска такие как: плохие бытовые условия, несбалансированное питание и недостаток поступления с пищей железа, белка, витаминов, фолиевой кислоты и микроэлементов. Наличие хронической

интоксикации и хронических заболеваний, таких как ревматизм, сахарный диабет, желудочно-кишечного тракта. Кровопотери во время беременности, частые роды, короткие промежутки между родами. Определив высокий процент заболеваемости Железодефицитной анемией(ЖДА), что составило 64% и выявленных факторов риска необходимо проводить скрининг по заболеванию, а также первичную и вторичную профилактику, направленную на ранее выявление и снижение риска развития ЖДА, а также снижение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, что будет способствовать оздоровлению женщин фертильного возраста. Профилактика анемии требуется беременным с высоким риском развития малокровия. К ним отнесены: 1) женщины, прежде болевшие анемией; 2) женщины, имеющие хронические инфекционные болезни или хронические заболевания внутренних органов; 3) многорожавшие женщины; 4) беременные с многоплодием; 5) женщины, у которых в течение многих лет менструации продолжались более 5 дней. Профилактика заключается в назначении небольшой дозы (50-60 мг Fe^{2+}) препаратов железа (1-2 таблетки в день) в течении 4-6 месяцев, начиная с 12-14-й недели беременности. Одновременно рекомендуется больным увеличить содержание мясных продуктов в ежедневном рационе. Вывод: Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита и анемии у грудных детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Абдуманнонов Ж., студент 307 группы, лечебного факультета СамМИ, Зохидов Ф., студент 307 группы, лечебного факультета СамМИ

Кафедра Физиологии и патологической физиологии (зав.каф. д.м.н., доц. Самиева Г.У.)

Научный руководитель: ассистент Лапасова З.Х.

Цель исследования. Повышение качества оказания медицинской помощи на 50% в лечении больных с артериальной гипертонией в течение 6 месяцев. Материалы и методы исследования. Данное исследование проводилось в семейной поликлинике города Самарканда. Ретроспективным методом были просмотрены амбулаторные карты больных артериальной гипертонией, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике. Основное внимание уделялось методам диагностики и лечения данных больных, разработанной экспертами ВОЗ (1999). Также были разработаны и внедрены стандарты и индикаторы для оценки качества медицинской помощи больным с артериальной гипертонией. Планирование сбора данных – просмотр амбулаторных карт, отчётов, журнала регистрации и учёта больных, интервью с врачами и больными, страдающими артериальной гипертонией, просмотр административной документации. Результаты исследования. Число больных артериальной гипертонией, взятых на учёт в поликлинике за период составило 1800 больных. Из которых мужчины составили 845 человек и женщины 955 человек. Уровень артериального давления у данных больных колебался в пределах 140-180/100-120 мм.рт.ст. У 606 больных (22,6%) диагноз артериальной гипертонии врачи поликлиники ставили на основании лишь однократного измерения артериального давления и субъективных данных, которые имели больные на момент обращения к врачу. Установлено, что диагноз артериальной гипертонии надо ставить на основании трёхкратного измерения артериального давления, зарегистрированное не менее чем при трех врачебных осмотрах (с разницей не менее 1 недели), при каждом из которых АД измеряется, по крайней мере, дважды с соблюдением всех правил оценки уровня АД. В поликлинике лишь 10 врачей (20%) обучены принципам рационального назначения лекарственных средств при артериальной гипертонии. В лечении больных артериальной гипертонией врачи поликлиники использовали препараты, эффективность которых при данном заболевании клинически не доказана таких как папаверин гидрохлорид, дибазол, магнезий сульфат, раунатин и резерпин. Эксперты ВОЗ для лечения артериальной гипертонии рекомендуют применение следующих антигипертензивных препаратов: бета-адреноблокаторы, тиазидовые диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина-II и альфа-адреноблокаторы. Выводы. Диагноз артериальной гипертонии врачи поликлиники в 22,6% случаев ставят на основании лишь однократного измерения артериального давления и субъективных данных, которые имели больные на момент обращения к ним. В поликлинике нет ни одного врача, владеющего принципами доказательной медицины. В лечении больных артериальной гипертонией в 33,5% случаев использовались препараты, эффективность которых при данном заболевании клинически не доказана (папаверин гидрохлорид, дибазол, магнезий сульфат, раунатин и резерпин). Из 1800 больных с артериальной гипертонией 940 больных получили информацию о своём заболевании.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Абдураззакков Д.Ж., студент 503-группы II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра: Эпидемиология, инфекционные болезни (зав. кафедрой: проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: ассистент Бурибаева Б.И.

Актуальность. Вирусные заболевания печени представляют собой медицинскую, социально-экономическую проблему всего мира, характеризуются повсеместным распространением, имеют тенденцию к росту заболеваемости, инвалидности и летальности. В настоящее время в мире насчитывается около 200 млн. носителей вируса гепатита С, более 350 млн. человек в мире являются носителями HBV-инфекции [Подымова С.Д., 1998; Балоян М.С., Михайлов М.И., 1999]. По данным статистики МЗ РУз в Узбекистане в 1986–1987 гг. заболеваемость составляла до 1200, а смертность 14,1–17,8 на 100 тыс. населения. В настоящее время доказана тесная взаимосвязь поражений печени и сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования. Изучить функциональные изменения в миокарде при хронических вирусных патологиях печени. Материал и методы. Исследования проведены у 42 больных хроническим гепатитом (ХГ) вирусной этиологии (HBV, HCV, HBV+HCV), 28 мужчин (66,6%) и 14 женщин (33,3%), в возрасте от 20 до 67 лет. Диагноз и клиническая форма ХГ устанавливались в соответствии с приказом МЗ РУз № 542 от 27.08.2018 г. В соответствии с заболеванием больные были разделены на 2 группы: ХГ умеренной степени лабораторной активности (ХГ II ст. акт.) - 20 (47,6%), ХГ высокой степени лабораторной активности (ХГ III ст. акт.) - 22 (52,3%). Результаты исследования и их обсуждение. У больных ХГ отмечается четкая тенденция функциональных изменений в миокарде. У больных ХГ в патологический процесс вовлекались как правые, так и левые отделы сердца. Изменение эхокардиографических параметров было статистически достоверно выше, по сравнению с показателями в контрольной группе ($P \leq 0,05$). Анализ результатов больных с ХГ III ст. акт. (n=22) позволил отметить нарастание систолической и диастолической перегрузок ЛЖ и ПЖ. Для некоторых параметров изменения были незначительными по сравнению с предыдущей группой. Миокард больных ХГ III ст. активности имел тенденцию к развитию концентрической гипертрофии ЛЖ. Выводы: Таким образом, у больных ХГ с умеренной активностью воспаления изменения сердца характеризуются развитием концентрического ремоделирования, а у больных с высокой активностью - концентрической гипертрофией левого желудочка.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Абдураззакков Д.Ж.

Научный руководитель: Бурибаева Б.И.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней

Актуальность. Вирусные заболевания печени представляют собой медицинскую, социально-экономическую проблему всего мира, характеризуются повсеместным распространением, имеют тенденцию к росту заболеваемости, инвалидности и летальности. В настоящее время в мире насчитывается около 200 млн. носителей вируса гепатита С, более 350 млн. человек в мире являются носителями HBV-инфекции [Подымова С.Д., 1998; Балоян М.С., Михайлов М.И., 1999]. По данным статистики МЗ РУз в Узбекистане в 1986–1987 гг. заболеваемость составляла до 1200, а смертность 14,1–17,8 на 100 тыс. населения. В настоящее время доказана тесная взаимосвязь поражений печени и сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования.Изучить функциональные изменения в миокарде при хронических вирусных патологиях печени. Материал и методы. Исследования проведены у 42 больных хроническим гепатитом (ХГ) вирусной этиологии (HBV, HCV, HBV+HCV), 28 мужчин (66,6%) и 14 женщин (33,3%), в возрасте от

20 до 67 лет. Диагноз и клиническая форма ХГ устанавливались в соответствии с приказом МЗ РУз № 5 от 05.01.2012 г. В соответствии с заболеванием больные были разделены на 2 группы: ХГ умеренной степени лабораторной активности (ХГ II ст. акт.) - 20 (47,6%), ХГ высокой степени лабораторной активности (ХГ III ст. акт.) - 22 (52,3%). Результаты исследования и их обсуждение.У больных ХГ отмечается четкая тенденция функциональных изменений в миокарде. У больных ХГ в патологический процесс вовлекались как правые, так и левые отделы сердца. Изменение эхокардиографических параметров было статистически достоверно выше, по сравнению с показателями в контрольной группе (P≤0,05). Анализ результатов больных с ХГ III ст. акт. (n=22) позволил отметить нарастание систолической и диастолической перегрузок ЛЖ и ПЖ. Для некоторых параметров изменения были незначительными по сравнению с предыдущей группой. Миокард больных ХГ III ст. активности имел тенденцию к развитию концентрической гипертрофии ЛЖ. Выводы: Таким образом, у больных ХГ с умеренной активностью воспаления изменения сердца характеризуются развитием концентрического ремоделирования, а у больных с высокой активностью - концентрической гипертрофией левого желудочка.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ТЕНОКСА И ГИПОТИАЗИДА В ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдурахмадов А.А. 2-курс лечебного факультета.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Андижанский Государственный медицинский институт

Научные руководители: доцент Н.Д.Касимова, З.В.Юнусова

Цель: оценка эффективности и переносимости комбинации антагониста кальция тенокса 5-10 мг и гипотиазида 12,5 мг в сут. у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) (умеренная форма течения) в течение 16 недель терапии. Материалы и методы исследования: в исследование были включены 22 пациента с ГБ (13 мужчин и 9 женщин), 43-74 лет (средний возраст 56 + 2 года), со средней длительностью АГ 16,2 + 1,6 года. Исходно среднее по группе систолическое АД составляло 162,4 мм, рт. ст. (142180 мм. рт. ст.), диастолическое АД 100,2 мм. рт. ст. (80 114 мм. рт. ст.).Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, исключены симптоматические формы ГБ. Для оценки достижения целевого АД проводилось 3 кратное СМАД. Исследование начали с "отмывочного" периода, когда пациенты принимали гипотензивные препараты лишь по жизненным показаниям, продолжительность которого составила 57 дней. Доза тенокса титровалась последовательно. Критерием эффективности терапии считали снижение ДАД на 10 мм рт. ст. от исходного, снижение среднесуточного ДАД на 5 и более мм рт.ст. Результаты исследования: по данным СМАД после 16 недельной терапии отмечено положительное влияние комбинированной терапии на СР АД в ночное время. Степень ночного снижения ДАД исходно составляла 6,7+1,5 мм рт. ст., а через 16 недель лечения 11,7+2,15 мм рт.ст. Уменьшилось количество больных, составлявших исходно группу с недостаточным ночным снижением ДАД. Выводы: применение комбинации антагониста кальция и гипотиазида у больных АГ обеспечила достаточный гипотензивный эффект у 83% больных. Снижение ДАД в ночное время позволит обеспечить дополнительный органопротективный эффект у больных с умеренной АГ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ 2 КУРСА АНДИЖАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Абдурашидов А.А. - студент 2- го курса педиатрического факультета АндГосМИ

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.каф.-к.м.н., доц. Ганиева М.Ш.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Ганиев А.Г.

Проведено анкетирование 50 студентов мужского пола на 2 курсе педиатрического факультета и 50 студентов мужского пола лечебного факультета Андижанского государственного медицинского института. Возраст анкетируемых студентов находился в интервале от 20 до 24 лет. Результаты исследовани: Результаты исследования показали, что 80% студентов 2 курса педиатрического факультета и 92% студентов 2 курса лечебного факультета АГМИ оценили состояние своего здоровья как хорошее. Следует отметить, что 15% студентов 2 курса лечебного факультета АГМИ считают себя больными, при этом не наблюдаются у врача. И, как следствие, не получают лечения, тогда как среди студентов 2 курса педиатрического факультета этот показатель составляет –8-10%. Беспокоит тот факт, что 14% студентов 2 курса лечебного факультета пренебрежительно относятся к своему здоровью, при этом имеют частые жалобы на плохое самочувствие. Среди студентов2 курса педиатрического факультета АГМИ этот показатель составляет 8%. Следует отметить, что 42-47% студентовлечебного факультета и педиатрического факультета считают, что критериями здорового образа жизни являются: отсутствие вредных привычек и контроль над состоянием здоровья.Большинство студентов (80%) считают, что рациональное питание является неотъемлемой частью здорового образа жизни. Следует отметить, что среди студентов 2 курса лечебного факультета АГМИ оказалось всего лишь 5% курящих. Тогда как среди студентов 2 курса педиатрического факультета АГМИ этот показатель составляет - 18%. При определении отношения к физической активности оказалось, что среди студентов 2 курса лечебного факультета 82% ведут физически активный образ, при этом 16% студентов проявили отсутствие интереса к занятиям физкультурой и спортом. Среди студентов 2 курса педиатрического факультета наблюдается значительно больший интерес к физически активному образу жизни - около 96%. Выводы: Результаты исследования социально-гигиенического статуса позволили выявить, что большинство студентов лечебного факультета и педиатрического факультета ведут здоровый образ жизни и, как следствие, имеют хорошее здоровье. Сравнивая отношение к физически активному образу жизни, следует отметить, что студенты 1 курса педиатрического факультета проявляют больший интерес к занятиям физкультурой и спортом, чем студенты 2 курса лечебного факультета. Склонность к курению среди студентов 2 курса лечебного факультета оказалось в 4 раза меньше, чем среди студентов 2 курса педиатрического факультета АГМИ. Большинство студентов из числа всех анкетируемых считают, что рациональное питание является неотъемлемой частью здорового образа жизни.

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Абророва Д.Н. студент 624-группы лечебного факультета СамМИ, Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренныеболезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Пневмония относится к наиболее частым заболеваниям органов дыхания. В этиологии внебольничных пневмоний преобладают пневмококки (35%), на втором месте – внутриклеточные возбудители (30,5%), в основном микоплазма. Частота встречаемости других возбудителей увеличивается в периоды эпидемий острых респираторных заболеваний и гриппа. На протяжении последних лет во всем мире наблюдается стремительный рост резистентности возбудителей пневмонии к антибактериальным препаратам. Цель.Фармакоэкономический анализ применения антибактериальных препаратов для лечения внебольничной пневмонии в стационаре. Материал и методы. В исследование включен 121 пациент, которым был установлен диагноз «внебольничная пневмония»: 81 женщина (66,9%) и 40 мужчин (33,1%) в возрасте от 20 до 84 лет (средний возраст 56+ 2,3 лет). Проведен ABC/VEN-анализ назначения антибиотиков, на основе ретроспективной оценки фактических затрат. Результаты. В стационарных условиях антибактериальная терапия была назначена в день установления диагноза «пневмония». По частоте применения на первом месте оказались цефалоспорины для парентерального введения (36,4%), на втором – полусинтетические пенициллины для перорального применения (19,8%), на третьем – респираторные фторхинолоны (18,2%), на четвёртом – макролиды (7,4%). Таким образом, в основном были использованы современные антибиотики согласно клиническим рекомендациям. Однако зафиксирована тенденция к стационарной практике такой организационно и экономически затратной технологии, как парентеральное введение препаратов. Смена эмпирически назначенного антибактериального препарата в связи с его недостаточной эффективностью через 48-72 часа с момента начала лечения была проведена у 23 пациентов (19%). Чаще всего неэффективными оказывались амоксициллин (в 27, 5% случаев назначения), цефтриаксон (в 35,1%) и азитромицин в (16,5% случаев). При анализе лекарственных средств группы А выявлено, что основной объём средств (80%) был израсходован на антибактериальные препараты. Так, доля затрат на цефатоксим составила 25,31%, на цефтриаксон – 12,84%, на амоксициллин – 5,78%, на амоксициллин с клавулановой кислотой – 5,65%, на азитромицин – 5,25%, на левофлоксацин – 3,86%, на

кларитромицин – 2,91%. Выводы. Таким образом, оптимизировать затраты на лечение пневмонии можно выбором препаратов, сочетающих клиническую эффективность и приемлемую ценовую категорию. Например, стоимость курса терапии у современных защищенных пенициллинов и респираторных фторхинолонов меньше по сравнению с цефалоспоринами для парентерального введения и макролидами.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Авезова М.С. СамМИ, клинический ординатор 1 курс.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. кафедрой: доцент Ярмухамедова Н. А.)

Научный руководитель: Якубова Н.С.

Актуальность. Циррозы печени занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения, оставаясь крайне актуальной социально-экономической и клинико-эпидемиологической проблемой здравоохранения всех стран мира. В настоящее время в мире заболеваемость циррозом печени составляет около 20-40 больных на 100 тыс. населения, и этот показатель неуклонно растет (NVHOSIS. 2000). Цель исследования: оценка клинико-эпидемиологической характеристики больных с циррозом печени различной этиологии по материалам областной клинической инфекционной больницы г. Самарканда. Материалы и методы исследования: Объект исследования - 317 больные, проходившие стационарное обследование и лечение в ГИБ№1 г.Самарканда с циррозами различной этиологии, которым помимо обычных методов исследования, проведено ПЦР и фиброскан печени. Результаты исследования: По этиологическому фактору у 31% пациентов диагностирован цирроз вирусной этиологии В, у 28% пациентов вирусной этиологии В+Д, у 19% пациентов вирусной этиологии С, вирусной этиологии В+С - у 15% пациентов и у 7% больных не верифицирована этиология. В исследование включены пациенты в возрасте 20 - 57 лет, по возрасту пациенты до 20 лет составили 1%, 21-30 лет - 9%, 31-40 лет - 33%, 41-50 лет - 19%, старше 51 года - 38%. Мужчины составили 62%, женщины -38%. Среди больных работающих 55%. Из них 10% мигранты, 25% работающие в служебных организациях, 12,3% трудовые мигранты работающие в зарубежных странах, 7,5% сельские работники. Из анамнеза выявлено, вредные привычки отмечались у 45,6%. Из них увлечение алкоголем – 45%, курение – 12,8%, наркотики – 11,6%, 18,3% больных увлекаются кальяном. На постоянном диспансерном наблюдении находились 40,8% больных, 47,2% больных не находились на постоянном диспансерном наблюдении, остальные 12% больные периодически обращались к врачам. По результатам клинических и лабораторных исследований с учетом уровня билирубина, альбумина, протромбинового индекса, асцита и печеночной энцефалопатии пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести цирроза по шкале Чайльд Пью. У 37,5% больных отмечался класс А (цирроз в стадии компенсации), класс В у (в стадии субкомпенсации) у 49,5% больных, и класс С у (в стадии декомпенсации) 13% с циррозом печени. При объективном осмотре больные чаще предъявляли жалоб в виде слабости, быстрой утомляемости (93,9%), снижения трудоспособности (81,8%), головокружения в ортостазе (75,7%), нарушения сна (63,6%), снижения памяти, внимания (57,6%), нарушения мочеиспускания (69,7%), чередования запора и поноса (60,6%), кровоточивость десен 38,3%, кровотечение из геморроидальных вен 8,7%, одышка 15,2%. Вывод: Таким образом, выше изложенное свидетельствует о том, что среди госпитализированных больных с циррозом печени доминируют пациенты в возрасте 21-40 лет (42%) из них больше пациентов мужского пола. В этиологической структуре среди больных преобладают больные с вирусной этиологии В 31% и в 7% больных не верифицирована этиология. Цирроз печени в основном наблюдались 47,2% у больных которые не находились на постоянном диспансерном наблюдении, большое количество больных класс В у (в стадии субкомпенсации) у 49,5%.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СВЯЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ

Аджаблаева Д.Н. ассистент курса фтизиатрии

Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – Ходжаева С.А.

Цель. Изучение клинико-психологических связей при туберкулезе органов дыхания у детей. Материалы и методы. Клинико-психологическое обследование проводилось до начала химиотерапии 85 детям 9-12 лет с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания (ТОД). В клинической структуре преобладал туберкулез ВГЛУ (48% случаев), а также малые очаговые изменения (32% случаев). По рентгенологическим характеристикам доминировали ограниченные поражения с неосложненным течением (60% случаев). Клинические симптомы интоксикации различной степени выраженности выявлялись в 62% случаях; отклонения в лабораторных данных – в 78% случаях. В психологическом обследовании использовался многофакторный личностный опросник Р.Кеттелла (детская форма), а также опросник форм агрессии А.Басса и А.Дарки (адаптированная детская форма). В статистическом анализе применялись непараметрические методы сравнения (U-критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера). Результаты и обсуждение. Установлено, что50% всех обследованных детей отличались выраженностью таких личностных характеристик, как внутренняя напряженность, беспокойство, фрустрированность. У таких детей достоверно чаще встречались клинические симптомы интоксикации, а также отклонения лабораторных показателей – по 46% случаев (дети с низкой внутренней напряженностью – соответственно, 22% и 17% случаев) ($p<0,05$). В группе с ограниченными процессами наличие внутренней напряженности встречалось достоверно реже, чем ее отсутствие (соответственно, 35% и 65% случаев) ($p<0,05$). В группе с распространенными процессами дети с наличием высокой и низкой внутренней напряженности встречались с одинаковой частотой. Для детей с ТОД преобладающей формой деструктивного реагирования являлся негативизм, достигающий выраженного уровня в 55% случаях. При этом у детей с высоким негативизмом достоверно чаще выявлялись умеренные и выраженные отклонения лабораторных показателей (44% случаев, дети с низким негативизмом – 17% случаев) ($p<0,05$). В группе с распространенными процессами высокие значения негативизма регистрировались чаще, чем умеренные и низкие (соответственно, 60% и 40% случаев) ($p<0,05$). Наряду с негативизмом, характерной формой деструктивного поведения для детей с ТОД является подозрительность – недоверчивость, эгоцентричность, недоброжелательно-негативная настроенность к окружающему (30% случаев). Также было установлено, что для детей с более выраженными рентгенологическими проявлениями туберкулезного процесса характерно наличие специфических защитных механизмов в сфере межличностных отношений, а также противоречивость представлений о себе. Выводы. Полученные клинико-психологические соотношения являются объективацией наличия психологических детерминант развития туберкулеза органов дыхания у детей (наряду с традиционными медико-биологическими и социальными факторами). Выделенные в исследовании характеристики (негативизм, подозрительность, внутренняя напряженность) имеют важнейшее значение в структуре личностных параметров детей, так как способствуют формированию на донозологическом этапе эмоциональной дезадаптации, нарушающей адаптивное равновесие между личностью и социальной средой, что обусловливает развитие нейрофизиологических изменений и структурно-функциональных нарушений в различных системах организма. Установленные в исследовании данные являются эмпирическим обоснованием необходимости более широкого подхода к организации психологической службы в детской фтизиатрии, одним из направлений работы которой должна являться коррекция патогенных преморбидных особенностей пациента.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Аззамов Ж. студент 606 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель асс Хамраева Н.А.

Цель работы: оценка изменений показателей суточного мониторирования ЭКГ в взаимосвязи с показателями суммарной оценки факторов кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом (РА). Материалы и методы: Обследовано 50 больных (33 женщин, 17 мужчин) ревматоидным артритом (по критериям ASR, 1987) в возрасте от 24 до 71 года (средний возраст 46,0±1,4 лет). В зависимости от возраста больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 14 (28%) больных в возрасте 24-40 лет, во вторую – 28 (56%) больных в возрасте 41-60 лет, в третью – 8 (16%) больных в возрасте старше 60 лет. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось с использованием носимого монитора системы «Валента». При анализе преходящих нарушений ритма, эпизодов болевой и безболевой ишемии, циркадного ритма использовали программу, входящую в комплект

Холтеровской системы. Результаты: Из числа традиционных факторов риска артериальная гипертония отмечалась у 46% больных в основном у пациентов старше 40 лет (II и III группы), что соответствует данным литературы. Курение сигарет больше 10 штук в день отмечали 10% больных мужчин в возрасте 24-50 лет (в основном I и II группа пациентов). Уровень холестерина у больных III группы составил в среднем 6,8±0,3 ммоль/л, что соответственно в 1,4 и 1,3 раза больше чем у больных I и II группы. Напротив, уровень липопротеидов высокой плотности у больных I, II и III группы в среднем составил соответственно - 1,0±0,2; 0,8±0,5 и 0,7±0,1ммоль/л. Концентрация холестерина имела прямую, липопротеидов высокой плотности непрямую коррелятивную связь со степенью активности процесса, течением и продолжительностью заболевания. Результаты мониторирования ЭКГ показали, что у больных I группы чаще наблюдались наджелудочковые экстрасистолы. Прогностически неблагоприятные монотопные и политопные экстрасистолы регистрировались в основном у больных II и III группы. Болевая ишемия выявлена у 67% больных III группы. Эти изменения возникали при физической нагрузке, сопровождались субъективными ощущениями, причем, чаще всего болевая ишемия миокарда встречалась у больных РА с выраженной тахикардией покоя. Склонность брадикардии со снижением сегмента ST более 1 мм отмечалась у 36% больных I группы. Данная ишемическая депрессия сегмента ST чаще возникала в покое, во время сна ночью или ранним утром, и сопровождалась субъективными ощущениями в суставах (боль, скованность, ломота в теле, головная боль), что позволило их классифицировать как безболевую ишемию миокарда. Количество эпизодов депрессии сегмента ST в сутки колебалось у больных от 1 до 3, общая длительность ишемии была практически одинакова у больных I и III группы (3-4 минуты). Выводы: Концепция факторов риска сердечно-сосудистых осложнений применима и к ревматоидному артриту. Высокая активность заболевания при ревматоидном артрите сопровождается дислипидемией. Не смотря на юный возраст больных активное течение РА осложнялось безболевой ишемией и нарушениями ритма. Кардиоваскулярные осложнения при РА могут быть связаны с длительностью заболевания и несвоевременным использованием базисных препаратов. Частыми ЭКГ изменениями РА являются нарушениями ритма и проводимости, безболевая ишемия миокарда. Определение маркеров воспаления, липидного спектра, показателей суточного мониторирования ЭКГ позволяет выделить группу больных с неблагоприятным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Данная группа требует своевременного начала профилактических мероприятий по коррекции факторов, увеличивающих вероятность их развития.

ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЁННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Азимбегова С.Н, резидент магистратуры 1-го года обучения

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав.курсом к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель к.м.н. Каримова Н.А.

Цель работы: оценить половое развитие девочек в зависимости от компенсации заболевания врождённой дисфункции коры надпочечников. Материалы и методы: проведена оценка полового развития 12 девочек с ВДКН в возрасте от 8 до 17 лет. Диагноз ВДКН поставлен в возрасте до 2 недель у 8 пациентов, до 2 месяцев - 2 пациентов, старше 2 лет - 2 пациентов. Заместительную терапию преднизолоном, затем кортефом получали 6 пациенток. Остальные 6 девочек получали кортеф с рождения. Оценивались показатели SDS роста, индекса массы тела, костного возраста, полового развития по шкале Таннер; гормональные уровни тестостерона, ЛГ, ФСГ, эстрадиола, АКТГ, 17-ОН прогестерона в сыворотке крови; УЗИ органов малого таза. Результаты: При оценке физического развития средние показатели SDS роста имели 6 пациенток, выше среднего - 4, ниже среднего - 2. Избыток массы тела - 5 пациенток. Костный возраст опережал паспортный у 5 пациенток. Инвертированный пубертат обнаружен у 4 девочек, задержка менархе у 5. Повышение уровня уровня 17-ОН прогестерона выявлено у 6, повышение АКТГ у 2, повышение тестостерона у 3. Низкие показатели ЛГ отмечены у 5, пониженный уровень ФСГ у 1. Низкий уровень эстрадиола у 3. При УЗИ органов малого таза у 9 пациенток обнаружена гипоплазия матки, у 3 из них обнаружен поликистоз яичников, у 1 пациентки образование правого яичника по типу серозной кисты. Патологическое течение полового созревания обнаружено у 41,6% девочек с ВДКН, что выражалось в раннем появлении первых половых признаков, адренархе, ускорением костного возраста, что связано с декомпенсацией основного заболевания. Выводы: больные с врождённой дисфункцией коры надпочечников для подбора гормональной терапии должны обследоваться на содержание прогестерона, кортизола и эстрогена.

ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Азимов Р.К студент 103 группы фармоцевтического факультета АндГосМИ

Научные руководители: доцент Н.Д.Касимова, ст.препод.З.В.Юнусова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней. Андижанский Государственный медицинский институт

Цель. Целью исследования была оценка клинической эффективности и безопасности нового ингибитора АПФ амприлана. Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 пациентов, госпитализированных по поводу гипертонической болезни 2 стадии 14 чел. и 3 стадии 6 чел. Длительность заболевания составляла в среднем 8±2 лет. Из них у 7 пациентов была диагностирована сопутствующая ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда у 6 чел., 3 чел. Перенесли инсульт 3 чел. Имели клинические проявления гипертонической энцефалопатии, у 4 чел. был сахарный диабет. Все пациенты до включения в исследование в течении не менее 6ти месяцев принимали гипотензивные препараты: эналаприл в суточной дозе 20 мг 6 чел., амлодипин в суточной дозе 10 мг 2 чел., диротон в суточной дозе 5 мг 4 чел., мочегонные 10 чел. (тиазиды в суточной дозе 25-50 мг 4 чел., индапамид в суточной дозе 2,5 мг 5 чел.), бетаблокаторы 5 чел. Средний уровень артериального давления в общей группе пациентов (измерено на приеме у врача в положении сидя, на правой руке) составил: САД 183,5±1,2 мм рт. ст., ДАД 94,3±2,3 мм рт. ст. Резултаты исследования. Предшествующая терапия оценивалась пациентами самостоятельно по 10 балльной шкале (0 нет эффекта, 10 максимальный эффект), в среднем составила 3,3±0,8 балла. Для объективизации оценки терапии ряду пациентов выполнялось СМАД. Применяемая среднесуточная доза амприлана в течении 2 месяцев лечения составила у 8 пациентов 7,5 мг, у 4 пациентов 7,5 мг в первый месяц лечения и 15 мг во второй месяц лечения, у 8 пациентов 15 мг. Монотерапия амприланом оказалась эффективной только у 20% пациентов с умеренной гипертонией и без сопутствующих факторов риска и органных нарушений. 80% пациентов получали комбинированную терапию, что находится в соответствии с современными рекомендациями. При ее проведении использовались свободные комбинации препаратов: гипотиазид (12,5 25 мг), индап (2,5мг), атенолол (50 мг). Терапия сопутствующих заболеваний не претерпевала значимых изменений. Средний уровень АД при применении амприлана в общей группе пациентов в течение 8 недель снизился до 138,5±3,1 мм рт.ст. (САД) и 85,25±1,8 мм рт. ст. (ДАД). Терапия амприланом через 2 месяца после начала лечения была оценена пациентами как 8,9 ± 1,4 балла. Выводы: Амприлан оказывает достаточный гипотензивный эффект у подавляющего большинства пациентов как при моно, так и при комбинированной терапии.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Азимов А.А., студент 1 курса 108 группы педиатрического факультета АГМИ

кафедра нормальной и патологической физиологии (зав. каф. –Худаярова А.Г)

Научный руководитель: ст. преп. Мадумарова М.М.

Актуальность. Проблема изучения человеческой личности является предметом исследований многих наук: философских, общественно-исторических, юридических, психологических и медицинских, и до сих пор остаётся актуальной. Изучение личности, неразрывно связанное с изучением общественных отношений, позволяет объединить естественно - научное понимание человека с общественно - историческим, т.е. видеть в человеке (как организма и личности одновременно) продукт общественных условии, результат формирования и преобразования этими условиями его органической природы. Физиологический механизм невроза заключается в "срыве" нервной деятельности, вызванном ошибкой протекания процессов возбуждения и торможения. Известно, что психологическая травма - смерть близкого человека, потеря средств к существованию, различные конфликты с

людьми - не всегда влекут за собой невроз. Это зависит от особенностей отношений личности и способов переработки воспринимаемой информации. Цель: Определить личностные факторы формирования нарушений невротического регистра. Материалы и методы. Было обследовано 15 больных с невротическими расстройствами. Применялись клинико-психопатологический и экспериментально- психологический методы исследования. Контрольную группу составили 10 здоровых испытуемых. Результаты. Установлено, что как для здоровых испытуемых, так и для больных с невротическими расстройствами, положительными стратегиями преодоления конфликтов являются «рационализация» и «формирование положительной реакции на негативную ситуацию», которые способствуют конструктивному разрешению конфликтов и лучшей адаптации; а отрицательными -"проекция", «агрессия вовне» и «самоагрессия», которые ведут к агрессивному поведению и являются одной из причин патологической работы механизмов психологической защиты. В процессе исследования у здоровых испытуемых обнаружен механизм регулирования страхов, который базируется на положительных стратегиях преодоления конфликтов «рационализация» и «формирование положительной реакции на негативную ситуацию». У здоровых испытуемых обнаружена прямая связь между подавлением агрессии и иррациональной установкой «зависимость от признания другими». У больных с невротическими расстройствами подавление агрессии имеет связь с двумя иррациональными установками - «зависимость от признания другими» и «интернализация неудач», что ещё больше увеличивает иррациональность их мышления и чувство вины. Вывод. Полученные данные о структуре взаимосвязей между страхами стратегиями преодоления конфликтов, агрессии и иррациональными установками и их влияние на возникновение невротической симптоматики в норме и патологии позволяют глубже понять психологические механизмы нарушений невротического регистра на основе которых возможна разработка новых психотерапевтических ' и психокоррекционных программ.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР

Айназарова Г. Студентка 203 группы факультета высшего сестринского дела

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены, СамГосМИ (зав. кафедрой: д.ф.н. Аминов З.З.)

Научный руководитель: Асс. Курбонов Х.Р

Актуальность. В Республике Узбекистан, согласно Указу Президента «О реформе системы здравоохранения», вышедшего в ноябре 1998 году, проводилась реформа системы здравоохранения. И, поскольку одной из основных задач данной реформы, является повышение уровня образования медицинских работников, с 1999 года ведется реформа системы медсестринского образования. Медсестры, прошедшие профессиональную подготовку, играют чрезвычайно важную роль в системе народного здравоохранения. Цель исследования. Целью нашей работы является изучение отношений между медсестрами и врачами, отношение медсестер к работе, удовлетворенность своей работой. Материалы и методы. Объектом исследования являются 64 медсестры, работающие в клинике №1 Самаркандского государственного медицинского института. Нами было составлены анкеты, где освящались такие вопросы, как личные данные опрошенных медсестер, отношения между врачами и медсестрами, роль медсестер в профессиональной деятельности, отношения медсестер к своей профессии. Результаты. Возраст опрошенных составляет 20-29 лет – 25 (39%) медсестер, 30-39 лет – 16 (25%) медсестер, 40-49 лет – 7(11%) медсестер и 50-59 лет 16 (25%) медсестер. Трудовой стаж меньше 5 лет имеют - 11 (17,2%) медсестер, 5-9 лет – 8 (12,5%) медсестер, 10-14 лет -12 (18,8%) медсестер, 15-19 лет – 18 (28,1%) медсестер, 20-24 года – 15 (23,4%) медсестер. Налаживает ли партнерство с врачами: на этот вопрос 11 (17,2%) медсестер ответили положительно, недостаточно, в неполной мере считают 52 (81,2%) медсестры, отрицательно ответила 1 (1,6%) медсестра. Устраивает ли ваша зарплата: «затрудняюсь» ответили 9 (14%) медсестер, «не очень» ответили 27 (42,2%) медсестер, «нет» ответили 14 (21,9%) медсестер и «да» ответили 14 (21,9%) медсестер. На вопрос учитывает ли врач Ваше мнение: «иногда» считают 52(81,2%) медсестры, «да» ответили 11(17,2%) медсестер, «нет» ответили 1(1,6%) медсестра. Существует ли барьер между врачами и медсестрами: положительно ответили 14(21,9%) медсестер, «иногда» ответили 47 (73,4%) медсестер, отрицательно ответили 3(4,7%) медсестры. Пользуются ли врачи медсестринской записью: «да» ответили 27 (42,2%) медсестер и «иногда» ответили 37 (57,8%) медсестер. Дискриминационно ли относятся врачи к медсестрам: «иногда» считают 42 (65%) медсестры, «нет» считают 17(26,7%) медсестер и «да» ответили 5(8,3%) медсестер. Выводы. Анализируя результаты исследования мы пришли к выводу, что врачи и медсестры работают в партнерстве, проявление дискриминации со стороны врачей иногда ощущается, врачи иногда учитывают мнение медсестер и используют медсестринские записи при необходимости. Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, пациентам с инкурабельными заболеваниями, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни. Роль медсестры заключается в своевременной оценке состояния, сведений к минимуму риска осложнений при постоянном взаимодействии с лечащим врачом и социально уполномоченными лицами, целью которого является улучшение качества жизни больного. Медицинская сестра как социальный работник должен обладать высокой эрудицией и использовать обширные междисциплинарные знания - медицинские, правовые, психологические, философские, экономические, социальные и др.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ТКАНЕВОГО ФАКТОРА РАСТА - b В РАЗВИТИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Аксенов А.И., аспирант кафедры внутренних болезней АГМУ, Мясоедова Е.И., к.м.н., докторант кафедры внутренних болезней АГМУ

Севостьянова И.В., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней АГМУ

Астраханский государственный медицинский университет, Кафедра внутренних болезней (зав. каф. д.м.н., профессор Полунина О.С.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Полунина О.С.

Введение: У лиц с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), развитие вторичной дилатационной кардиомиопатии ишемического генеза (ДКМП) является одним из негативных исходов постинфарктного ремоделирования миокарда. На ДКМП приходится до 50% случаев развития быстропрогрессирующей хронической сердечной недостаточности (ХСН) с низкой выживаемостью. Значимость проблемы диагностики ДКМП на ранних стадиях ХСН чрезвычайно высока. Диагностический вклад и кардиопротекторная роль тканевого фактора роста – b (ТФР-b) дискутируется различными авторами. Цель: Оценить диагностическую роль сывороточных уровней ТФР-b у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ПИКС в развитии ишемической дилатационной кардиомиопатии. Материалы и методы: Всего было обследовано 110 человек. Основную группу составили 80 больных ИБС, имеющих ПИКС (верифицированный инфаркт миокарда давностью от 1 года и более). Средний возраст составил 58±2,1 лет. Группу контроля составили 30 соматически здоровых лиц. Средний возраст составил 55±1,7 лет. Основная группа была разделена на 2 подгруппы. I подгруппу составили больные с ИБС+ПИКС (41 человек); II – больные с ИБС + ПИКС+ДКМП (39 человек). ДКМП диагностирована по клиническим и эхокардиоскопическим признакам. В обеих подгруппах тяжесть ХСН не превышала 3 функциональный класс (ФК). Диагнозы ИБС, ДКМП, ХСН выставлялись согласно национальным и международным клиническим рекомендациям. ФК ХСН определялся по Нью-Йоркской классификации. Всем лицам проводилось определение концентрации ТФР-b методом твердофазного иммуноферментного анализа тест-системой Bender Medical System (Австрия). Статистическая обработка осуществлялась программным обеспечением Statistica 8.0 (©StatSoft Inc, 2012). Статистическая значимость различий оценивалась при помощи критерия Манна-Уитни, так как распределение отличалось от нормального, различия признавались существенными при $p<0,05$. Данное исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ АГМУ (выписка из протокола №11 от 10.10.2014). Результаты. Показатели ТФР-b в обследованных группах имели статистически значимые различия как между собой, так и с группой контроля ($p<0,001$). Средние показатели ТФР-b были больше в обеих группах больных ИБС: 277,01±23,41 нг/мл во II группе с ДКМП; 323,02±24,45 нг/мл в I группе без ДКМП против 3,90±0,35 нг/мл в группе контроля. Средний уровень ТФР-b в I группе был больше статистически значимо, чем во II на 16,97% ($p<0,001$). Выводы. Таким образом, у больных ИБС с ПИКС, отмечается повышенное коллагенообразование и фиброз миокарда, поэтому уровень ТФР-b, отвечающего за дифференцировку зрелых фибробластов и снижение апоптоза кардиомиоцитов, выше, чем у здоровых лиц. При наличии прогрессирующей ДКМП также происходит фиброз

миокарда, но имеет место гибель кардиомиоцитов и дилатация полостей сердца, выработка ТФР-b снижается. Следовательно, высокие значения ТФР-b при ИБС и ПИКС могут играть кардиопротекторную роль в предотвращении развития ДКМП. Динамическая оценка уровней ТФР-b у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, может иметь диагностическую и прогностическую роль в развитии в будущем у больного ДКМП и быстропрогрессирующей ХСН.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Алибекова А., студентка 201 группы факультета ОЗ НМУ им.С.Д. Асфендиярова

Кафедра Интегрированных систем менеджмента в здравоохранении (зав. каф.Кошербаева Л.К.)

Научный руководитель доцент, к.ф.н. Сатаева Л.Г.

Введение: Формирование и развитие эффективной инновационной системы в фармацевтической отрасли Республики, основанной на применении знаний и внедрении инноваций, и имеет огромное воздействие на обеспечение больных СЗЗ отечественными ЛС. Цель – проанализировать уровень развития инновационной системы в Казахстане. Методы – контент-анализа Результаты. Для повышения общей инновационной активности в стране 24 июля 2011 г. постановлением Правительства РК утверждена республиканская научно-техническая программа «Разработка и внедрение в производство оригинальных фитопрепаратов для развития фармацевтической промышленности РК» на 2012-2016 гг. Карагандинский институт фитохимии назначен главной организацией по выполнению программы. В рамках программы запланирован комплекс мероприятий по разработке и внедрению в производство новых импортозамещающих жизненно важных лекарственных средств на основе растительного сырья РК от создания сырьевой базы фитохимических производств до организации серийного выпуска новых фитопрепаратов. Вывод: Таким образом, в Казахстане наиболее перспективным научным направлением в области создания оригинальных медикаментов признана разработка лекарственных препаратов на основе растительного сырья.

СОВРЕМЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА ОТ ВВПВ КАЗАХСТАНЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

Алибекова А., студентка 201 группы факультета ОЗ НМУ им.С.Д. Асфендиярова

Кафедра Интегрированных систем менеджмента в здравоохранении (зав. каф.Кошербаева Л.К.)

Научный руководитель доцент, к.ф.н. Сатаева Л.Г.

Введение: Финансирование здравоохранения в Казахстане в настоящее время по остаточному принципу – на уровне не более 3,9% от ВВП – является недостаточным, соответственно, такое финансирование оказалось не в со¬стоянии сдерживать негативные процессы, касающиеся состояния здоровья на¬селения. Цель – проанализировать уровень государственных расходов на здравоохранение и лекарства в Казахстане. Методы – статистического анализа. Результаты: Фактически эти расходы в Республике Казахстан составили (в процентах к ВВП) в 2001 г. -1,97%, 2002 г. – 1,93%, 2003 г. – 2,08%, 2004 г. – 2,63%, в 2005 году – 2, 7%, 2006 г. – 2,8%, 2014 г. – 3, 9%. При этом самый низкий процент к ВВП отмечался в 2002 г. Расходы на здравоохранение в большинстве европейских стран в 1990 – 2000 г. составило – 7-8%, что в пересчете на 1 человека – 2 тыс. долл. США. В США – до 4 тыс. долл., что составляет 13,7% от ВВП. В таблице 1 представлены государственные расходы на здравоохранение и ЛС в РК и некоторых странах ЕС в 2014 г. Расходы на ЛС в РК на душу населения значительно отстают от таковых в странах Европы. По уровню затрат на лекарственные средства Казахстан значительно отстает (в 2- 3,5 раза) от европейских стран. Согласно рекомен¬дациям ВОЗ, минимальный государственный уровень финансирования здравоохранения определяется из расчета 41 долл. США на 1 жителя страны. Как видно из таблицы, в 2014 г. расходы на ЛС в РК также не стали соответствовать требованиям, рекомендуемым ВОЗ. В начале проведения экономических реформ расходы на здравоохранение в РК (% от ВВП) повышались незначительно. В 2014 г. по сравнению с 2001 г. потребление ЛС на душу населения возросло в 2,2 раза. Потребление лекарств в Казахстане составило в 2014 г. 48 долларов США на человека, в то время как в Нидерландах – 92 доллара, в Бельгии – 124, в США – 178, в Японии – 245 долларов. Вывод: Таким образом, Казахстан до сих пор находится на одном из последних мест по показателю расходов на лекарственные средства. В боль¬шинстве западных стран основной тенденцией социальной политики стало повышение роли государства в сфере здравоохранения в силу того, что рынок и ценовые механизмы здесь зачастую не функционируют и являются неэффективными. Однако, несмотря на это, расходы на здравоохранение постоянно увеличиваются. Динамика расходов на здравоохранения в РК имеет постоянную тенденцию к возрастанию. Однако и в настоящее время расходы на здравоохранение являются более низкими, чем в среднем по странам СНГ и очень малые по сравнению со странами Европейского Союза.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАЗАПИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

Амируллаева А., студентка 313-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Арсланова Р.Р.

Хронический болевой синдром является самостоятельным заболеванием. Цель работы: Оценить эффективность препарата миртазапин в комплексной терапии у больных с хроническим болевым синдромом. Методы и материал исследования. В исследование были включены 30 больных, получавшие стационарное лечение в неврологическом отделении клиники СамМИ и в дальнейшем наблюдались амбулаторно. 1 группу составили 10 больных (33, 3%) с болью после перенесенного ишемического инсульта, 2 группу - 9 (30%) больных со спинальной патологией, у которых имелись скелетно-мышечные боли, 3 группу - 11 (36, 7%) больных с вторичными полинейропатиями. Больные миртазапин получали в комплексном лечении в дозе 7, 5-15 мг (1/ 4-1/2табл) 1 раз в сутки (вечернее время). Результаты: Установлено, что при динамическом клиническом наблюдении у больных с хроническим болевым синдромом на 7 – сутки после применения препарата у больных улучшился сон, утихли ноющие нейропатические боли, что показывает положительные стороны данного препарата. При длительном применении миртазапина у больных не отмечено привыкания и резистентности к препарату. На 7-12 сутки от начала прменения у больных улучшился сон, устранилась тревога и боль. Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют эффективности миртазапина у исследуемых больных, что позволяет применять препарат у больных с хроническим болевым синдромом.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Амонова З.К., клинический ординатор 1 курсаСамГМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. к.м.н. Вязикова Н.Ф.

Цель. Установить значение немедикаментозных методов лечения и профилактики неврологических проявлений шейного остеохондроза. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 больных. Средний возраст 42±1,25 года. Из них 20 (55,6%) мужчин и 16 (44,4%) женщин с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза. Всем больным для подтверждения диагноза проведено традиционное вертеброневрологическое обследование, общий анализ крови, сахар в крови, ревмопробы, анализы на бруцеллез, а также МРТ (87,2% больных) и цифровая спондилография (12,8% пациентов) шейного отдела позвоночника в двух проекциях. Результаты и обсуждение.В исследуемую когорту вошли больные со 2, 3 и 4 стадиями остеохондроза.Основными признаками, указывающими на развитие заболевания, были чувство усталости в области шеи которое отмечалось у

100% обследованных. Жалобына перманентные болевые ощущения в шейной области – у 97,2%,чувство онемения в руках отмечено у 86,3%, головные боли у 68,2%, головокружение у 28,4%, мелькание мушек перед глазами у 21,2% больных.Субъективные проявления в большинстве случаев имели тенденцию к сочетанию. Из объективных неврологических изменений отмечались: болезненность паравертебральных точек, ограничение движений в шейном отделе, болезненность по ходу нервных стволов, гипотония мышц, анизорефлексия и в единичных случаях гипоалгезия в соответствующих зонах.В связи с тем,что все обследованные больные уже прошли курс медикаментозного лечения им с учетом индивидуальных особенностей и наличия сопутствующих заболеваний была рекомендована немедикаментозная доступная коррекция факторов риска заболевания и профилактика его прогрессирования. Был предложен комплекс лечебной физкультуры и кинезотерапии, в том числе комплекс упражнений на рабочем месте для пациентов, чья деятельность связана с сидячей работой. Было рекомендовано приобрести специальные кресла для работы. Проведена также коррекция проблемы «textneck»,связанная с неправильным положением головы во время работы с гаджетами, когда происходит наклон головы и увеличивается нагрузка на позвоночник. Было рекомендовано сознательно исправить позу, направляя на экран устройства лишь взгляд. Рекомендовано спать на невысокой плотной подушке, избегать переохлаждений, даны советы по диете. Было проведено физиотерапевтическое лечение, массаж, вытяжение.Все больные принималихондропротекторы (хондролин) в течении трех месяцев. Катамнестическое наблюдение в течении 6 месяцев показало, что у 89,6% больных отмечено значительное улучшение состояния – регресс как субъективной, так и объективной симптоматики. Выводы. Меры вторичной немедикаментозной профилактики неврологических проявлений шейного остеохондроза, являются значимыми в практике врача общей практики. Они нацеливают больных активно участвовать в процессе лечения, мотивируют их и зачастую ограничивают от приема целого ряда препаратов, имеющих много противопоказаний и побочных действий, а у определенного контингента являются основными способом предупредить прогрессирование заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛОВЕРТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Анварова М.А., студентка 303 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Арсланова Р.Р.

Цель работы: изучить и проанализировать научные данные об эффективности гловертина при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Материал и методы исследования: Изучен систематический обзор и анализ оценки клинической эффективности гловертина при сердечно-сосудистых заболеваниях. Проанализированы свыше 20 опубликованных исследований, где гловертин использовался с лечебно-профилактической целью. Результаты. Исследования показывают, что гловертин является эффективным препаратом при лечении больных с ИБС,стенокардией ,атеросклерозом сосудов сердца ,гипертонической болезнью. В составе гловертина содержится аргинин, который в организме является донатором NO. Оксид азота играет огромную роль в сердечно-сосудистом гомеостазе: регулирует сосудистый тонус, снижает активацию и адгезию тромбоцитов к эндотелию сосудов, препятствует тромбообразованию, снижает уровень ЛПНП, предотвращая тем самым образование атеросклеротических бляшек, снижает уровень холестерина в крови. В серии клинических исследований выявлено, что гловертин улучшает эндотелийзависимую вазодилятацию у пациентов с высоким риском кардиоваскулярных заболеваний. В клинических исследованиях внутривенное введение гловертина больным периферической артериальной патологией увеличивало расстояния, которые пациенты способны преодолевать без боли. Другие исследователи также показали,что пероральное введение гловертина улучшает состояние больных стенокардией. При застойной сердечной недостаточности введение гловертина изолированно снижает давление в малом круге кровообращения. Кратковременое введение гловертина у пациентов с легочной гипертензией способствует снижению давления в легочной артерии, уменьшает спазм в легочных артериолах и бронхах. Её пользу можно также найти при холециститах, желчнокаменной болезни, гепатитах, циррозах, преэклампссии и задержке роста плода. Выводы. Таким образом, выявлена высокая эффективность гловертина для профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ГИПОТИРЕОЗОМ

Антропова А.Н., студентка 606 группы 6 курса лечебного факультета, Леонова А. Д., студентка 605 группы 6 курса лечебного факультета,

Насибова Ш.Х., студентка 605 группы 6 курса лечебного факультета ИГМА

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины (зав.каф. – д.м.н. Дударев М.В.)

Научные руководители: ассистент Килин Д.А.; доцент, к.м.н. Николаева А.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Одной из причин вторичной дислипидемии является снижение функции щитовидной железы, гормоны которой имеют большое значение для обмена липидов. Проявлением гипотиреоза также является артериальная гипертензия, которая в свою очередь является важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, в т. ч. ишемической болезни сердца. При гипотиреозе на фоне аутоиммунного тиреоидита отмечается повышение провоспалительныхинтерлейкинов, которые повышают риск развития инфаркта миокарда. Регулярное исследование липидного спектра при гипофункции щитовидной железы у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) может иметь значение для коррекции терапии этой категории больных. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 13 женщин на базе БУЗ УР “ГКБ № 6” МЗ УР, г. Ижевск, РФ, наблюдающихся с основным диагнозом ИБС, и сопутствующим - гипотиреоз. Результаты: средний возраст исследуемых женщин, страдающих ИБС и гипотиреозом, составил 54,3 года. Наличие в анамнезе инфаркта миокарда подтверждено у 4 пациенток, у остальных пациенток - стабильная стенокардия напряжения. Всем пациентам была назначена терапия статинами, однако лишь 6 из 13 принимают их регулярно. Двое исследуемых с нормальными показателями липидного спектра принимают аторвастатин в дозировке 40 мг. У двух женщин, принимающих аторвастатин в дозировке 10 и 20 мг, отмечено повышение уровня ХС и ЛПНП. У двух пациенток, принимающих аторвастатин в дозировке 20 мг, отмечено повышение уровня одного из показателей, что свидетельствует о необходимости коррекции дозы получаемого статина. Выводы: Пациентам с диагнозом ишемическая болезнь сердца, имеющих в сопутствующих заболеваниях гипотиреоз, который можно расценивать как дополнительный фактор повышенной атерогенности, с целью снижения риска тромбоза необходим прием высоких доз статинов.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПИЕЛОНЕФРИТЫ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДЕПРЕССИИ

Арифджанова А.Б., клинический ординатор первого года обучения, ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: к.м.н. Шарипова Ф.К.

Цель исследования: изучить клинические проявления тревожно-депрессивных расстройства у женщин с сопутствующими хроническими пиелонефритами для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных. Материалы и методы исследования: для исследования отобрано 30 женщин с депрессивными расстройствами и сопутствующими хроническими пиелонефритами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской Клинической Психиатрической Больницы города Ташкента. Диагнозы пациенток верифицированы согласно критериям по МКБ-10, подтверждены лабораторно - инструментальными и ультразвуковыми исследованиями. С целью установления возможных соотношений между тревожно-депрессивными расстройствами и нозологической принадлежности почечной патологией проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. В ходе обследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона, а для определения уровня тревожности использовался опросник Спилбергера-Ханина. Результаты: наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F-32.3 согласно классификации МКБ-10)-у 10 пациентов(33.3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство(F-41.2)- у 8 женщин(26.7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F-32.1)- у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации(F-43.21)- у 3 женщин

(10%) и дистимия(F-34.1.)- у 3 обследованных женщин (10%). В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога, обусловленная наличием хронических пиелонефритов. Вывод: таким образом, выявленные особенности клинических проявлений тревожно-депрессивных расстройств у женщин с сопутствующими хроническими пиелонефритами позволяют предупредить факторы неблагоприятного прогноза заболевания, более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать методы психотерапии в коррекции психосоматического компонента депрессии.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атажонов С.З., Шарипов Р.О.

Ташкентская Медицинская Академия

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Цель. Определение эффективности продленной эпидуральной анальгезии на результаты лечения в послеоперационном периоде у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей. Материалы и методы. Обследовано 45 больных в возрасте от 30 до 55 лет больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей послеоперационном периоде. В первую группу вошли пациенты, оперированные в условиях эпидуральной анестезии в условиях спонтанного дыхания (24 больных), во вторую группу - пациенты, оперированные в условиях комбинированной общей анестезии с применением ИВЛ (21 больных). Среди всех обследованных больных преобладали пациенты с III стадией ишемии нижних конечностей. Клинико-лабораторные исследования выполняли согласно общепринятым стандартам. Эпидуральную анестезию проводили по общепринятой методике на уровне L_{II-III}. В первой группой послеоперационном периоде расчетную дозу препарата лидокаин 2 мг на кг вводили в эпидуральное пространство фракционно в течение 15 мин. Во второй группе в послеоперационном периоде с целью обезболивания сделано наркотические анальгетики. В результате исследования выявлено, что продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей повышения качество обезболивания, низкий расход наркотических анальгетиков, снижение количество ранних послеоперационных осложнений, нежелательных побочных реакций и сокращения сроки пребывания больных в стационаре 1.4 раза, улучшения перфузии ишемизированных тканей, микроциркуляцию и окислительно-восстановительные процессы пораженной конечности. Выводы. Продленная эпидуральная анальгезия у больных с гнойно-септическими заболеваниями нижних конечностей обеспечивает адекватную защиту от повреждающих факторов болевого синдрома по сравнению с традиционными методами обезболивания.

ЭМОЦИАЛЬНО – ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ВРАЧА

Атоев Т.Т., студент 212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра педагогики и психологии, русского и узбекского языков (зав.кафедрой Каршибаева У.Д.)

Научный руководитель: доц. д.ф.н Каршибаева У.Д.

Цель работы: анализ проблемы влияния условий труда, эмоциональных состояний на медицинских работников, приводящие к синдрому эмоционального выгорания, а также дать основные рекомендации по оптимизации условий труда, профилактике стресса и профессионального выгорания. Краткое описание: Эмоция в жизни – это самые разнообразные реакции человека – от бурных взрывов страсти до тонких оттенков настроений. Помимо этого, отмечается, что интенсивность профессионального стресса у врачей-психиатров значительно выше, чем у хирургов. Кроме того, известно, что принадлежность к женскому полу является фактором риска профессионального стресса у врачей. Анализ течения различных фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей особенно в зависимости от специальности показан в работе И.А. Бердяевой и Л.Н. Войт. Самые высокие показатели выраженности фаз СЭВ наблюдаются в группе врачей-онкологов. Кроме того, эта группа лидирует в общем количестве симптомов каждой фазы. На втором месте находятся врачи-психиатры. Синдром эмоционального выгорания - специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. Развитие синдрома эмоционального выгорания в первую очередь характерно для профессий, связанных с оказанием помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, работники правоохранительных органов, МЧС и др.). Впервые термин «синдром выгорания сотрудников» для описания психологического состояния был использован американским психиатром Х. Фрунденбергера в 1974 году. Им у волонтеров службы психического здоровья были выявлены разочарования в работе, эмоциональное и психическое истощения, которые определили как «поражение, истощение, износ, происходящий в человеке вследствие завышенных требований к собственным ресурсам и силам». Данный вопрос вызвал высокую заинтересованность и стал изучаться у работников социальных профессий, таких как медицинские работники, учителя и других представителей социальной структуры. Одно из крупнейших исследований синдрома выгорания среди врачей выполнено в Финляндии. В исследовании приняли участие 2671 врач. В результате, все специалисты были подразделены на «специалистов с высоким уровнем выгорания» и «специалистов с низким уровнем выгорания». Психиатры были отнесены к группе с «высоким уровнем выгорания». Самые высокие показатели были выявлены у мужчин, которые специализировались в области детской психиатрии. Существенную роль сыграло место работы: работники частных клиник, сотрудники научно-исследовательских институтов и других общественных организаций были значительно менее подвержены выгоранию по сравнению с работниками государственных медицинских учреждений. Факт, что специалисты сферы психического здоровья, работающие с пациентами стационара, более часто подвергаются синдрому выгорания, чем работники амбулаторного звена подтверждается и в других исследованиях. Выводы: синдром эмоционального выгорания является недавно возникшей патологией, но в, тоже время остается весьма актуальной. Этот феномен в наибольшей степени характерен для медицинских работников и других профессиональных групп, чья деятельность связана с общением, длительным эмоциональным напряжением.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ, СОЧЕТАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2017 ГОДЫ

Афанасьев Е.И., аспирант первого года кафедры фтизиатрии ФГБОУ ВО «ИГМА»

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра фтизиатрии (зав. каф. – д-р. мед. наук, доц. Русских О.Е.)

Научный руководитель: д-р. мед. наук, доц. Русских О.Е.

Цель работы: Провести сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу легочных и внелегочных локализаций у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус за 10 лет (с 2008 по 2017 гг.) в Удмуртской Республике (УР). Задачи: Провести ретроспективный сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей (заболеваемость, распространенность, смертность) по туберкулезу у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус по УР. Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус. Построены графики и таблицы. Глубина исследования 10 лет (с 2008 по 2017 гг.). Исследования проводились объективными методами (по данным официальных годовых отчетов БУЗ УР «РКТБ МЗ УР» и статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ). Результаты: Показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания в Удмуртской Республике с 2008 г. по 2017 г. имел нисходящую направленность и изменялся с 78,4 на 100 000 населения до 44,4 на 100 000 населения, или на 43,4%. В 2011 и 2015 гг. отмечались периоды роста данного показателя на 4,1% и 3,6% относительно предыдущих лет соответственно. Показатель заболеваемости внелёгочным туберкулезом за исследуемый период времени

в Удмуртской Республике снизился на 75% с 2,0 до 0,5 на 100 000 населения, также наблюдались периоды роста в 2010 г., 2013 г. и в 2015 г. на 25,0%, 22,2% и 125% соответственно. Тем не менее, необходимо отметить, что среднее снижение показателей заболеваемости внелегочным туберкулезом в Удмуртской Республике составило 8,33% в год. Показатели распространенности туберкулеза органов дыхания в Удмуртской Республике изменялись за расчетный период от 218,9 на 100 000 населения до 105,2 на 100 000 населения, что составило снижение показателя на 51,9%. Средний ежегодный процент снижения составил 10,48%. В Удмуртской Республике показатели распространенности внелегочным туберкулезом имели вариабельный характер показателей и начали свое снижение с уровня в 14,9 на 100 000 населения в 2008 г. до 1,4 на 100 000 населения в 2017 г., что составило снижение на 90,6%. Показатель смертности от туберкулеза в УР изменился в 2,4 раза с 16,1 до 6,6 на 100 000 населения. На фоне роста показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 133,3% (с 43,8 до 58,4 на 100 000 населения) в УР происходит стремительный рост показателей заболеваемости и распространенности сочетанной патологии ТБ/ВИЧ (практически в 2 раза (с 4,7 до 8,3 на 100 000 населения) – показатель заболеваемости, с 6,3 до 17,7 на 100 000 населения – показатель распространенности). Показатель смертности больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции в УР повысился с 1,2 до 6,0 на 100 000 населения в 2008 и 2017 гг. соответственно, что составило 500%. Выводы: ВИЧ-инфекция оказывает существенное негативное влияние на эпидемический процесс по туберкулезу в УР. В настоящее время показатель заболеваемости сочетанной патологией ТБ/ВИЧ ежегодно возрастал и достиг значения 8,3 на 100 000 населения в 2017 г. Показатели распространенности и смертности сочетанной патологией ТБ/ВИЧ также имеют восходящую тенденцию (рост на 281% и 500% соответственно). Данная картина наблюдается на фоне увеличения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией за исследуемый период и снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ахмадов М.А., студент 402 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии №3 (зав. курс.- к.м.н.Каримова Н.А.)

Научный руководитель асс. Тогаева Г.С.

Цель работы: Изучить динамику проведения ряда компонентов липидного обмена у больных с вновь выявленным инсулинозависимым (2 типа) сахарным диабетом в условиях длительного амбулаторного лечения диетой и инсулином. Материал и методы исследования: Обследовано 26 больные с вновь выявленным инсулинозависимым (2 типа) сахарным диабетом (14 мужчин и 12 женшин) в возрасте от 10 до 35 лет с нормальной массой тела, получавшие диету и инсулинотерапию. Контрольную группу составили 15 практически здаровых лиц (мужчин 6 и женшин 9) от 20 до 40лет. Содержание сахара крови, определяли – глюкозооксидазным методом, общий холестерина и триглицеридов - «biolamtest. Lachema»(Чехия). Результаты. У обследованных нами больных со средней степенью тяжести. Уровень сахара в крови в обеих группах составили 14,7 + 4,03 ммоль/л, 17,4 + 2,26 ммоль/л. Показатель ТГ – 2,01 = 0,86 ммоль/л 2,28 + 0,54 ммоль/л ТГ и холестерина были недостоверным (р= 0,1 – 0,5) по сравнению с соответствующими средними уровнями у здоровых лиц (сахара – 4,36 + 0,51 ммоль/л) ТГ 1,04 + 0,5 ммоль/л и холестерина 4,36 + 0,31 ммоль/л. Сохранение длительной компенсации сахарного диабета приводило к достоверному снижению среднего уровня сахара в крови (р= 0,001), недостоверному снежению ТГ (р = 0,2) холестерина (р=0,2) в сывортке крови по сроавнению с полученными данными до компенсации. Причиной декомпенсации сахарного диабета были у 8 больных ухудшение у 3 различных стрессовые ситуации и у 5 систематическое грубое нарушение диеты. Повышение содержания уровня ТГ в сыворотке крови при сахарном диабете обусловлено увелечением синтеза в печени в результате избыточного поступления свободных жирных кислот а также снижением выведения ТГ из кровяного русла в связи с снижением активности фермента липопротеиновое липазы. Выводы: Все эти данные убидительно показывают что нормализация углеводного и липидного обмена и сахарных компенсаций при длительном лечении в условиях амбулаторной при нарушение липидного обмена СД 2 типа необходимо проводить инсулинотерапию, для предупреждения возникновения и прогрессирования атеросклероза, часто встречающегося у больных сахарным диабетом.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Ахмеджанов Р.С., Давлатова Н.У., Юлдошев А.Н.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Кафедра морфологии и физиологии человека.

Научный руководитель – ассистент кафедры морфологии и физиологии человека Мардонзода К.М.

Цель. Выяснить, с какой целью и частотой употребляются энергетические напитки (ЭН) среди студентов медиков, и определить степень информированности студентов об их вреде. Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в исследовании использовали метод анонимного анкетирования с помощью разработанной нами анкеты. Анкетирование проводилось среди студентов Хатлонского государственного медицинского университета 1-3 курса в возрасте от 18 до 21 года. Было опрошено 194 студента, среди которых девушек было 94, юношей 100. Результаты. Было установлено, что большинство опрошенных студентов 137 (70,6%) пробовали ЭН, среди них превалирует число юношей 89 (45,8% от общего числа). Количество студентов, которые часто употребляют ЭН, было 83 (42,7%) из них юношей 76 (91,5%) девушек 7 (8,5%). На вопросы касательно цели употребления ЭН, все респонденты отметили, что ЭН придаёт активность, бодрость и употребление этого напитка считается модным. В результате анкетирования было выявлено, что в основном употребление энергетических напитков сводится ко времени сессии - 72%, посещения ночных клубов - 23%, повседневность - 5%. Студенты, во время употребления ЭН, описывают состояние повышенной двигательной активности 13%, повышение жизненного тонуса 15%, повышенную веселость 32%, легкость в общении – коммуникабельность 6%, заторможенность 7%, 27% не смогли указать определенного эффекта. После приёма ЭН 63% опрошенных студентов отмечали у себя обычное бодрое самочувствие, у 32% - отмечено исходное состояние усталости, у 3% - головные боли и упадок сил, 1% испытывали притупление ощущение громкости и чувство тревоги. Преобладающее число опрошенных студентов должным образом не осведомлены о вреде, который наносит здоровью употребление ЭН. Из всех опрошенных вредным считают эти напитки 39,2% студентов. Большинство опрошенных студентов узнали об энергетических напитках через рекламу на телевидении и в общении со сверстниками. Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, широкое распространение употребления ЭН среди молодежи, особенно в среде студентов медиков. Уровень осведомлённости студентов о вреде энергетических напитков остаётся критически низким. Мы считаем, что требуется дальнейшее изучение данной проблемы среди студентов медиков, а также закономерность проведения санитарно-просветительной работы в студенческой среде с целью повышения информированности об отрицательном воздействии напитков, содержащие тонизирующие компоненты.

ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ

Ахмеджанова Д. М., студентка 405 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра Внутренних болезней №3 и энокринологии (зав.каф.- д.м.н.Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель Курбанова З.П.

Цель работы: Оптимизировать процесс выбора эффективного и безопасного препарата при лечении изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) у пожилых больных. Материалы и методы: Обследовано 30 больных (53% мужчин, 44% женщин, средний возраст 62,5 ± 11,2 года). Из них 4 пациента (13,3%) ранее не получали антигипертензивной терапии, а 26 больных (83,47%) уже получали антигипертензивные медикаменты, чаще всего эналаприл (19,4%), рамиприл (25,5%), индапамид (21,9%) и бисопролол (16,6%). 14 больных дополнительно принимали различные лекарственные средства по поводу сопутствующих заболеваний что могли влиять на эффективность препарата и вызывать дополнительные

осложнения терапии. Назначение лекарств от гипертонии для пожилых людей должно проводиться с особой осторожностью и с целью уменьшения риска развития ортостатической гипотензии как перед началом терапии, так и в ходе ее проведения контролировали давление в положениях лежа, сидя, а также в вертикальном положении. Пациентам было назначено 16 и 32 мг Касарк (БАР) один раз в сутки. Все больные проходили обследование 3 раза на протяжении 3 месяцев. Начинали терапию с малых доз. На первом месяце и двух последующих визитах в динамике измеряли АД, собирали информацию о переносимости и в конце периода наблюдения оценивали эффективность терапии. Исходно, АД составило в среднем 159,2 мм рт.ст. для систолического АД (САД) и 88,2 мм рт.ст. для диастолического АД (ДАД). Уже через месяц САД достигло 140,6 мм рт.ст. и ДАД также снизилось до 84,8 мм рт.ст. На третьем месяце отмечено дальнейшее снижение АД, и среднее САД составило 137,4 мм рт.ст., а ДАД - 80,8 мм рт.ст. В целом среднее снижение САД составило –21,8 мм рт.ст. ДАД –7,8 мм рт.ст. Результаты: Установлено, что за время наблюдения у 12 пациентов (40%) из общего числа 30 пациентов отмечались нежелательные реакции как головная боль (5 пациентов, 41,6%), головокружение (4 пациентов, 33,3%) и усталость (3 пациента, 25%), кашель (1 пациент 8,33%). К концу исследования 60% пациентов достигли АД менее 140/90 мм рт.ст. и не имели нежелательных реакций, Остальные 40% пациенты достигли целевых уровней АД и имели умеренные побочные реакции. Выводы: Таким образом, БАР (в частности кандесартан) является эффективными и безопасными антигипертензивными средствами для лечения пожилых пациентов с ИСАГ и, следовательно, продлевает жизнь, улучшает ее качества, которое достигается главным образом предупреждением сердечно-сосудистых осложнений ИСАГ. Побочные эффекты терапии Касарком были незначительными.

ГЕРПЕВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ахмедова Д.Т., студентка 502-группы лечебного факультета ТМА

Кафедра факультетской и госпитальной терапии №1 ТМА (зав.каф., д.м.н. - Набиева Д.А.)

Научные руководители: доцент Джураева Э.Р., старший преподаватель Зияева Ф.К.

Цель работы: Определить особенности клинической симптоматики СКВ в сочетании с HV-инфекцией. Материалы и методы исследования: В исследование включены 14 больных СКВ. Преобладали женщины (10) среднего возраста (33,7±19,3 года) с длительностью заболевания от 1 до 20 лет, находящиеся на стационарном лечении в ревматологическом, кардиоревматологическом отделениях 1-клиники ТМА и амбулаторном наблюдении в артрологическом СКАЛе. У больных преобладал подострый вариант течения и II степень активности заболевания. До исследования все пациенты в течение 6 мес принимали ГКС (17,8±5,3 мг/сут) и плаквенил (0,2 г/сут). Всем больным проводились общеклинические, иммунологические, вирусологические, биохимические исследования. Результаты: У 42,8% больных выявлена HV-инфекция. Изучение клинической картины показало, что суставной синдром при СКВ в сочетании с вирусной инфекцией характеризовался частыми мигрирующими артралгиями (82,8%). Было выявлено, что у пациентов данной группы воспалительный процесс приобретал полиморфный затяжной характер при недостаточной эффективности ГКС- и иммуносупрессивной терапии. Также у пациентов с СКВ в сочетании с вирусной инфекцией чаще обнаруживали РФ (40,0%). Поражение почек преимущественно характеризовалось мочевым синдромом с протеинурией < 0,5 г/л и незначительным изменением мочевого осадка у 5 (35,7%) больных. У 3-х пациентов СКВ при наличии вирусной инфекции отмечалась лимфаденопатия, что сопровождалось лимфоцитозом. Вывод: Наше исследование подтвердило высокую частоту выявления антител к HV у больных СКВ, что подтверждает целесообразность помимо накопления клинического материала, проведение не только серологического, но и вирусологического исследований с целью назначения противовирусной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА

Ахмедова Г.А., ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии

Качалиев Х., студент 509 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав.каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель: ассистент Ибрагимова Э.Ф.

Бета-адреноблокаторы широко применяемые лекарственные средства в профилактике осложнений и в фармакотерапии артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), при некоторых формах тахиаритмий. Препараты группы бета-адреноблакаторов отличаются по наличию или отсутствию кардиоселективности, внутренней симпатической активности, мембраностабилизирующим, вазодилятирующим свойствами. Представляет интерес изучить эффективность и безопасность применения одного из самых высокоселективных бета-адреноблокаторов бисопролола. Цель работы: изучить эффективность и безопасность применения бисопролола при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Материал и методы исследования: Произведен поиск клинических испытаний, в которых бисопролол использовался для лечения различных сердечно-сосудистых заболеваний. Изучены и проанализированы данные 4 многоцентровых рандомизированных исследований и более 11 научных публикаций. Результаты. Высокая селективность бисопролола определяет эффективность и хорошую переносимость препарата. Кроме того длительный период полувыведения обеспечивает удобство приема лекарства. По данным рандомизированных исследований бисопролол в дозе 5-10 мг однократно в сутки способствует снижению уровня АД, проявляя высокую суточную антигипертензивную эффективность, пропорциональную его дозе и сохраняющуюся в течение 24 часов. Доказано эффективность бисопролола в снижении смертности у больных хронической сердечной недостаточностью в исследовании CIBIS, хотя уступает ингибиторам АПФ по влиянию на клиническое течение ХСН. У больных со стабильной стенокардией напряжения в исследовании J.D. Ferguson и соавт. продемонстрирована эффективность бисопролола при сравнении с нифедипином и равная эффективность и лучшая переносимость – при сравнении с амлодипином. Антиангинальная эффективность доказана в нескольких исследованиях, результаты которых показали устранение бисопрололом транзиторной ишемии миокарда и улучшения прогноза у больных с ИБС. Выявлено высокая эффективность при лечении желудочковых и наджелудочковых экстрасистол и меньше побочных эффектов по сравнению с препаратами III класса противоаритмических средств. Выводы: Таким образом, данные исследований доказывают высокую эффективность и безопасность применения бисопролола у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, способность не только уменьшить симптомы этих заболеваний, но и улучшить прогноз и жизнь больных.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ РИТМАМИ И ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Ашуров А. студент 628-группы лечебного факультета СамМИ, Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренныеболезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования. Оценить смертельные случаи от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого коронарного синдрома (ОКС) в зависимости от сезона года, недельной и суточной хронологии и возрастно-гендерных характеристик по данным Регистра ОКС/ОИМ. Методы исследования. Проанализированы свыше 32000 сигнальных листов СМП за один календарный 2015 год, из них были отобраны 620 (1,9%) с диагнозом ОКС/ОИМ, среди которых в 92 (14,8%) случаях зафиксирован летальный исход, в дальнейшем распределенных по возрасту, полу и в хронологическом порядке. Результаты. В ходе анализа было установлено, что смертность от ОКС/ОИМ являлась прерогативой лиц мужского пола, при этом возраст мужчин был моложе, чем у женщин. Наибольшая сезонная смертность приходилась на весенне-летний период года (62% случаев), при этом пик летальности регистрировался в марте месяце – 15,2% человек от общего числа умерших. Неблагоприятными днями недели оказались воскресенье, понедельник и вторник, а со стороны суточной хронологии – временной интервал с 8:00 утра и до 12:00 дня, на который пришлось почти 1/3 всех смертельных случаев

от ОКС/ОИМ. Между возрастом умерших от ОКС/ОИМ и временем суток какой-либо зависимости установлено не было. Заключение. Таким образом, полученные в ходе исследования данные позволяют наметить новые направления в изучении взаимосвязи хронобиологии с сердечно-сосудистой смертностью от ОКС/ ОИМ для планирования у больных ИБС мероприятий по вторичной (третичной) профилактике.

СТЕПЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Аъловеа Х.Д., студентка 313 группы пед. факультета

Кафедра гуманитарных и общественно-экономических наук

Научный руководитель: к.ю.н. Садикова Е.С.

Цель исследования. Изучать степень осведомления население о важности профилактики микронутриентной недостаточности. Материалы и методы. Закон Республики Узбекистан “О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения” No 251, 7 июня 2010 год; постановление кабинета министров Республики Узбекистан от 23 ноября 2010 года No 260: “О мерах по реализации Закона Республики Узбеки- стан “О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения”; постановление кабинета министров Республики Узбекистан от 25 апреля 2010 года No 102 “О дальнейшем совершенствовании реализуемых мер в области здорового питания населения Республики Узбекистан”; применено метод научного опрашивание; анкеты. Результаты. Целью настоящего Закона является регулирование отношений в области профи- лактики микронутриентной недостаточности среди населения. В настоящем Законе применяются следующие основные понятия: микронутриенты - незаменимые пищевые вещества (витамины и минеральные вещества), необходимые для нормального роста и развития организма человека; микронутриентная недостаточность - состояние организма человека, обусловленное недостаточным поступлением микронутриентов с пищей, приводящее к развитию заболеваний; обогащенная пищевая продукция - пищевая продукция, обогащенная (фортифицированная) микронутри- ентами в процессе ее производства; саплементация микронутриентов - применение микронутриентов в профилактических дозах в виде лекар- ственных средств среди целевых групп населения; Основными направлениями государственной политики в области профилактики микронутриентной недостаточности среди населения являются: осуществление социальных, экономических, правовых и организационных мер, направленных на обеспечение населения обогащенной пищевой продукцией; поддержка научных исследований в развитии современных технологий выявления микронутриентной недостаточности и методов ее профилактики замечена очень низкий уровень осведомленности население о значение профилактики микронутриентной недостаточности. Из 50 опрашиваемых 30 знает о значение рациональной питании, 5 знает о важности микронутриентов и только 2 участвует в самплементации микронутриентов. Выводы. Сегодня важное значения имеет повышение уровень знания население, особенно студентов так как реализация тех благородных идей которые размешены в этих законах завесить каждого из нас.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Бабамурадова З.Б.

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.д.м.н.Шодикулова Г.З).

Научный руководитель доцент, д.м.н. Шодикулова Г.З.

Цель работы: Оптимизировать изучение особенностей иммуногенетического профиля у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Материал и методы исследования: Обследовано 47 подростков в возрасте от 15 до 22 лет с клиническими проявлениями НДСТ (гипермобильность суставов, аритмии, сколиоз). В качестве контроля использованы данные HLA-профиля 20 здоровых лиц. Исследование иммуногенетического статуса больных с НДСТ и группы контроля проводили с методом аплификации ДНК HLA-ДНК-ТЕХ наборов для HLA-типирования генов II класса (локусы DRB1, DQA1 и DQB1). Результаты: Установлено что, среди больных с НДСТ, по сравнению с контрольной группой, отмечается статистически достоверное повышение частоты встречаемости гена HLA II класса: HLA DRB1*08 ($\chi2$=7,70, p<0,05, OR=3,2, 95%CI=1,4-6,8), DQA1*04:01 ($\chi2$=6,91, p<0,05, OR=3,3, 95%CI=1,4-7,5) и DQB1*04:01/2 ($\chi2$=6,11, p<0,05, OR=3,2, 95%CI=1,3-7,6). Показатели расчетов критерия отношения шансов (OR) и значение 95%-ного доверительного интервала свидетельствуют о том, что шанс развития осложнений достоверно выше у носителей данных аллелей, что определяет предрасполагающую роль этих генов в развитии осложнений в сердечно-сосудистой системе. Анализ распределения частот встречаемости генов HLA II класса в зависимости от варианта течения заболевания по сравнению с контрольной группой показал, что сравнению с контрольной группой частота выявления генов HLA-DRB1*08 (p<0,05, OR=3,77, 95%CI=1,3-10,8) и DQA1*04:01 (p<0,05, OR=3,7, 95%CI=1,2-11,6) достоверно выше у больных со сколиозом, HLA-DRB1*11 (p<0,05, OR=2,98, 95%CI=1,2-7,5) и DQA1*06:01 (p<0,05, OR=20,6, 95%CI=1,7-238,1), DQB1*04:01/2 (p<0,05, OR=5,42, 95%CI=1,7-17,4) при сочетании гипермобильности суставов с нарушениями ритма сердца. Выводы: Таким образом, наличие в фенотипе антигенов HLA-DRB1*08, DQA1*04:01, DQB1*04:02, ассоциируется с развитием осложнений сердечно сосудистой системы. Кроме этого, показано статистически достоверное повышение частоты встречаемости генов HLA-DRB1*08 и DQA1*04:01 при сколиозе, HLA-DRB1*11 и DQA1*06:01 и HLA- DQA1*04:01 и DQB1*04:01/2 сочетании гипермобильности суставов с нарушениями ритма сердца по сравнению с контрольной группой. Это говорит о том, что ранняя диагностика генов по внешним фенотипическим признакам может предотвратить развитие осложнений таких, как пролапс митрального клапана, нарушение физического развития молодых лиц.

НАРУШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙУ ЛИЦ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бадридинова Б.К., резидент магистрантры 3-курса БухМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии (зав.каф.-Бадритдинова М.Н.)

Научный руководитель: ст.преподаватель, к.м.н. Жураева Х.И.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости основных компонентов метаболического синдрома при различных категориях гипергликемии. Методы исследования: Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 59 лет в количестве 793 человек. Исследование было проведено в 4-поликлиники г. Бухары. Определение толерантности к глюкозе (проведение ТТГ, определение сахара крови после нагрузки через 1 час и через 2 часа). Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений. Результаты: Согласно полученным данным, среди лиц без гипергликемии частота АГ составляет 11,2%. При гипергликемии натощак и через 1 час после нагрузки глюкозой АГ встречался (26,9% и 27,0% соответственно) и превышает частоту АГ среди лиц с нормальной толерантностью к глюкозе в 2,4 раза. Среди лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой частота АГ достигает 40,3% и, практически в 4 раза превышает частоту АГ среди лиц без гипергликемии. Наибольшая частота АГ имеет место у больных СД, среди которых она встречается в 70,7% случаев. Частота ИМТ у больных с гипергликемией через 1 час после нагрузки глюкозой оказалась выше, чем у лиц с нарушением гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой и у больных с СД. Причём, частота ИМТ у больных СД была несколько ниже, чем у лиц с гипергликемией натощак. В целом, избыточный вес в 2 раза чаще встречается среди лиц с гипергликемией натощак и через 1 час после нагрузки глюкозой (57,69% и 57,23% соответственно), чем при нормальных уровнях гликемии (27,77%). Наибольшая частота избыточного веса (ИМТ+ожирение) имеет место при гипергликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой и при СД (82,09% и 80,49). АО встречается при нормальной толерантности к глюкозе (32,74%). При гипергликемии натощак частота АО в 1,8 раз выше (42,31%), а при нарушении гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой в 2,2 раза выше (50,94%), чем при нормальных уровнях гликемии. Наиболее высокие показатели частоты встречаемости АО имеют место у больных СД (80,49%) и в группе лиц с нарушением гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой (74,63%). Частоты встречаемости ГХ наблюдаются среди лиц с нормальными уровнями гликемии и при гипергликемии через 1 час после нагрузки глюкозой (10,88% и 9,09% соответственно). Частота ГХ среди лиц с

гипергликемией натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой в 3,3 и 2,2 раза выше, чем при нормальных уровнях гликемии (33,33% и 24,0%). Как и ожидалось, наибольшая частота ГХ имела место у больных СД (47,06%). ГТГ у лиц с гипергликемией натощак (26,0%) и через 1 час после нагрузки глюкозой (23,21%), чем у лиц с нормальными уровнями гликемии (20,21%). Статистически значимо (p<0,05) отличаются более высокие показатели частоты ГТГ в группе лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой (31,0%) и у больных СД (59,41%) от группы лиц с нормальными уровнями гликемии. Вывод. Таким образом, принарушение различных фаз гликемической кривой имеет место более высокая частота основных компонентов МС: АГ, ИМТ, ожирение, АО игиперлипидемия. Эти компоненты в большей степени связаны с постнагрузочной гипергликемией, в том числе и с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКНЕ У СТУДЕНТОВ ИГМА

Бакирова Л.Р. студентка 301 группы педиатрического факультета,

Хаматнуров А.А. студент 301 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра микробиологии и вирусологии, зав. кафедрой д.м.н. Иванова М.К.

Научный руководитель: д.м.н. Иванова М.К.

Цель: проанализировать наиболее важные причины, способствующие возникновению мультифактериального заболевания - акне. Задачи: 1) Оценить комплекс факторов, вызывающих заболевание. 2) Провести социологический опрос студентов ИГМА.3) Сделать выводы по результатам опрошенных лиц контрольной и опытной групп. Материалы и методы: анализ литературно- научных данных о факторах, способствующих появлению заболевания; социологический опрос в форме анкетирования среди студентов ИГМА, разделенных на две группы: опытная, в которой респонденты с видимыми заболеваниями кожи и контрольная, в которой респонденты с нормальной кожей. Полученные результаты. Проанализировано 50 анкет студентов ИГМА из разных факультетов, основную часть которых составляют студенты младших курсов. По данным анкетирования выявлено, что за помощью к врачу- дерматологу обратились 60% респондентов из опытной группы, 40% - не побеспокоились о своей проблеме. Заболеваемость акне напрямую зависит от типа питания студента: из опытной группы 80% респондентов считают, что питаются неправильно, а 20% - исключают все вредные продукты из своего рациона, тем временем контрольная группа в большинстве придерживается правильного питания- 65%, но 35% - не задумывались над своим питанием. Респонденты контрольной группы утверждают, что ухаживают за кожей лица чаще и качественней респондентов опытной группы. На появление акне могут повлиять также многие другие факторы. Например, 40% участников думают, что появление высыпаний на коже является результатом долгих стрессовых состояний; 72% респондентов с чистой кожей не связывают появления акне с употреблением лекарственных препаратов, в то время, как 12% респондентов с опытной группы считают, что причиной появления высыпаний на коже является прием лекарственных препаратов. По данным опроса, этиологией заболевания также является наследственность: 40% респондентов контрольной группы и 44% респондента опытной группы утверждают о наличии проблем с кожей у родителей, старших братьев и сестер. Вывод: На основе проведенного нами исследования среди студентов было установлено, что на одним из главных факторов возникновения акне является наследственность, а также длительный стресс, прием лекарственных препаратов, нерациональное питание и неправильный уход за кожей.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Бахриев Н.Р, резидент магистратуры 1 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: Муминов О.Б.

Цель: оценить особенности липидного обмена на фоне заместительной терапии L-тироксином у детей с врожденным гипотиреозом. Материалы и методы: Обследовано 40 детей с врожденным гипотиреозом в возрасте от 2 до 15 лет и 26 практически здоровые – контрольная группа. Определение общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) в сыворотке крови проводилось анализатором «Clima MC-15».. Значения ОХ ≥5,2 ммоль/л, ТГ≥1,1 ммоль/л (1,5 ммоль/л-для детей старше 12 лет), ХСЛПНП≥3,4 ммоль/л и ИА≥2,0 расценивались как высокие, а ХСЛПВП<0,9 ммоль/л как низкие. Исследование тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (св. Т4) в сыворотке крови проводилось иммунофлюоресцентным методом на оборудовании фирмы «Wallak». Результаты: все пациенты, включенные в исследование, получали заместительную терапию L-тироксином в течение не менее 1 месяца. Среди них в состоянии компенсации (ТТГ 0,4-4 мкЕД/л, св. Т4 9-22 пмоль/л) находились 20 детей (50%). У 9 пациентов (22,5%) выявлен субклинический гипотиреоз (ТТГ>4 мкЕД/л, св. Т4 9-22 пмоль/л), у 1 (2,5%)– манифестный гипотиреоз (ТТГ>4 мкЕД/л, св. Т4<9 пмоль/л), а у 10 (25%) субклинический тиреотоксикоз (ТТГ<0,4 мкЕД/л, св. Т4 9-22 пмоль/л). У пациентов в стадии субкомпенсированного гипотиреоза было отмечено увеличение уровня ТГ (p<0,001), ХСЛПНП (p=0,012) и ИА (p<0,001) по сравнению с контрольной группой, уровня ТГ (p=0,012) и ХСЛПОНП (p=0,029) по сравнению с субклиническим тиреотоксикозом, ИА (p=0,022) по сравнению со стадией компенсации (p=0,022). Уровень ХСЛПВП оказался статистически значимо снижен во всех группах больных врожденным гипотиреозом по сравнению с контролем и не различался в зависимости от состояния компенсации тиреоидной функции. Индивидуальный анализ показателей липидограммы выявил, что в стадию субклинического гипотиреоза статистически значимо увеличено число детей с высоким уровнем ХСЛПНП ($\chi2$=6,91; p=0,086), ИА ($\chi2$=4,83; p=0,027) по сравнению с компенсированной функцией и ТГ ($\chi2$=4,24; p=0,039) по сравнению с субклиническим тиреотоксикозом. Проведенный корреляционный анализ показателей липидограммы и гормонального статуса выявил между ними взаимосвязи в стадию субкомпенсированного гипотиреоза: ХСЛПНП (r=-0,81;p<0,001), ИА (r=-0,42; p=0,007) и св. Т4, а также ТГ и ТТГ (r=+0,36; p=0,021). Выводы: таким образом, наиболее выраженные изменения показателей липидного обмена атерогенной направленности у детей с врожденным гипотиреозом, получающих заместительную терапию L-тироксином, выявлены в стадии субклинического гипотиреоза.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, В ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОМ КОМПЛЕКСЕ ПРИ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Бахриев Н.Р., резидент магистратуры 1 курса эндокринологии СамМИ

Кафедра внутренние болезни №3 и эндокринологии (зав.курс.- к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель асс. Сабирова Д.Ш.

Цель работы: Оптимизировать гормональные показатели при резус-отрицательной беременности. Материалы и методы исследования: Обследовано 20 историй после родов резус-отрицательных женщин госпитализированных в клинике СамМИ. Изучено гормональная активность системы мать-плацента-плод, оценивалось по результатам соотношение уровней хориального гонадотропина, прогестерона и фракций эстрогенов в системе мать-плацента-плод в родах при физиологической и иммунологически несовместимой беременности но антигенам крови ЛВО и резус в различных вариантах их клинических проявлений. Результаты: Установлено, что выраженность и направленность изменений гормональной функции фето-плацентарного комплеса определяется тяжестью иммунного конфликта на механизмы гормоногенеза в фето-плацентарном комплексе, которые характеризуются нарушением метаболизма эстрогенов и прогестерона в организме плода, пораженного гемолитической болезнью, плацента в этих условиях сохраняет достаточную гормональную активность. Также, чрезмерное высокое содержание хориального гонадотропина и резкое снижение его в материнской крови являются признаком угрозы жизнедеятельности внутриутробного плода. Показана прогностическая значимость коэффициента отношения эстриола крови матери к билирубину околоплодных вод, позволяющего диагностировать гемолитическую болезнь плода и ее тяжесть в 91,7%

случаев. Выводы: Таким образом, клинические данные и результаты лабораторных исследований указывают на целесообразность определения стероидных гормонов и хориального гонадотропина в крови женщин для оценки антенатального состояния плода, применение метода комплексной терапии и профилактики изоиммунизации при резус-несовместимости беременности.

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГАЛОПЕРИДОЛА

Бахритдинов Т.Т., студент 501группы медицинского педагогического направлении,

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Каримов А.Х., ассистент кафедры психиатрии и наркологии АГМИ

Цель исследования. Изучить характер изменений клинических эффектов галоперидола у пациентов с обострением параноидной шизофрении при применении адъювантных средств и оценить перспективу оптимизации антипсихотической терапии на основе предложенных фармакологических стратегий. Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие пациенты, находившиеся на лечении в АОПНД. Набор пациентов проводился с 2010 по 2018 г. Включались пациенты с диагнозом параноидная шизофрения в соответствии с критериями МКБ-10 (ВОЗ, 1994), перенесившие обострение заболевания, с суммарной оценкой по шкале PANSS не менее 70 баллов. Всего на этапе предварительного отбора (пре-скрининга) было обследовано 426 пациентов, в отношении которых рассматривалась возможность участия в исследовании. У 211 из 426 пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Терапию в рамках исследования получали 207 пациентов (четыре пациента были исключены на этапе скрининга), из них 108 мужчин (52,2%) и 99 женщин (47,8%). Средний возраст пациентов составил 38,29±9,91 лет, средний возраст начала заболевания 25,37±6,47 лет. Результаты исследования. Полностью 6-недельное исследование завершили 82 пациента, 20 (19,6%) были исключены досрочно; 10-недельное исследование завершили 97 пациентов, 8 (7,6%) были исключены досрочно. По показателям преждевременного прекращения участия в исследовании значимых различий между группами не отмечено, за исключением более высокой частоты раннего (до 2-й недели) выбывания в связи с обострением симптоматики при адъювантном применении пароксетина (4 пациента) по сравнению с монотерапией галоперидолом и арипипразолом (в обеих группах - ни одного пациента, Хи-квадрат=3,87, p=0,049) в рамках 6-недельного исследования. Всем преждевременно выбывшим пациентам проводилась заключительная оценка, которая включалась в статистический анализ. Полученные результаты говорят о том, что при проведении купирующей терапии галоперидол превосходит арипипразол по скорости развития специфического терапевтического эффекта, и что адъювантное применение нифедипина не оказывает значимого влияния ни на скорость реализации, ни на выраженность антипсихотической активности галоперидола. Выводы. 1. Результаты проведенного клинического исследования свидетельствуют о повышении качества терапии обострения параноидной шизофрении при выборе адъювантных средств в соответствии с фармакологическими стратегиями оптимизации лечения, основанными на теоретических и экспериментальных данных. 2. Средства адъювантной терапии оказывают модулирующее воздействие на эффективность галоперидола при лечении обострения параноидной шизофрении.

БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ В ИНВОЛЮЦИОННОМ И ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Бахритдинов Т.Т.,студент 501-группы медицинского педагогического навправлении

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Каримов А.Х., ассистент кафедры психиатрии и наркологии АГМИ

Цель исследования: Описание ближайших (на протяжении одного года) исходов поздних депрессивных состояний, а также факторов, влияющих на их клинику и особенности динамики. Материал и метод исследования. Материал исследования составляет 60 человек, в том числе 25 мужчин и 35 женщин. Средний возраст больных составил 62,9 ± 6,53 года. Все эти больные составили когорту, прослеженную на протяжении ближайшего года после купирования депрессивного приступа. Результаты исследования. В ходе анализа полученных нами данных по исходам депрессии согласно методологии F. Post было установлено, что у больных, включенных в когорту, через год после перенесенного индекс-эпизода были зарегистрированы все основные клинические типы исходов, кроме случаев смерти. У 22 больных (36,7%) состояние в течение года определялось ремиссией, причем в большинстве из этих случаев (16 больных, 26,7%) ремиссии были высокого качества (полная ремиссия), а у остальных больных в ремиссиях выявились резидуальные расстройства. Наиболее часто, однако, в течение первого года катамнеза у больных наблюдались рецидивы заболевания, чаще в форме эпизодов депрессии (29 больных, 48,3%) и в виде маний (4 больных). Другие виды исходов депрессии (хронификация, когнитивное снижение) встречались в единичных наблюдениях. Таким образом, у больных, перенесших в позднем возрасте депрессию, уже на первом году наблюдения в течении болезни преобладают негативные тенденции, что подтверждает данные зарубежных авторов. Однако следует подчеркнуть, что между нашими результатами и этими данными имеются существенные различия. Они обусловлены тем, что в нашу когорту включались больные независимо от возраста начала заболевания, в то и время как в исследования T. Turna и H. Jhingan et al., включались лишь больные, впервые заболевшие в позднем возрасте. Это предположение подтверждают полученные нами данные о влиянии общей длительности заболевания на частоту рецидивов в позднем возрасте - было показано, что риск возникновения рецидива на протяжении первого года катамнеза возрастает с увеличением длительности болезни. Так, удалось показать, что тревожный тип депрессивного расстройства связан с высокой вероятностью сохраняющегося в дальнейшем когнитивного снижения; возникновение индекс-эпизода в возрасте 70 лет и старше связано с пессимистическим прогнозом (ни в одном подобном случае не наблюдалось развития полной ремиссии); маниакальная фаза в период катамнеза развивались лишь у пациентов с давностью заболевания более 6 лет и только у мужчин. Удалось показать также, что наличие семейной отягощенности аффективными заболеваниями повышает вероятность неблагоприятного исхода. Вывод. Таким образом, при лечении депрессии в позднем возрасте используются практически все основные классы психотропных средств и препараты из современного арсенала, а также препараты нейрометаболического действия. Вместе с тем существует определенная избирательность использования отдельных препаратов, обусловленная возрастными особенностями (с увеличением возраста пациентов происходит снижение средних суточных доз препаратов, предпочтение отдается назначению новых, последнего поколения препаратам). При этом проводимая терапия депрессивных больных носила преимущественно комбинированный характер, вопреки существующим в общей геронтологии рекомендациям проводить лечение пациентов позднего возраста минимальным числом одновременно назначаемых препаратов.

АНАЛИЗ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бегмуродова Ю. И. – студентка факультета высшего сестринского дела

Кафедра социальной медицины и общей гигиены (зав. кафедрой:D.Ph. Аминов З.З.) СамМИ

Научный руководитель асс. Баратова Р.Ш.

Лечебно-профилактическими учреждениями являются больницы, поликлиники, амбулатории, женские и детские консультации, родильные дома, диспансеры, фельдшерско-акушерские пункты, медико-санитарные части, санаторно-курортные учреждения (санэпидцентры, противомалярные, противочумные, дезинфекционные станции) и др. Эти учреждения призваны выполнять эффективные мероприятия по снижению заболеваемости и укреплению здоровья населения путем организации высококвалифицированной специализированной медицинской помощи на базе новейших научных достижений в области лечения, диагностики и профилактики заболеваний.Лечебно-профилактические учреждении должны быть образцовыми в гигиеническом отношении, чтобы обеспечить пациентам лечебно-охранительный режим, основанный на максимальном физическом и психическом покое

предупреждающий передачу внутрибольничных инфекций, облегчающий уход за больными и их обслуживание, делающий ЛПУ школой гигиенических навыков для пациентов.Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения. Внутрибольничные инфекции не просто определяют дополнительную заболеваемость: они увеличивают продолжительность лечения и проводят к возрастанию расходов на госпитализацию, вызывают долговременные физические и неврологические осложнения, нарушения развития, нередко приводят к гибели пациентов. Цель исследования: Проанализировать заболеваемость внутрибольничной инфекции за первый квартал 2019 года и определить структуру заболевших этой инфекцией. Материалы и методы: Материал был собран на основе полученных экстренных извещений о внутрибольничной инфекции (ф.№058/у), отравленных в Самаркандский областной Центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Результаты: Нами были проанализированы 14 экстренных извещений. Извещения по месту жительства больных составили 9 (64,3%) сельских жителей и 5 (35,7%) – городские жители соответственно. Структура по возрасту составила: дети 0-5 лет – 6 больных (42,8%) и 13 лет и старше – 8 (57,2%). Из 14 извещений 7 (50%) поступили из отделений хирургического профиля, 7 (50%) извещений из учреждений родовспоможения из них рожениц 1 (7,2%), новорожденных 6 (42%). Выводы: Профилактика внутрибольничной инфекции – вопрос комплексный и многогранный. В лечебно-профилактических учреждениях независимо от профиля необходимо свести к минимуму возможность заноса инфекции за пределы лечебно-профилактических учреждениях. Каждое из направлений профилактики внутрибольничной инфекции предусматривает санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия для предотвращения того или иного пути передачи инфекционного агента внутри стационара. Эффективность борьбы с внутрибольничной инфекции определяется планировкой лечебно-профилактических учреждений в соответствии с последними научными достижениями, современным оснащениям и строгим соблюдением противоэпидемического режима на всех этапах обслуживания больных.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ БИОГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОЧЕТАННОГО С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Безрук Т.А.

Кафедра внутренней медицины и инфекционных болезней БГМУ (зав. каф. – профессор Федив А.И.)

Научный руководитель профессор Волошин А.И.

Цель работы: Оптимизировать лечение хронического пиелонефрита (ХП) сочетанного с патологией гастродуоденальной и гепатобилиарной систем. Материал и методы исследования: Обследовано и проведено лечение 94 пациентов: больные ХП с сопутствующими поражениями желудочно-кишечного тракта (72 человек), больные ХП без сопутствующих поражений пищеварительной (22 человека). В зависимости от возраста пациентов, показателей, полученных при обследовании больного и течения ХП назначали препараты этиотропной и патогенетической терапии (в соответствии с Приказом МЗ Украины №593 от 12.12.2004 г. Об утверждении протоколов предоставления медпомощи по специальности «Нефрология») и дополнительно пыльцу цветочную и / или фармакологический препарат на основе комплекса природных небелковых низкомолекулярных органических соединений негормонального происхождения, полученных из животной эмбриональной ткани (гликопептиды, пептиды, нуклеотиды, аминокислоты). В группе сравнения было 30 больных ХП, получавших лечение согласно вышеуказанного стандарта. Контрольная группа (контроль лабораторных показателей) с практически здоровых лиц включала 12 человек. Пациентам молодого возраста и при анемическом и отечном вариантах течения ХП назначали кроме базовой терапии пыльцу цветочную (bienen pollen) в дозировке (250 мг / кг массы тела или 1 столовая ложка пыльцы цветочной растворяется в 50 мл теплой воды) два раза в день (за 30 мин. до еды), в течение 2,5-4 недель. При достижении состояния неполной клинической ремиссии начинают курс поддерживающей терапии: 1 чайная ложка пыльцы цветочной (80 мг / кг массы) один-два раза в день в том же временном регламенте, в течение 4-8 недель. Пациентам старших возрастных групп (60 лет и выше) продолжительность курса поддерживающей терапии цветочной пыльцой может быть увеличена вдвое. У пациентов зрелого и пожилого возраста, при наличии значительных иммунологических нарушений сопутствующей патологии со стороны гастродуоденальной и гепатобилиарной систем в комплекс патогенетической терапии дополнительно назначали фармакологический препарат на основе комплекса природных небелковых низкомолекулярных органических соединений негормонального происхождения, полученных из животной эмбриональной ткани (гликопептиды, пептиды, нуклеотиды, аминокислоты) в стандартной дозировке (по 2 мл в/м во второй половине дня) через 2-3 часа после приема пищи, в течении 20 дней (при умеренных) и 30 суток (при значительных нарушениях). Результаты: Установлено, что на этапе стартовой терапии (в течение месяца) стационарно или в амбулаторно-поликлинических условиях ускоряется регресс симптомов основного и коморбидных заболеваний системы пищеварения на 3-5 сутки и время наступления неполной клинической ремиссии - 4-6 суток (у пациентов молодого возраста и при длительности заболевания до 5 лет - 6-7 суток) на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения увеличивается продолжительность клинической ремиссии на 1,5-2 месяца и снижается частота рецидивов в 1,4-1,7 раза. Выводы: Таким образом, дифференцированное применение биогенных препаратов в лечении хронического пиелонефрита сочетанного с патологией желудочно-кишечного тракта приводит к ускорению регресса симптомов основного и коморбидных заболеваний и времени наступления состояния неполной клинической ремиссии; способствует удлинению продолжительности ремиссии и снижению частоты рецидивов заболеваний желудочно-кишечного тракта в течение года.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Бекмирзаев Т. студент 618 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: асс. Исламова К.А.

Цель работы: Изучение клинических признаков хронической сердечной недостаточности в зависимости от причин развития. Материал и методы: Под наблюдением находились 44 больных: 28 (63,6%)-женщин, 16 (36,4%) – мужчин. Возраст больных составил 36-65 лет (в среднем – 50,1±1,3 лет), продолжительность заболевания – от 6 до 30 лет (в среднем – 12,5±0,5 лет). У 25 (56,8%) больных причиной ХСН явились ревматические пороки сердца, у 7 (15,9%) –кардиомиопатия, у 12 (27,2%) гипертоническая болезнь. ХСНI стадии выявлено у 2 (4,5%), II А стадии 29 (65,9%), II Б стадии 12(27,2%), IIIстадии 1(2,2%). Результаты: В клинике ХСН у больных с ревматическими пороками сердца наблюдались следующие признаки: одышка (у 27 больных, 93,1%), тахикардия (у 20 больных 68,9%), влажные хрипы в легких (у 27 больных, 93,1%), акцент II тона на a.pulmonalis (у 15 больных, 51,7%), выбухание шейных вен (у 11 больных, 37,9%), отеки на ногах (у 23 больных, 79,3%), гепатомегалия (у 23 больных, 79,3%).На ЭКГ выявлены признаки отклонения ЭОС влево (у 29 больных, 100%),полная блокада левой ножки пучка Гиса (у 20 больных, 68,9%),хроническая коронарная недостаточность (у 11 больных, 37,9%), на ЭхоКГ - диастолическая дисфункция ЛЖ (у 20 больных, 68,9%), дилятация ЛЖ (у 20 больных, 68,9%), стеноз устья МК (у 18 больных, 62%), недостаточность МК (у 29 больных, 100%). В клинике ХСН у больных с кардиомиопатией был характерен: одышка (у 7 больных, 100%), тахикардия (у 4 больных 57,1%), влажные хрипы в легких (у 5 больных, 74,4%), акцент II тона на a.pulmonalis (у 3 больных, 42,8%), выбухание шейных вен (у 1 больного, 14,2%), отеки на ногах (у 5 больных, 71,4%), гепатомегалия (у 2 больных, 28,5%). На ЭКГ определены гипертрофия ПЖ и ЛЖ (у 5 больных, 74,4%), неполная блокада левой ножки пучка Гиса (у 4 больных, 57,1%), хроническая коронарная недостаточность (у 7 больных, 100%), на ЭхоКГ - диастолическая дисфункция ЛЖ (у 6 больных, 85,7%), систолическая дисфункция ЛЖ (у 1 больных, 14,2%), гипертрофия ЛЖ и межжелудочковой перегородки (у 4 больных, 57,1%), В клинике ХСН у больных с гипертонической болезни наблюдались следующие признаки: одышка (у 10 больных, 83,3%), тахикардия (у 9 больных 75%),влажные хрипы в легких (у 10 больных, 83,3%), акцент II тона на a.pulmonalis (у 6 больных, 50%), выбухание шейных вен (у 1 больного, 8,3%), отеки на ногах (у 2 больных, 16,6%), гепатомегалия (у 2 больных, 16,6%, на ЭКГопределены признаки отклонения ЭОС влево (у 10 больных, 83,3%), признаки гипертрофии ЛЖ(у 12 больных, 100%), неполная блокада левой ножки пучка Гиса (у 9 больных, 75%), хроническая коронарная недостаточность (у 2 больных, 16,6%), на ЭхоКГ- систолическая дисфункция ЛЖ (у 8 больных, 66,6%), гипертрофия ЛЖ (у 12 больных, 100%). Выводы: Таким образом, у больных с ревматическимипороками сердца часто имеет место диастолическая дисфункция ЛЖ,

которая происходит при нарушение его наполнения и перегрузке. ХСН при гипертрофической кардиомиопатии характеризуется систолической дисфункцией ЛЖ связанное перегрузкой и давлением, а при дилятационной кардиомиопатии увеличение полостей сердца и нарушение наполнения желудочков приводит к диастолической дисфункцией ЛЖ. ХСН у больных с ГБ наблюдается систолическая дисфункцией ЛЖ, которая связанно с перегрузкой и давлением.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Бердиева Д.У., студентка 416 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Проблема диагностики головокружений в современном мире не теряет своей актуальности. Развитие современных методов исследования позволяет с большей точностью выявлять причину кохлеовестибулярных нарушений. В настоящее время доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) считается наиболее частой причиной головокружения, и составляет по данным различных авторов от 17 до 35% всех периферических вестибулярных головокружений. Цель исследования: определить диагностическую значимость комплексного обследования больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями. Материалы и методы: Нами проведено комплексное обследование больных с жалобами на приступы системного головокружения, шум в ушах и снижение слуха. Всем больным проводилось общеклиническое и комплексное отоневрологическое исследование с применением аудиометрических, вестибулометрических и дегидратационных тестов (ДТ), экстратимпанальной электрокохлеографией (ЭКоГ). Для выявления ДППГ выполняли пробу Дикса-Холпайка. Результаты исследования: Проведено обследование 65 больных в возрасте от 26 до 63 лет с периферическим кохлеовестибулярным синдромом. Гидропс лабиринта по данным оценки ЭКоГ и ДТ выявлен у 53 больных. Левосторонний – 28 больных, правосторонний – 19 больных, двусторонний – 6 больных. Из них ДППГ диагностировано у 15 больных. При обследовании и проведении тестов для выявления локализации перемещающихся частиц в полукружных каналах обнаружен каналолитиаз левого заднего полукружного канала у 8 пациентов, правого заднего полукружного канала – у 5 пациентов, левого горизонтального канала – у 2 пациента. На первом этапе всем больным проводился реабилитационный маневр для позиционирования частиц, приводящих к ДППГ. Терапия гидропса включала соблюдение диеты, дегидратацию и использование Бетасерка в дозе 24 мг два раза в день и Танакана в дозе 40 мг три раза в день. Длительность терапии подбиралась индивидуально. Дополнительно проводилась терапия сопряженных заболеваний. При необходимости реабилитационный маневр выполнялся повторно на фоне продолжающейся терапии. У всех пациентов удалось добиться улучшения состояния с купированием вестибулярных симптомов. Выводы: Таким образом, комплексное обследование больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями, позволяет выявлять сочетанные поражения внутреннего уха.

СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

Бердикулов О. студент 628-группы лечебного факультета СамМИ, Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренные болезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

В нашей стране около 60% пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и/или острым инфарктом миокарда (ОИМ) погибают на догоспитальном этапе, что делает важным и актуальным изучение этих состояний. Цель исследования. Анализ нозологической структуры больных с ОКС/ОИМ, включенных в регистр РОКСИМ-Уз, и изучение трансформаций этих диагнозов по исходу заболевания. Материал исследования. Обработанные в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ ОИМ анкетные данные пациентов, госпитализированных стационаре или умерших от этой патологии. В Регистр включены данные 447 больных, в том числе 197 умерших и 250 госпитализированных с подозрением на ОКС/ОИМ в соответствующие стационары. Результаты. Наибольшая частота встречаемости ОКС/ОИМ приходится на больных старше 50 лет (83%) и мужского пола, при этом у мужчин превалировали перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и перенесенный инсульт. Суммарный удельный вес ОКС/ОИМ на догоспитальном этапе составил 53,9%, из которых ОКС с ST-элевацией составил 8,1%. Наиболее распространенные факторы риска – артериальная гипертензия (81%), избыточный вес (37%) и курение у мужчин (23%). На стационарном этапе ОКС с подъемом ST в 46% случаев трансформировался в ОИМ с зубцом Q, а ОКС без подъема сегмента ST в 66,7% случаев переходил в стабильную стенокардию напряжения и в 27,7% случаев – в ОИМ с/без зубца Q. Нестабильная стенокардия в 8,1% случаев трансформировалась в ОИМ без зубца Q и в 2% – в ОИМ с зубцом Q. Выводы: Наибольшая частота встречаемости ОКС/ ОИМ приходится на возрастную категорию старше 50 лет (83%) и на представителей мужского пола. Гендерная характеристика патологических состояний свидетельствовала о превалировании у мужчин нозологий – перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и перенесенный инсульт. Суммарный удельный вес ОКС/ОИМ на догоспитальном этапе составил 53,9%, при этом ОКС с ST-элевацией составил 8,1%. Наиболее распространенными факторами риска явились АГ (81%), избыточный вес и ожирение (37%), курение у мужчин (23%), при этом количество больных с индексом Кетле > 30 кг/м^2 в нашем исследовании РОКСИМ-Уз превышало аналогичный показатель других исследований. На стационарном этапе ОКС с подъемом ST в 46% случаев трансформировался в ОИМ с зубцом Q, а ОКС без подъема сегмента ST в 66,7% случаев переходил в стабильную стенокардию напряжения и в 27,7% случаев – в ОИМ с зубцом Q (11%) и ОИМ без зубца Q (16,7%). Нестабильная стенокардия в 8,1% случаев трансформировалась в ОИМ без зубца Q и в 2% – в ОИМ с зубцом Q

АКТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ВУЗУ

Бобоев Б.Н.– 205П, Боймуродов И.К.-206 П, Сайдалиев Ш.Ш.-204 П.

Хатлонский Государственный медицинский университет, Таджикистан.

Кафедра фармакологии и микробиологии

Научный руководитель- к.м.н. Б.И.Исоева

Цель исследования. Выявление психо-эмоционального напряжения в период адаптации к условиям обучения в вузе у студентов Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ). Материал и методы исследования. Было определено психо-эмоциональное напряжение студентов Хатлонского государственного медицинского университета с помощью опросника.В нашем исследовании приняли участие 60 студентов (38 мужчин и 22 женщин) двух факультетов (25-стоматологический, 35-лечебный). Возраст участников варьировал от 18 до 23 лет. Результаты исследования. В результате 51% студентов отмечали ухудшение самочувствия; причем 33% - умеренное его снижение; а 18% оценили свое самочувствие как неблагополучное. 60% студентов указывали на снижение активности: 40% - умеренное, а 20% -значительное. Снижение настроения отмечали 37% студентов, причем 15% -значительное. Эмоциональный фон (СО) у 61% студентов находился в пределах аутогенной нормы. У 39% выявлены нарушения эмоционального состояния: перевозбуждение (17%) и психологическое напряжение (22%), которые могут не нарушать процесс обучения, но свидетельствуют о необходимости психологической помощи. У половины студентов вегетативный коэффициент (ВК) соответствовал оптимальной работоспособности, характеризующейся бодростью, отсутствием усталости, адекватной реакцией на нагрузки. Однако другая половина студентов уже в начале учебного года имела снижение работоспособности и попадала в «группу риска» по адаптации. Так, 35% студентов имели состояние компенсаторной усталости, состояние хронической усталости выявлено у 12%. Это переутомление, низкая работоспособность, плохое самочувствие. Выводы. Таким образом, наиболее выраженные нарушения выявлены по шкалам «самочувствие» и «активность», что свидетельствует о состоянии усталости у половины опрошенных студентов. У пятой части студентов диагностировано состояние хронической усталости. Результаты показали, что уже в начале учебного года

половина обследованных студентов имели сниженные адаптационные резервы организма. Пятая часть студентов нуждались в дополнительном углубленном обследовании и профессиональной помощи медиков и психологов Состояние перевозбуждения, как результат работы на пределе возможностей, выявлено у 3%.,которым необходима нормализация режима труда и отдыха и снижение нагрузок.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДИНАМИКЕ

Бобоёров Ж.С., студент 314 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.каф.-к.м.н.Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель ассистент кафедры Бекмурадова М.С.

Цель: оценить динамику уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) в сыворотке крови, до и после лечения при декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Материалы и методы: Объектом исследования явились 18 женщин и 25 мужчин с клиническими признаками ХСН в возрасте 49-68 лет, находившихся под наблюдением в отделении кардиологии Клиники СамМИ № 1. В исследование были включены лица с. клиническими признаками ХСН функционального класса II, III по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Комплексное обследование пациентов включало: сбор и анализ жалоб и анамнестических данных,клинический осмотр,проведение общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований :стандартная ЭКГ; допплер-ЭхоКГ;24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ; рентгенография органов грудной клетки. Всем больным было проведено анализ определения мозгового натрийуретического пептида в сыворотки крови с помощью иммуноферментного анализа. Эхокардиографическую оценку систолической функции левого желудочка проводили по вычислению фракции выброса (ФВ).У всех пациентов при поступлении на первый визит (Визит1), и на второй визит (Визит2) после 18-20 день после первого визита определялся уровень МНУП в сыворотке крови. Референсные значения МНУП составляли: 0 - 80 пг/мл для лиц в возрасте до 60 лет и 0 - 100 пг/мл для лиц в возрасте старше 60 лет. Группы сравнивались с использованием стандартных статистических методов, различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты: исследование включено 43 пациентов с декомпенсацией ХСН. Обследованные нами больные были разделены на две группы. Первую группу составили больные с явными признаками ХСН такими как – одышка, утомляемость, отеки и сердцебиение, до лечения. Вторая группа включала в себя тех же больных с признаками ХСН после стандартного лечения, через 18-20дней после 1-го визита. Анализ данных проведенного обследования показал, что в первой группе уровень BNP составил 251,68±305,78 пг/мл. Во второй группе (на Визите 2) отмечалось уменшение концентрации BNP, и составило-158,69±225,29 пг/мл. Статистически значимая динамика уровня МНУП отмечалась при парном сравнении Визит1-Визит2 в обеих клинических группах. К настоящему времени установлено, что циркулирующий уровень МНУП отражают тяжесть и стадию ХСН, обладают высокой диагностической и прогностической ценностью для пациентов с клиническими признаками ХСН независимо от ее этиологической принадлежности и состояния контрактильной способности миокарда левого желудочка. Выводы: При стандартной терапии декомпенсации ХСНи различной этиологии в течение 18-20 дней отмечался достоверное снижение уровня МНУП сыворотки крови. Определение в плазме крови МНУП используется для ранней, тоесть доклинической диагностики ХСН, для оценки прогноза ХСН, дифференциального диагноза одышки от ИБС, и других симптомов, определения степени выраженности заболевания, а также для мониторирования эффективности терапии ХСН.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TLR 4 Asp299Gly С РАЗВИТИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Богодухова Е.С. ассистент кафедры туберкулеза, ФГБОУ ВО ЧГМА

Кафедра туберкулеза (зав. каф. – к.м.н., доцент Байке Е.Е.

Научный руководитель к.м.н., доцент Байке Е.Е.

Цель исследования – сравнить частоту аллелей и генотипов генетического полиморфизма гена TLR 4 Asp299Gly среди относительно здоровых лиц и у больных туберкулезом органов дыхания в Забайкальском крае. Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов в возрасте 42,5+3,3 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении терапии ГУЗ «Забайкальского Краевого Клинического Фтизиопульмонологического центра», с диагнозом туберкулеза органов дыхания. Контрольную группу составили 30 лиц в возрасте 38,5+3,5 лет, считающих себя относительно здоровыми и не имеющих на момент исследования патологии легких. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов периферической венозной крови. Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарном геле с добавлением бромистого этидия с ультрафиолетовой детекцией. В работе использовались стандартные наборы для исследуемых SNP научно-производственной фирмы «Литех» (Москва). Для оценки соответствия распределений наблюдаемых генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга и для сравнения распределений частот генотипов и аллелей в двух субпопуляциях использовали критерий $\chi 2$. Статистическая обработка данных проводилась с использованием on-line калькулятора. Результаты исследования. В результате нашего исследования обнаружены все искомые мутации в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харди-Вайнберга ($p>0,05$). Полиморфизм TLR4 Asp299Gly в контрольной группе здоровых лиц встречался с частотой в генотипах: TLR4 Asp/Gly – 96,7%, TLR4 Asp/Gly – 3,3%, TLR4 Gly/Gly – 0% и аллельным распределением: TLR4-299Asp – 0,98; TLR4-299Gly –0,01 В группе больных туберкулезом частота генотипов была следующая: TLR4 Asp/Gly – 75,8%, TLR4 Asp/Gly – 21,7%, TLR4 Asp/Gly – 2,5%, аллелей: TLR4-299Asp – 0,87; TLR4-299Asp – 0,12. При сравнении между группами нами отмечено, что у больных туберкулезом, более часто встречался генотип TLR4-299Asp/Gly (в клинической группе – 21,7%, в контрольной – 3,3% ($\chi 2=5,273$; $p=0,009$) с увеличением риска развития заболевания у носителей данного генотипа в 9,24 раза (CI 95%: 1,205-70,851), а обладателей TLR4-299Gly/Gly – в 0,10 раза (CI 95%: 0,014-0,830). Кроме этого, среди здоровых реципиентов не выявлено ни одной мутантной гомозиготы. Таким образом, расчет отношения шансов выявил значительную ассоциацию генотипа Asp/Gly с туберкулезом органов дыхания. Это дает основание предполагать, что мутантная аллель Gly, особенно в гетерозиготном состоянии маркирует повышенный риск развития туберкулеза. Выводы. В результате исследования в наблюдаемых группах выявлены все аллели полиморфизма TLR 4 (Asp299Gly) в гомо- и гетерозиготном состоянии. В сравнении с контрольной группой у больных туберкулезом в Забайкальском крае отмечено частое носительство генотипа TLR 4-299Asp/Gly и аллеля TLR 4 299Gly с увеличением риска развития заболевания до 8,11 раз ($p=0,002$). Таким образом, анализируя результаты, мы предполагаем, что генотип Asp/Gly является существенным предикторным фактором болезни, и проведение более масштабного исследования, возможно, позволит включить исследование полиморфизма гена TLR 4 в диагностические протоколы, как генетический маркер туберкулеза органов дыхания.

ЦВЕТОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕВУШЕК-ВОЛЕЙБОЛИСТОК

Бодалева В.С., студентка 402 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра медицинской реабилитологии и спортивной медицины (зав.каф.–к.м.н. Брындин В.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Брындин В.В.

Цель работы: осуществить коррекцию психоэмоционального фона девушек, занимающихся волейболом, физиотерапевтическим методом цветолечения. Материалы и методы: в исследовании участвовали представительницы сборных команд ВУЗов г. Ижевска (Удмуртия, Россия) по волейболу в возрасте от 18 до 24 лет со спортивным стажем 7-8 лет, не имеющих разрядов. Исследование проводилось в одно и то же время суток, в утренние часы, в соревновательный период. Для оценки состояния психоэмоционального статуса было использовано тестирование с помощью опросников для количественной оценки изучаемых признаков: 1. Опросник интегративного теста тревожности (ИТТ (СТ-С)) для определения ситуативной тревожности (авторы: д.м.н., проф. Л.И. Вассерман, к.пс.н. А.П. Бизюк, к.пс.н. Б.В. Иовлев); 2. Опросник уровня невротизации (авторы: Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс); 3. Опросник уровня депрессии Цунга (адаптирован Т.И. Балашовой); 4. Шкала астенического состояния (автор: Л.Д. Малкова,

адаптирована Т.Г. Чертовой). Коррекция психологического фона проводилась с применением цветофильтров физиотерапевтического прибора «БИОПТРОН» компании «Zepter» (Швейцария) по программе «Душевное равновесие»: 1. Фиолетовый фильтр для правой и левой стопы по 1 минуте. 2. Фиолетовый фильтр для шеи и середины затылка по 2 минуты. 3. Желтый фильтр для правой и левой стопы по 1 минуте. 4. Зеленый фильтр для солнечного сплетения в течение 1 минуты. Для статистического подтверждения проводимого исследования были использованы пакеты статистических программ «Statistica» и «BioStat» для «Windows». Результаты: До проведения коррекции низкие уровни таких составляющих ситуативной тревожности, как общая тревожность были выявлены у 40% исследуемых, эмоциональный дискомфорт у 60%, астенический компонент тревожности у 53%, фобический компонент у 73%, тревожная оценка перспективы у 33%, уровень социальной защиты у 60%. Нормальный уровень анализируемых показателей выявлен у 40%, 7%, 33%, 20%, 40%, 27%; высокий у 20%, 33%, 14%, 7%, 27%, 13%, соответственно. После цветолечения распределение спортсменок по уровням выраженности компонентов ситуативной тревожности выглядело следующим образом: низкий уровень – 87%, 100%, 87%, 80%, 73%, 87%; нормальный уровень – 13%, 0%, 23%, 20%, 20%, 6,5%; высокий уровень – 0%, 0%, 0%, 0%, 7%, 6,5%, соответственно. По уровню невротизации спортсменки распределились следующим образом. До цветокоррекции у 14% выявлен неопределенный уровень, пониженный уровень у 13%, низкий уровень у 33%, очень низкий уровень у 40%. После использования цветофильтров неопределеный и пониженный уровни снизились до 6% и 7%, а низкий и очень низкий уровни повысились до 40% и 47%. По уровню депрессии в исследуемой группе девушек-волейболисток депрессия отсутствовала у 87%, легкая депрессия выявлена у 13% исследуемых. При проведении терапии отсутствие депрессии составило 100%. При исследовании астенического состояния отсутствие астении составило 93%, слабый уровень астении 7% как до, так и после проведенной цветокоррекции. Статистическая достоверность результатов была обнаружена во всех группах сравнения ($p < 0,05$). Выводы: таким образом установлено, что применение физиотерапевтического метода цветолечения способно в значительной степени улучшить показатели психоэмоционального состояния спортсменов, в частности, представительниц волейбола и, соответственно, повысить их устойчивость к эмоциональным нагрузкам (тренировкам и соревнованиям).

ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ IIТИПА

Бойко А. О., студентка 3 курса 47 группы лечебного факультета

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины

Кафедра пропедевтики внутренней медицины и фтизиатрии (заведующий кафедры доктор медицинских наук, профессор Андрейчин С. Н.)

Научный руководитель –канд. мед. наук, доцент Верещагина Наталия Ярославовна Сахарный диабет (СД) - современная проблема мирового уровня, которая становится тяжелым человеческим и социально-экономическим бременем для большинства стран. Болезнь вызывает высокий риск поражений сосудов, что приводит к возникновению инсульта, инфаркта миокарда (ИМ), сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и относится к причинам, которые способствуют росту инвалидности и смертности людей трудоспособного возраста. Цель работы: исследовать индекс массы тела (ИМТ) и показатели липидограммы: липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ) у больных СД II типа в зависимости от длительности заболевания и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. Материалы и методы исследования: Мы проанализировали стационарные карты 30 больных сахарным диабетом 2 типа, которые лечились в терапевтическом отделении КНП "Тернопольская коммунальная городская больница №2". Среди обследованных было 18 мужчин (60%) и 12 женщин (40%), в возрасте от 34 до 69 лет. В зависимости от длительности заболевания, стационарные карты больных были разделены на 3 группы: первая -продолжительность СД II типа до 5 лет (n = 6), вторая группа - от 6 до 10 лет (n = 16), 3-я группа -более 11 лет (n = 8). Результаты: ИМТ у больных первой группы составил 26.5, что свидетельствовало о избыточной массе тела. У пациентов 2-й группы в соответствии 33,99 (ожирение 2 степени). В третьей группе ИМТ составлял 28 (ожирение 1 степени). Анализ липидограммы у наших пациентов обнаружил значительный рост ТР и снижение ЛПВП у больных с наиболее длительным течением СД II типа (3 группа), а более выраженное повышение ЛПНП отмечалось у больных с длительностью СД от 6 до 10 лет. Анализируя показатели АД в группах больных мы обнаружили наиболее высокие цифры гипертензии у пациентов II группы. У больных III группы наблюдались выраженные изменения на ЭКГ, нарушения ритма, проводимости. В 2-х больных III группы по изменениям ЭКГ был диагностирован инфаркт миокарда в анамнезе. Выводы: У больных СД II типа с высоким уровнем ИМТ (ожирение 2 ст) наблюдаются более высокие показатели АД и ЛПНП. У больных с длительным (более 11 лет) течением СД II типа отмечается рост уровня ТГ и более выраженные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ несмотря на снижение показателей АД.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ

Боймуродов А.О.,студент 615 группы педиатрического факультета СамМИ.

Курс гематологии (зав. курс.- доцент, к.м.н. Дадажанов У. Д.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н .Дадажанов У. Д.

Цель работы: Профилактика и лечение цитостатической миокардиодистрофии у больных с острым миелобластным лейкозом. Под нашим наблюдением находились на стандартном лечении в гематологическим центре г. Самарканда 18 больных с острым миелобластным лейкозом. В возрасте от 18 до 45 лет. Мужчин 14 и женщин 4. Материал и методы исследования:Применяемые при программном лечении острых лейкозов многие цитостатические препараты и в первую очередь антрациклиновые антибиотики (адриамицин, доксарубицин, даунорубицин, рубомицин, доксолем и др.). Кардиотоксическим эффектом обладают целый ряд цитостатических препаратов – циклофосфан, вепезид, винкистин).Учитывая возможность развития кардиотоксичности обусловленной активацией перекисного окисления липидов, ингибированием карнитин зависимого β-окисления жирных кислот, внутриклеточным захватом кальция митохондриями всем больным с целью профилактики кардиопатии. Результаты:Всем больным с ОМЛ (острым миелобластным лейкозом) после ЭКГ исследования перед началом курса и очередным курсом и на фоне химиотерапии нами назначено капельное внутривенное введение 2% раствора 10 мл рибоксина в течение 10-14 дней. При выявлении признаков хронической сердечной недостаточности 3 больным дополнительно назначили коргликон, панангин, а для ликвидации отеков- лазикс через день под контролем суточного диуреза. Для усиление отрицательного инотропного эффекта назначили финоптин. Выводы: Таким образом, как показали наши исследования у больных с острым миелобластным лейкозом введение рибоксина даёт возможность предупреждать развитие кардиотоксического эффекта цитостатиков.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОКРИТА ПРИ АНЕМИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Боймуродов А.О.,студент 615 группы педиатрического факультета СамМИ.

Курс гематологии (зав. курс.- доцент, к.м.н. Дадажанов У. Д.)

Научный руководитель доцент, к.м.н.Дадажанов У. Д.

Цель работы: Установить диагностические значение определения гематокрита (Ht) при анемии у больных с ХСН. Материал и методы исследования:Снижение гемоглобина при сердечно- сосудистых заболеваниях, как правило двумя типами анемией: микроцитарной и нормоцитарной. Микроцитарная анемия предпологает железодефицит, связанный с явной или скрытой кровопотерей.Причинами кровотечений могут быть острые эрозии и язвы верхних отделов ЖКТ при системной атеросклерозе, а также ульцерогенный эффект и нарушения гемостаза при приеме антитромботических препаратов. Причинами развития анемии при ХСН (хронической сердечной недостаточности) могут быть нарушения эритропоэза и гемодилюция. Основную роль в патогенезе анемии при ХСН играет нарушение почечной перфузии и снижение выработки эритропоэтина.Нами бщегематологическими, биохимическими, инструментальными (ЭКГ, ФКГ,ЭФГДС) исследованиями изучено анемия у 22 больных в возрасте от 20 до 72 лет. Из них мужчин 12 и женщин 10. Состояние системы крови в динамике: при поступлении и при выписке. Контролем служили больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы без хронической сердечной недостаточности. Результаты: Установлено, что у всех больных с ХСН имело место “ложная” анемия вследствие массивных отеков – гидремии. “Ложная” анемия установлена при определении гематокрита. Учитывая то что, при ХСН происходит активация

ренин- ангиотензин- альдостероновой системы; это приводит к увеличению реабсорсорбции натрия и воды в дистальных канальцах почек, и, как следствие, повышению объёме циркулирующей плазмы всем больным до антианемического лечения назначены мочегонные, строфантин, ограничено прием жидкости и соли. После проведенного такого лечения было определено гематокрит и лишь после этого проведено лечение препаратами эритропоэтина: Эспоген 2000 МЕ каждые 3 дня всего 6 инъекции, мальтофер 5,0 в/в на физрастворе № 10. Выводы: Таким образом, больным с анемией при хронической сердечной недостаточности путем определения гематокрита следует исключить "ложную" анемию. Антианемическое лечение назначить после лечения мочегонными и кардиотоническими средствами.

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФЕБРЕЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

Болтаева Ш.У., магистр 1 курса СамГМИ, Равшанов О.Р., магистр 1 курса СамГМИ, А.А.Косимов

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность. По данным литературного обозрения уровень распространенности фебрильных судорог находится в диапазоне от 0,1% до 15,1%. Средняя частота встречаемости фебрильных судорог у детей в возрасте до 5 лет составляет 2-5%. Риск повтора фебрильных судорог после возникновения первого эпизода составляет 23-38%. В то же время вопрос о взаимосвязи фебрильных судорог с последующими афебрильными приступами и эпилепсией остается дискуссионным риск развития эпилепсии после сложных фебрильных судорог может составлять 10-20%. Степень риска развития эпилепсии после фебрильных судорог остается недостаточно изученной. Цель. Изучить клинические особенности и особенности ЭЭГ фебрильных судорог у детей. Материалы и методы исследовании. Проведен анализ наблюдения 40 детей основную группу в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, эти дети вошли в основную группу: группа сравнения - это дети с эпилепсией другой этиологии того же возраста. Среди обследованных детей с фебрильными судорогами было больше мальчиков 64,2%, девочки составили 35,8% случаев. Анализировались отдельные характеристики температуры, связанные с появлением фебрильных судорог уровень температуры во время возникновения судорог, наличие температуры до начала судорог, темп нарастания температуры с появлением судорог. Больным проводилось электроэнцефалография. Результаты исследования. Судороги возникали чаще на быстрое нарастание температуры (49,5%), и только в 2,8% случаев было отмечено появление судорог на резкое снижение температуры. Отягощенный семейный анамнез по фебрильным судорогам чаще встречался у детей с фебрильными судорогами (28,7%), чем у детей с эпилепсией (3,2%). Патология беременности чаще встречалась у детей с эпилепсией (83,6%), чем у детей с фебрильными судорогами (61, 5%).По данным исследования 71,6% детей считались часто болеющими, так как частота респираторных инфекций у них была от 4-5 и более раз в году. По возрасту дебют фебрильного приступа чаще приходился на возраст с 1 года до 3 лет (67%), после 3 лет фебрильные судороги встречались реже. У большинства детей (89,9%) приступы были генерализованными. Общим для всех приступов было внезапное и полное выключение сознания. У 15% детей приступы протекали в виде клонических судорог конечностей и туловища с нарушением дыхания. Независимо от характера фебрильных судорог у всех детей отмечался постприступный сон. Изменения в неврологическом статусе встречались в обеих группах как у детей с фебрильными судорогами (70,6%), так и у детей с эпилепсией (75,8%). У детей с фебрильными судорогами статистически достоверно чаще встречались симптомы в виде легких глазодвигательных нарушений (31,2%), тогда, как у детей с эпилепсией, отклонения были представлены выраженными речевыми нарушениями (69,2%). У детей с фебрильными судорогами ЭЭГ бодрствования в 75,9% была без патологии, в 24,1% регистрировались изменения на ЭЭГ, которые были преимущественно неспецифическими легкое замедление фоновой активности ЭЭГ (20,4%), а также короткие диффузные разряды тета и дельта волн амплитудой до 100 мкВ в фоне (3,7%). Вывод: При исследовании детей с фебрильными судорогами выявлено температура возникновения фебрильных судорог чаще была выше 38,5ºС, и судороги чаще возникали на быстрое нарастание температуры Отягощенный семейный анамнез по фебрильным судорогам чаще встречался у детей с фебрильными судорогами, из перинатальной патологии чаще встречалась патология беременности в виде хронической гипоксии плода; наиболее частым фоновым заболеванием у детей с фебрильными судорогами была острая респираторная инфекция; изменения на ЭЭГ в виде легкого замедления фоновой активности чаще неэпилептиформные пароксизмальные изменения.

УРОВЕНЬ ИЛ-12 ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Буздуган И А.

ВГНУ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

Асистентт кафедры внутренней медицины и инфекционных болезней

Цель исследования: влияние пробиотика «Лациум» в комплексном использовании с антихеликобактерной терапией у больных с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2. Материалы и методы. Обследовано: 17 больных с ПЯЖ и ДПК, впервые выявленной (группа 1), 16 больных после проведения предварительной лечебной тактики (группа 2) и 9 практически здоровых лиц (группа 3). 7 человек получали терапию эзомепразол 20 мг 2 р/д, препарат висмута субцитрат 120 мг 4 р/д, тетрациклин 500 мг 4 р/д, метронидазол 500 мг 3 р/д 10 дней (группа 1); 9 человек - эзомепразол 20 мг 2 р/д, препарат висмута субцитрат 120 мг 4 р/д., тетрациклин 500 мг 4 р/д метронидазол 500 мг 3 р/д 10 дней, «Лациум» по 1 саше 2 р/д 1 мес. (группа 2). Результаты исследования и обсуждение. При оценке цитокинового звена установлено, что у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ уровень ИЛ-12 - (6,24±0,08) (p<0,05), а у больных с CagA+VacA-/CagA-VacA+ штамами: ИЛ-12 - (4,04±0,13) (p<0,05), У групп больных с ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ в сочетании с АГ и СД2 уровень ИЛ-12 составил (23,54±1,9) (p<0,05), а у больных с ПЯЖ та ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+: ИЛ-12 - (19,06±0,25) (p<0,05), ИЛ-18 - (240,17±9,56) (p<0,001). Вывод. Включение к антихеликобактерных схем терапии пробиотика «Лациум» сопровождается снижением ИЛ-12, в группе больных с впервые определенной пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2, что свидетельствует о ефективности ерадикационной терапии инфекции H. Pylori «Лациума».

УРОВЕНЬ ИЛ-6 ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Буздуган И А.

ВГНУ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

Асистент кафедры внутренней медицины и инфекционных болезней

Цель исследования: влияние пробиотика «Лациум» в комплексном использовании с антихеликобактерной терапией у больных с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2. Материалы и методы. Обследовано 16 больных с ПЯЖ и ДПК, впервые выявленной (группа 1), 15 больных после проведения предварительной лечебной тактики (группа 2) и 9 практически здоровых лиц (группа 3). В группе 1 проведено следующее лечение:16 человек получали терапию: эзомепразол 20 мг 2 р/д, амоксициллин 1,0 г 2 р/д, кларитромицина 500 мг 2 раза в течение 10 дней (группа 1); В группе 2: 15 человек получали терапию эзомепразол 20 мг 2 р/д, препарат висмута субцитрат 120 мг 4 р/д, тетрациклин 500 мг 4 р/д, метронидазол 500 мг 3 р/д 10 дней (группа 2). Результаты исследования и обсуждение. При оценке цитокинового звена установлено, что у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ уровень ИЛ-6 составил (35,81±1,01) (p<0,001), а у больных с CagA+VacA-/CagA-VacA+ штамами: ИЛ 6 - (25,31±0,74) (p<0,001), повышение ИЛ -6 у 4,87 раза и у 6,89 раза по сравнению с группой ПЗЛ. У групп

больных с ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ в сочетании с АГ и СД2 уровень ИЛ-6 составил (63,36±2,44) (p<0,001), а у больных с ПЯЖ та ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+ ИЛ 6 - (48,83±1,61) (p<0,05), соответственно, повышенный ИЛ -6 в 12,18 раза и в 9,39 раза по сравнению с группой ПЗЛ. Вывод. Включение к антихеликобактерных схем лечения пробиотика «Лациум» в группе больных с впервые определенной пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2 сопровождается снижением ИЛ-6, что свидетильствует о ефективности терапии «Лациума» и нормализации цитокинового звена.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ г. ИЖЕВСКА

Валиев Р.Р., Сидорова А.Г. Фаррахов А.М., студенты 610 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО «ИГМА»

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП

(заф. каф. – д.м.н. Дударев М.В.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Николаева А.В.

В Российской Федерации, несмотря на тенденцию к снижению в последние годы, отмечается высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения. В свою очередь, уровень смертности на 60% зависит от распространённости в популяции факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в связи с чем чрезвычайно актуально их раннее выявление, в том числе и среди лиц молодого возраста. Цель: изучение распространенности ФР ССЗ среди студентов Ижевской Государственной Медицинской Академии (ИГМА) и Ижевской Государственной Сельскохозяйственной Академии (ИжГСХА)). Материалы и методы: Обследовано 240 студентов 1 курсов вузов г.Ижевска (ИГМА, ИжГСХА в равном соотношении) в возрасте от 17 до 22 лет, средний возраст которых составил 18 + 0,78 лет. После предварительного разрешения руководителей и получения согласия студентов проведенпретест по специально разработанной анкете (анонимной). Основные методы обследования включали антропометрию, расчет индекса массы тела (ИМТ), социологическое анкетирование. Стандартный опросник был составлен на основе опросника в исследовании ЭССЕ-РФ согласно особенностям исследуемой группы. Результаты. Среди 240 обследованных лиц преобладали женщины (67, 5%). Не курят 79,27% обследованных (10,00% курили в прошлом), 20,73% курили на момент скрининга (16,2% мужчин и 4,53% женщин). 81,66% студентов употребляют алкоголь, распространенность избыточного употребления алкоголя составила 4,16%. Низкая физическая активность отмечена у 25,45% мужчин и 42,6% обследованных женщин. Недостаточное употребление фруктов и овощей имело место в 83,75% случаев, причем у мужчин этот показатель оказался более выраженным, чем у женщин (72,4% и 43,1% соответственно). Более половины обследованных употребляет избыточное количество соли (62,5%). Сахар в избытке употребляют 37,08% студентов. Жирную пищу в больших количествах употребляют 12,50%. Заключение. Среди лиц молодого возраста, студентов двух крупных вузов города Ижевска, наиболее распространенными ФР ССЗ являются нерациональное питание и употребление алкоголя. В ходе эпидемиологического исследования студентов 1-го курса ИГМА, ИжГСХА различий выявлено не было.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Валинуров А.А., клинический ординатор, Вареник Е.Ю., клинический ординатор, место проведения исследования - ООО "АСПЭК-Медцентр"

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д-р.мед. наук, проф., Пименов Л.Т.

Научный руководитель: д-р.мед. наук, проф., Чернышова Т.Е.

С увеличением производства рафинированных продуктов и массовой их доступностью проблема избыточной массы тела становится наиболее актуальной в наше время, в особенности, у пациентов эндокринологического профиля. Цель: проанализировать процентное соотношение состава тела пациентов эндокринологического профиля. Задачи: первая задача – подсчет индекса массы тела; вторая задача – оценкавозрастно-полового состава; третья задача – изучение среднего процента скелетной мускулатуры у женщин и мужчин разных возрастов; четвертая задача – оценкасреднего процента жира у женщин и мужчин разных возрастов; пятая задача – подсчетсреднего процента воды у женщин и мужчин разных возрастов. Материалы и методы: изучение и анализ литературы по теме; использование данных биоимпедансометрии, полученных с помощью аппарата InBody-370 в клинике «Аспэк» города Ижевск за 2018 год; статистический анализ полученных данных с помощью формульного метода расчёта средних величин и компьютерной программы MicrosoftExcel 2016. Полученные результаты: при анализе данных биоимпедансометрии у пациентов данной группы замечены следующие закономерности: преимущественно избыточной массой страдают люди трудоспособного возраста 25-44 года - 72% (p<0,05), средний индекс массы тела у женщин – 28,8, у мужчин – 27,7, процент сухой массы тела у мужчин минимален при 2 степени ожирения - 53,28%, у женщин – 3 степени ожирения – 38,47%; процент содержания воды в организме минимален у мужчин с 2 степенью ожирения – 46,3%, у женщин – с 3 степенью ожирения – 34,4%, средний процент жира в организме у женщин данной категории - 25-44 лет - 37,1% (p<0,05), 45-60 лет - 40,3% (p<0,05), у мужчин - 25-44 лет - 25,3% (p<0,05), 45-60 лет - 23,9% (p<0,05), 60-75 лет - 25,7% (p<0,05); средний уровень базального метаболизма (ккал/сут) в разных возрастных категориях - у мужчин: 25-44 лет – 1790, 45-60 лет – 1753, 60-75 лет – 1734, у женщин: 25-44 лет – 1790, 45-60 лет – 1753. Вывод. Таким образом, современное представление о пациентах с избыточной массой тела эндокринологического профиля может быть более детально изучено при помощи биоимпедансометрии.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Валинуров А.А., клинический ординатор, Вареник Е.Ю., клинический ординатор, место проведения исследования - БУЗ УР "1РКБ" МЗ УР

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д-р. мед. наук, проф., Л.Т. Пименов

Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф., С.Н. Стяжкина

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии и хирургии. В структуре болезней желудочно-кишечного тракта по тяжести течения, частоте осложнений и летальности они во всем мире занимают одно из ведущих мест. Цель: проанализировать отдаленные результаты лечения современных методов хирургического лечения воспалительных заболеваний кишечника. Задачи: первая задача–изучение влияния иммунологических факторов на пациентов данной группы; вторая задача – статистическая обработка полученных данных; третья задача – оценка структуры отдаленных последствий оперативных вмешательств пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона; четвертая задача – выявить Актуальность проблемы коморбидной патологии. Материалы и методы: изучение и анализ литературы по теме; анализ результатов лечения 110 больных с воспалительными заболеваниями кишечника – язвенного колита и болезни Крона; использование карты обследования для регистрации и фиксации индивидуальных данных наблюдающихся пациентов. С ЯК было 50 (80%) пациентов в основной группе и 40 (70%) в группе сравнения, с болезнью Крона в основной группе 10 (20%) и 10 (30%) в группе сравнения. Полученные результаты: Отдаленные результаты лечения проанализированы у 30 больных с воспалительными заболеваниями кишечника: все пациенты с ЯК на протяжении 3 лет после проведенного курсового лечения в колопроктологическом отделении 1 РКБ оценивались клинические и лабораторно-инструментальные показатели. Среди обследованных больных 10 пациентов - из группы сравнения, которым лечение проводилось строго в соответствии с медико-экономическими стандартами, и 20 пациентов из основной группы, из них у 12 больных была выполнена колэктомия. Регистрировались частые простудные заболевания с формированием осложнений ОРВИ (гайморит, ларингит, трахеобронхит и др.)– 8 (80%) больных. У всех пациентов регистрировался

астенический синдром и у 4-х больных синдром вегетативной дистонии. Учёт ревматологом и/или эндокринологом пациентов выявил различные патологии костно-суставной системы, связанной с прогрессирующим остеопорозом. (r-0,62; p<0,01). Вывод. Таким образом, отдаленные результаты после хирургического лечения воспалительных заболеваний кишечника показали, что у всех пациентов данной группы выявлен астенический синдром, патологии костно-суставной системы. Зарегистрирована значимая корреляция между степенью коморбидности поCIRSc продолжительностью койко-дней, проведенных больными после операции

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Васильева И.М., клинический ординатор по специальности Терапия ИГМА,

Иванов Д.А., клинический ординатор по специальности Терапия ИГМА

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

(зав. каф. – д.м.н., проф. Пименов Л.Т.)

Научный руководитель д.м.н., проф. Пименов Л.Т.

Цель работы: Оценить частоту развития острого повреждения почек (ОПП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Задачи: 1. Провести анализ динамики креатининемии у больных с ХСН терапевтического стационара в день поступления и через 7 суток. 2. Выявить частоту развития ОПП у данных пациентов с последующим статистическим анализом. Материалы и методы исследования: Обследовано 138 пациентов с клинически манифестированной ХСН в возрасте от 41 до 89 лет (средний возраст составил 70,7±9,3 лет). Все наблюдавшиеся пациенты были разделены на 2 группы по стадиям процесса: больные с ХСН I-IIa стадии и больные с ХСН IIб-III стадии. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). Исходным считали уровень креатинина в момент госпитализации. ОПП диагностировали при повышении креатинина сыворотки более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем через 7 суток. В случае повышения креатинина сыворотки в 1,5–1,9 раза выше исходного уровня – регистрировали 1 стадию, при увеличении в 2–2,9 раза – 2 стадию, в 3 раза и более – 3 стадию ОПП. Статистический анализ результатов обследования вели по t-критерию Стьюдента. Различия между выборками считались достоверными при значении p<0,05. Результаты: Из 138 пациентов ОПП установлено у 56 (40,6%) пациентов. По стадиям ОПП было следующее распределение: 1-ю стадию ОПП имели 40 больных, 2-ю – 8 и 3-ю – 8. Согласно классификации ХСН по Стражеско-Василенко, в 1-ю группу вошли 68 (49,3%), во 2-ю – 70 (50,7%) больных. В 1-й группе ОПП диагностировано у 18 (26,5%) пациентов, а во 2-й – у 38 (54,3%); различия статистически достоверны (p=0,006). Число обследуемых, у которых отсутствовало ОПП: в 1-й группе составило 73,5%, во 2-й – 45,7% (p<0,001). Выводы: В результате исследования установлено, что при усугублении тяжести ХСН увеличивается число пациентов с ОПП. Динамика креатининемии иллюстрирует достоверно более высокую частоту ОПП у больных с ХСН IIб-III стадии. Не исключено, что развитие ОПП при манифестации хронической сердечной недостаточности является одной из форм кардиоренального синдрома. Установленный нами у больных с ХСН синдром ОПП частотой встречаемости 26,5-54,3%, несомненно, определяет прогноз и эффективность лечения, и побочные эффекты «кардиологических» препаратов. Все пациенты, у которых было диагностировано ОПП, должны находиться под наблюдением из-за повышенного риска отдаленной летальности и большой вероятности в последующем хронической болезни почек.

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ И БЛЕББИНГ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Васильева А.М., студентка 222 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО «ИГМА»

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (заф. каф. – д.м.н. Шумихина Г.В.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Соловьев А.А.

Цель работы: изучить степень выраженности эндогенной интоксикации у больных, путём оценки степени гематологических лейкоцитарных индексов (ГЛИ) и блеббингообразования лимфоцитов (БЛ) в хирургическом отделении ГКБ №6. Материалы и методы исследования:БЛ периферической крови был исследован методикой микроэлектрофореза на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ. Кровь объёмом 5,0- 10,0 мл. разводилась физиологическим раствором 1:15,окрашивалась 1% раствором метиленовой синью 0,2 мл. В поле 100 мм^2 производился подсчет лимфоцитов, нейтрофилов, моноцитов в состоянии блеббинга. Определялись ГЛИ: ИСЛМ (индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов) индекс неспецифической реактивности, ИЛГ (лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс) индекс активности воспаления, ИСЛК (индекс сдвига лейкоцитов крови), индекс интоксикации. Результаты:повышение ИСЛК отмечено у 57% экстренных пациентов, что отражает уровень ЭИ. ИСЛМ в диапазоне от 1 до 9, что свидетельствует о разнообразии реактивности. В 23,4% ИСЛМ повышен, 17,2% в пределах физиологической реактивности, в 50,4% понижение. Снижение ИСЛМ свидетельствует о депрессии общей реактивности организма. ИЛГ, как маркер активности воспаления, снижен у 55,2% пациентов. Больные с острым панкреатитом имеют снижение до 85% в подгруппе. ИЛГ у 27,5% умеренно повышен, в пределах нормы у 17,3%. Уровень БЛ в диапазоне от 90 до физиологических значений 5-10. БЛ выше 50 у 4 пациентов с тяжелой хирургической патологией, в 2 случаях отмечен летальный исход, у 1 пациента в ходе лечения гнойного перитонита. Уровень 40-50, 3 случая, в 1 случае пациент в дальнейшем был оперирован, 1 на фоне лечения перитонита. БЛ 30-40 на фоне успешного лечения хирургических пациентов (4) в сроки 3- 7 суток. Уровень 20-30, также на фоне успешного послеоперационного периода с перитонитом (1) У большинства плановых больных значимого отличия БЛ в ходе лечения не отмечено. Выводы:Экстренные хирургические больные отличаются высоким уровнем ЭИ, снижением уровня общей реактивности воспаления. БЛ зависит от тяжести больного, объема и сроков оперативного лечения. БЛ может служить прогностическим критерием, помогающим в определении ЭИ.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Вахидова Г., Юнусзода М. (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Анестезиология и реанимация», «Терапия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель: Ибрагимов И.С.

Известно, что очень важную роль в предотвращении осложнений острого инфаркта миокарда (ОИМ) играет своевременное оказание медицинской помощи. До сих пор большинство больных нашего региона поступают в стационар со значительным опозданием. Около половины пациентов с ОИМ погибают в течение первого «золотого часа». Цель исследования: анализ особенностей признаков развития осложнений у пациентов с ОИМ в зависимости от времени госпитализации больных в самаркандский филиал РНЦЭМП. Материал и методы. Был проведен анализ историй болезни 280 больных с подтвержденным диагнозом ОИМ, госпитализированных в самаркандский филиал РНЦЭМП за 2017 г. Мужчин было 153 (54,6%), женщин – 127 (45,3%). Все больные были разделены на три группы. в 1-ю группу вошли 73 пациента (26%) с ОИМ, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, из них 34 (46,5%) была проведена тромболитическая терапия; во 2-ю группу – 132 госпитализированных (47,1%), в срок от 6 до 24 ч от начала заболевания; в 3-ю группу – 75 больных (26,7%) со сроком госпитализации позже 24 ч. Результаты. У 5 больных (1,7%) 1-й группы развился кардиогенный шок и один (0,35%) смертельный исход. во 2-й группе у 12 больных (4,2%) развился кардиогенный шок. в 3-й группе у 31 больного (11%) наблюдался кардиогенный шок, у 35 больных (12,5%) развилась острая левожелудочковая недостаточность, отек легких и в 21 случае (7,5%) нарушение ритма сердца. Выводы. Таким образом, частота осложнений была наиболее высокой у больных, которым стационарное лечение было начато через сутки после начала заболевания. Снижение смертности в больничных условиях при остром инфаркте миокарда в значительной степени было результатом таких организационных мер, как быстрая доставка пациентов с острым инфарктом миокарда в лечебные учреждения, своевременное проведение тромболитической терапии и назначение соответствующего лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Вахрушев Д. С., ординатор по специальности «терапия» ФГБОУ ВО Ижевская ГМА МЗ РФ

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

(зав. каф. – д.м.н., проф. Пименов Л.Т.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Савельева Т.В.

Цель работы: изучение суточного профиля артериального давления у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП). Материал и методы исследования: проведена выборка из 145 пациентов с установленными диагнозами хронический гепатит (ХГ) - 85 (58,6%) человек (чел) и цирроз печени (ЦП) - 60 (41,4%) чел. Среди обследованных больных 85 (58,6%) составляли мужчины(м), 60 (41,4%) - женщины(ж). Группа контроля включала 50 здоровых лиц, рандомизированных по полу и возрасту. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) выполнялось при помощи аппарата Microlife® WatchBP® O3. По результатам СМАД и оценке СИ% АД были выделены 4 подгруппы в соответствии со степенью снижения АД ночью: 1-ая гр. - "dipper" (снижение АД на 10-20%), 2-ая гр. - "non-dipper" (0-10%), 3-я гр. - "night-piker" (<0%), 4-ая гр. - "over-dipper" (>20%). Результаты: Средний возраст больных с ХГ составил 44,7 ± 1,9 лет, пациентов с ЦП – 50,4 ± 2,02 лет. Нагрузка давлением у пациентов с ХГ составила днем – 41,04 ± 7,25%, ночью – 49,8 ± 7,08%. У пациентов с ЦП нагрузка давлением составила: днем -32,5 ± 8,56%, ночью – 40,9 ± 9,06%. В группе контроля нагрузка давлением составила: днем - 27,82 ± 3,4%, ночью - 28,1 ± 2,5%. У пациентов с ХГ и ЦП нагрузка давлением ночью достоверно больше чем в группе контроля. Средние суточные значения систолического АД составили 121,82±1.96 мм.рт.ст и 116,75±3,11 мм.рт.ст. при ХГ и ЦП соответственно, в группе контроля - 120,9 ± 1,5 мм.рт.ст. Средняя суточная частота пульса - 74,76±1,61 при ХГ, 74,67±1,95 при ЦП и 76,2 ± 1,3 в контроле. Достоверных различий в значениях пульса в группах пациентов выявлено не было. СИ% АД составил 8,58±1,63% и 5,60±1,71% при ХГ и ЦП соответственно, что соответствует подгруппе "non-dipper". В группе контроля СИ% АД составил 11,01 ± 0,4, что соответствует подгруппе "dipper". По сравнению с группой контроля у пациентов с ХГ и ЦП отмечалось менее выраженное снижение АД ночью ($p<0,05$). У пациентов с ЦП имело место менее выраженное снижение АД ночью по сравнению с группой пациентов с ХГ ($p<0.05$). Выводы. У пациентов с ХГ и ЦП отмечается более выраженная нагрузка давлением ночью и недостаточное ночное снижение АД по сравнению с группой контроля, свидетельствующее об изменениях гемодинамики, которые способствуют возникновению и/или прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний. Данные изменения также могут быть связаны с поражением миокарда и изменением внутрисердечной гемодинамики при ХДЗП.

ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Волков Н.В., студент 518 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Никитин Е.Н.

Тромбоэластография (ТЭГ) - метод, основанный на графической регистрации показателей свертывания и фибринолиза крови. Изменения гемостаза в период родов и раннем послеродовом периоде характеризуются многообразием, динамичностью проявлений и часто ассоциированы с развитием критических состояний. Оптимальным методом контроля состояния системы гемостаза в этих условиях является тромбоэластография. Цель: оценка гемостаза в акушерской практике методом тромбоэластографии. Материалы и методы: Обследованы истории родов, 14 тромбоэластограмм, полученные на аппарате “TEG 5000”, статистическая обработка данных в Excel 2013. Полученные результаты: в 12 (86%) случаях показанием для исследования гемостаза была операция кесарево сечение: 3 (21%) пациента, имеющие наследственный полиморфизм генов системы свертывания крови, 3 (21%) - с тромбоцитопенией, 3 (21%) - с тяжелой преэклампсией, 1(7%) - с эклампсией, 1 (7%) - с преждевременным разрывом плодных оболочек и 1 (7%) - с новообразованием. В остальных двух (14%) случаях исследование гемостаза проводилось у одного пациента со срочными родами на фоне тромбоцитопении и еще у одного - с носительством протромбогенных факторов. По данным ТЭГ в состоянии гиперкоагуляции были 9(63%) пациентов, гипокоагуляции – 3(21%), 2(14%) - с нормокоагуляцией. Лабораторные показатели системы гемостаза достоверно коррелировали с соответствующими показателями ТЭГ. Между количеством тромбоцитов ($168,5\pm95*10^9$/л) и максимальной амплитудой (МА=65,5±18,4 мм) ТЭГ, содержанием фибриногена (4,54±1,2 г/л) и максимальной амплитудой (МА=65,5±18,4 мм) наблюдалась прямая, средней силы взаимосвязь, соответственно, $\rho=0,36$ и $\rho=0,44$, $p<0,05$. Аналогичные корреляции выявлялись между содержанием тромбоцитов и фибриногена с углом касательной к кривой ($\alpha=59,8\pm17,8$), соответственно, $\rho=0,52$ и $\rho=0,31$, $p<0,05$. Средней силы, положительная связь отмечалась также между активированным частичным тромбопластиновым временем свертывания крови (АЧТВ=28,8±4 сек) и временем от момента постановки пробы до начала образования первых нитей фибрина (R=12±4 мин), $\rho=0,42$, $p<0,05$. Выводы: Таким образом, ТЭГ позволяет наглядно оценить все звенья гемостаза в условиях максимально приближенных к in vivo при критических состояниях у пациентов.

АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ - СПОРТСМЕНОВ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ГОРОД ИЖЕВСК

Газизов Д.В., студент 406 группы лечебного факультета ИГМА

Главатских Е.А., студентка 406 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.каф. – д.м.н., профессор Осетров А.С.)

Научный руководитель: ассистент кафедры, к.м.н. Малкова А.А.

Цель: изучить психическое состояние спортсменов Удмуртской Республики города Ижевска – студентов трёх университетов, профессионально занимающихся волейболом, а также выявить первые признаки астенического синдрома. Материалы и методы исследования: проведено анкетирование спортсменов, анализ, сопоставление и обобщение полученного материала, успеваемость спортсменов в зимнюю сессию. Для данной работы были задействованы студенты 3 ВУЗов города Ижевска – Ижевская государственная медицинская академия, Удмуртский Государственный Университет и Ижевский Государственный Технический Университет. Исследовательской группе была представлена анкета "Субъективная шкала оценки астении (MFI - 20) по Шмитцу". Результат: было опрошено 90 спортсменов, играющих в волейбол. Из них 45 (50%) не имеют признаков астенического синдрома, 16(18%) имеют общую астению, 18 (20%) имеют сниженную мотивацию, а у 11 (12%) обнаружена физическая астения. Для чистоты полученных знаний мы оценили занятость студентов по 2 критериям: рабочая занятость и подготовка к занятиям. В Итоге 51% студентов не имеют рабочей занятости, а подготовкой к занятиям занимаются лишь 40%. Это конечно сказывается на сдаче обязательных зачетов и экзаменов. Было выявлено, что 64% закрывают сессию на «хорошо» и «отлично», 30% - «удовлетворительно», 6% - «неудовлетворительно». На подготовку и сами соревнования требуется большое количество сил и времени, что приводит к появлению хронической усталости, которая влияет на психоэмоциональное состояние студентов, в результате - студенты плохо спят, что приводит к ещё большему развитию стрессовых состояний, нарушается процесс подготовки к занятиям, что тоже влияет на настроение игроков команды. Вывод: Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что существенная часть спортсменов, а именно 50% страдает астеническим синдромом. Одним из главных факторов, влияющих на его возникновение являются частые тренировки и выезды на соревнования. При астении человек сталкивается с проблемами в тех сферах жизни, которые ранее не представляли для него сложности, возникает угроза успешности его деятельности. Они оказывают сильное влияние на качество жизни и социальный статус больного, и приводят к ухудшению общего психоэмоционального состояния спортсменов и работоспособности в учебном процессе.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПО АНАЛИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Галиева А.А., Митряков К.И., студенты 304 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности (зав. каф. – доцент, д.м.н. Шкатова Е.Ю.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Оксузян А.В.

Цель работы: разработать и внедрить в практику здравоохранения методику оценки риска острых отравлений по анализу медицинской документации. Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе архива бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской республики «Городская клиническая больница №6» МЗ УР по выкопировке данных из историй болезни. Анализ медицинских карт проводился в трех группах пациентов: пациенты с острым алкогольным и наркотическим отравлением, а также госпитализированные лица по причине несоблюдения техники безопасности. Разработанная оценочная таблица включала 26 вопросов, в которой выделялись следующие субшкалы: социально психологические условия, профессиональные факторы и объективные факторы отравления.Для использования данных методики оценки риска развития острых отравлений применялись статистические программы «Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS) версия 23, «Microsoft EXCEL». Результаты: установлено, что в субшкале «социально – психологические условия» критерий «вредные привычки» имел наиболее сильную отрицательную взаимосвязь с показателем «пенсионер» (r= - 0,238), «инвалид» (r= -0,246) и «образование» (r= - 0,412). При этом, в субшкале «профессиональные факторы» наиболее сильная положительная зависимость отмечалась между профессиональной вредностью и работником, занятым с тяжелым физическим трудом (r = +0,261). А в субшкале «объективные факторы отравления» критерий «состояние сознания» имел прямую пропорциональную зависимость с количеством рецидивов (r= +0,312), характером отравления (r= +0,495), сознательным употреблением технических средств (r= +0,146), и характером и обстоятельством госпитализации (r= +0,25). Корреляционный анализ проводился с использованием рангового коэффициента Спирмена. Для проверки согласованности данных между собой, внутри каждой из субшкал, использовался коэффициент альфа Кронбаха. При анализе была изучена теоретическая (конструктивная валидность и понятийная валидность), которая указывала на взаимосвязь результатов психодиагностики, с категориями разработанной шкалы. Она определялась соответствием полученных результатов с возможными аналогичными связанными методиками. На основании проведенного статистического анализа, была выведена рейтинговая шкала оценки риска отравления и разработаны профилактические мероприятия. Выводы: разработанная методика может быть внедрена в практическое здравоохранение для предупреждения повторных острых отравлений.

СТАНДАРТНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

Гафурова Ж.Ф., магистр 1 курса СамГМИ,

Юлдашева Д.Ш., магистр 1 курса СамГМИ, Шомурадова Д.С.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т)

Научный руководитель: проф. Абдуллаева Н.Н.

Актуальность. Благодаря развитию современных технологий накоплен большой опыт исследований, сфокусированных на ранней диагностике инсульта. Поэтому особую Актуальность приобретает тактика по отношению к пациентам, имеющим клиническую картину острого инсульта, не подтвержденного методами визуализации, проводимыми при госпитализации. Отсутствие верифицированного диагноза не позволяет в полной мере осуществлять лечебные мероприятия, ограничивает продолжительность и целесообразность нахождения больных в нейрореанимации. Цель. Провести анализ нейровизуализации у больных с ишемическим инсультом на раннем этапе. Материалы и методы исследования. В исследование включено30 пациентов на раннем этапе ишемического инсульта (ИИ) и 15 больных на позднем этапе ИИ. Время госпитализации пациентов в стационар от дебюта заболевания варьировало от 3 до 48 часов. На базе нейрореанимации Центра экстренной помощи, больным проводился комплексный клинико-инструментальный мониторинг в динамике. Неврологический и функциональный статус больных был оценен по стандартизированным валидным шкалам. Морфологическое исследование головного мозга проводилось с помощью метода нейровизуализации - КТ головного мозга. Функциональная диагностика проводилась с помощью метода УЗДГ. Результаты исследования. УЗДГ проводили пациентам обеих групп исследования в том числе 50% пациентам с ранней визуализацией(РВ) и 50% пациентам с поздней визуализацией (ПВ) ишемического инсульта. Стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) менее 50% был обнаружен у (41,2%) больных, 50-70% - у (28%) человек, более 70% - у (30,6%) пациентов. В группе ПВ пациентов, имеющих стеноз брахиоцефальных артерий (БЦА) менее 50%, было в 1,37 раза больше, чем в группе РВ. Стеноз БЦА более 70% зарегистрирован у 26,1% больных из группы РВ (47,8%) при РВ и (34,8%) при ПВ. Стеноз от 51% до 70% был сопоставим в обеих группах (26,1%) и (30,4%) соответственно. Стеноз БЦА более 70% зарегистрирован у (26,1%) больных из группы РВ и (34,8%) пациентов группы ПВ. Ультразвуковое исследование БЦА, показал, что инсульт РВ был в 3,2 раза чаще атеротромботическим82,6% в группе РВ и 26,1% в группе ПВ. В то время как при ПВ ИИ чаще встречался кардиоэмболический инфаркт мозга34,8%, что в 4 раза больше, чем при РВ ИИ 8,7%. По данным КТубольных обеих групп выявлены принципиальные различия. При госпитализации объем инсульта в группе РВ составил 56,1±10,1 см3 2,94/76,28 см3 на повторной КТ, выполненной на 3-15 сутки от дебюта инсульта, объем значимо увеличился и составил 69,0±15,8 см3.В группе ПВ очага инсульта не было обнаружено на 1 сутки госпитализации, а на повторном КТ, объем ИИ был достоверно больше в 2,08 раза, чем при РВ и составил 105,8±15,9 см3. В группе РВ средний объем ишемической зоны повреждения мозга прогрессировал и достигал своего максимума на 3-4 сутки. В группе ПВ максимальный объем ишемии по данным КТ зафиксирован на 2 сутки госпитализации, в дальнейшем в период 3-7 сутки объем инфаркта мозга был меньше, однако в 2-3 раза больше, чем в группе РВ в те же сроки. Выводы. Ранняя визуализация ишемического инсульта в 3,2 раза чаще наблюдается при длительно развивающемся атеротромботическом инсульте, что обусловлено постепенным развитием адаптивных механизмов.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАНИРОВКИ ПАЛАТ И ИХ МИКРОКЛИМАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Гаязова Л.И., Безуглова Д.В., Фаттахов И.И. студенты 313 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра гигиены (зав. каф. – д.м.н., профессор Чураков А.Н.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Караваев Т.Ф.

Цель: дать гигиеническую оценку планировке палатных секций, их микроклимату и исследовать палаты на бактериальную обсемененность в хирургическом отделении больницы города Ижевска. Материалы и методы: нормативные документы: СанПин 2.1.3. 2630 – 10, СанПиН 2.1.3.1375-03, СНиП 23-05-95, СНиП II-Л.9-70; схема протокола гигиенической оценки больницы; План строения хирургического отделения.Исследовали параметры отделения и палат. Инструментальные методы с использованием люксметра, психрометра Ассмана. Геометрические методы – определение светового коэффициента, глубины заложения. Использовали седиментационный метод для бактериологического исследования воздуха. Результаты: В ходе проведения гигиенической оценки планировки палат были установлены следующие несоответствия: Палатный коридор шириной 2,33 м, процент двусторонней застройки 85%. Ширина однокоечных палат – 2,64 м. Площадь на 1 койку в 2-4 коечных палатах: в 2 коечных – 6,65 $м^2$, в 4 коечных – 6,75 $м^2$, в 6 коечных – 4,57$м^2$. Палаты каждой палатной секции должны быть рассчитаны не более чем на четыре койки.Размещение мебели в шестиместной палате с трудом обеспечивает доступ к пациенту, а также ограничивает доступность для её уборки и эксплуатации. В ходе исследования микроклимата палат были выявлены следующие несоответствия: незначительное повышение температуры в палатах - 22,2 С (в норме 20 С), повышенная относительная влажность – 76% (opt. - 40-60%, допустимое 30 – 70). На протяжении трех дней исследования показатели бактериальной обсемененности в утренние часы значительно превышают допустимую норму – 4400 КОЕ/м3 (в 4,4 раза выше нормы). В вечернее время, после проведения влажной уборки, наблюдается тенденция к уменьшению значений ОМЧ – 750 КОЕ/м3 (в пределах нормы). Так же показатели ОМЧ находятся в прямой зависимости от количества людей в палатах. Показатели бактериальной обсемененности отличаются на экстренному посту (414 п.) и на плановом посту (426

п.). Выводы: Чем больше застроен коридор со второй стороны, тем хуже он освещается и проветривается, обладает большими резонирующими свойствами и неблагоприятно влияет как на условия в палатах, так и на интерьер отделения. Наблюдается несоответствие расчета кубатуры палат, и учитывая невозможность проветривания их в зимнее время, это может способствовать увеличению содержания углекислого газа, накоплению микроорганизмов в воздухе. При бактериологическом исследовании микробного загрязнения воздуха в пробах обнаружены непатогенные стафилококки, микрококки. Показатели ОМЧ превышают допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды (СанПиН 2.1.3.1375-03), особенно в утренние часы - до начала работ и проведения влажной уборки. Однако, по полученным результатам исследования, можно сказать, что принцип разделения отделения на экстренный и плановый посты соблюдён. Для улучшения эффекта принципа поточности можно прибегнуть к использованию искусственного проветривания палат. Благодаря установке приточной вентиляционной системы в палатах период восстановления пациента в стационаре будет сведен к минимуму, что несомненно будет положительно сказываться на экономии бюджета больницы.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

Головачук О.В., студентка 3 курса 24 группы лечебного факультета №2

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.),

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Научный руководитель к.мед.н., ас. Еременчук И.В.

Феномен лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) имеет важное клиническое значение. Существует тесная взаимосвязь между количественными изменениями бактериальной популяции и изменением ряда биологических свойств МБТ, одним из которых является медикаментозная резистентность. Цель. Рассчитать прогноз распространения мультирезистентного туберкулеза (МРТБ) в Черновицкой области. Материалы и методы. Проведен расчет показателей туберкулеза за 2008-2018 годы по методу линейного тренда (Y_p=ax+b). Результаты исследования. Данные математического анализа показали, что в Черновицкой области у больных с впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБ) в 2013 году по сравнению с 2008 годом определяются высокие уровни частоты как первичной (42,9%), так и вторичной (57,1%) мультирезистентности. С 2008 по 2014 год средний темп роста показателя МРТБ увеличился в 1,26 раза и средний темп прироста МРТБ за последние годы исследования увеличился на 93,3%. Рост количества больных с МРТБ в Черновицкой области за 2008-2018 годы можно объяснить введением в действие унифицированного протокола № 1091 от 21.12.12 г., согласно которому перерегистрацию прошли больные, вошедшие в категорию IV, так называемые больные с хроническим ТБ и подтвержденной устойчивостью к изониазиду и рифампицину, которым установили диагноз МРТБ; а также введение нового протокола № 620 от 04.09.14 г., согласно рекомендаций которого всем больным проводятся молекулярно-генетические методы исследования (быстрые лабораторные методы диагностики – BACTEC и Gene Expert), вследствие чего наблюдается прирост количества первичной резистентности. Недостаточно высокая эффективность лечения больных с МРТБ согласно когортному анализу за 2012 год, в Черновицкой области составила 60%. Если не уменьшить количество больных с МРТБ путем усовершенствования методов диагностики и повышения эффективности лечения, может наблюдаться неблагоприятный прогноз относительно распространенности МРТБ. В качестве прогноза использовали расчет линейного тренда: Y_p=ax+b, где Y_p – прогнозируемое значение линейного тренда, a, b – коэффициенты модели. Вывод. Рассчитанный нами прогноз на десятилетний период (2014-2024 гг) в Черновицкой области показал, что может определяться общая тенденция к приросту резистентных форм туберкулеза по линейной прогрессии.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ)

Грязева Е.М., студентка 423 группы, Ходырев К.Л., студент 418 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.Н. Никитин

Индукционно-консолидационная химиотерапия (ХТ) больных ОПЛ сопровождается миелотоксическим агранулоцитозом с развитием инфекционных осложнений, приводящих нередко к летальным исходам. Цель: изучить характер инфекционных осложнений индукционной терапии в периоде миелотоксического агранулоцитоза у больных ОПЛ. Задачи: 1.Дать характеристику инфекционных осложнений у больных ОПЛ. 2.Оценить микробную обсемененность биологических материалов у больных ОПЛ. Материал и методы: Проанализированы истории болезни у 22 пациентов (19ж, 3м) в возрасте 22-66 (41,7±2,86) лет, разделенных на две группы: первая - 8 чел (24-65, 38,4±4,8 лет) с гиперлейкоцитозом (11,3-120; 57,23±2,24*10^9/л) в крови, вторая -14 чел (22-66, 46,9±4,16 лет) с нормальным и низким числом лейкоцитов(1,45±0,3*10^9/л). Ремиссии после 1-го курса ХТ (цитозар, даунорубицин, весаноид) получены у 16(72,7%) больных. Длительность агранулоцитоза составила 3-27(16,2±1,54)дней. Смертельных исходов было 6(27,3%), по 3 случая в 1 и 2 группах, соответственно, 37,5% и 21,4%, p>0,05. Бактериологический анализ проведен в 312 биологических пробах, среди которых 122 пробы оказались положительными, а в 53 из них обнаружились патогенные микроорганизмы. Статистическая обработка данных осуществлена по программе MSExel 2010. Полученные результаты: Частота и структура инфекционных осложнений в группах достоверно не отличались и в целом выглядели следующим образом: фебрильная лихорадка – у 18(86,4%), мукозит – у 15(75%), инфекция мочевыводящих путей – у 16(77,3%), пневмония – у 6(27,3%), септицемия – у 3(13,6%), гайморит, ринофарингит – у 2 (9%), острый ларингит – у 1(4,5%), псевдомембранозный колит у 1(4,5%). Причиной смерти у 2(33,3%),больных была пневмония, вызванная в 1 случае Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosa, а в другом Enterococcus faecium совместно с септицемией (Staphyloccus lentus). У 4 (66,8%) больных смерть наступила от коагулопатий (кровотечения и тромбозы). В крови положительных проб выявлено 8(5чел,25%), частый возбудитель – Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeroginosa; мокроте – 4 (4 чел, 16%), высевались в равной степени Enterococcus faecium, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphyloccus aureus; моче – 12 (9чел, 45%), частый возбудитель – Escherichia coli; в 22 мазках из глотки (15 чел, 75%), наиболее частый возбудитель – Klebsiella pneumonia, Klebsiella mobies, Escherichia coli. Были обнаружены штаммы Escherichia coli и Klebsiella pneumoniae, продуцирующие β-лактамазы расширенного спектра. K. pneumoniae резистентна к цефалотину в 33% случаев и в 66% - к цефуроксиму. E. coli резистентна к цефуроксиму в 100% исследований, но чувствительна к цефалотину. Выводы: 1) Частыми инфекционными осложнениями у больных ОПЛ были фебрильная лихорадка, мукозит, инфекции мочевыводящих путей, пневмония. 2) Среди патогенов 73,8% приходится на грамотрицательные палочки (Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella mobies, Acinetobacter baumannii, Escherichia coli) и 26,2% - на грамположительные палочки (Enterococcus faecium, Staphyloccus aureus). Большинство из выделенных микроорганизмов (56,6%) относятся к этиологически незначимым (микробы – свидетели). 3) К БЛРС устойчивым микроорганизмам относятся Escherichia coli и Klebsiella pneumoniae.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ БИФОНАЗОЛА

Гулей Л.Е., ассистент кафедры дерматовенерологии, к.мед.н.

Кафедра дерматовенерологии (зав. каф. – проф., д.м.н. Денисенко О.И.)

Высшее государственное учебное заведение Украины "Буковинский государственный медицинский университет"

Научный руководитель проф., д.м.н. Денисенко О.И.

Учитывая частоту диагностики разноцветного лишая (около 40% - в странах с жарким и влажным климатом), особенно у людей молодого и среднего возраста. Кроме того, согласно классификации существует широкий спектр противогрибковых средств с противоречивыми данными относительно их эффективности, в том числе местных: полиены, азолы, аллиламины, морфолины. На наш взгляд актуальным есть поиск новых эффективных методов топического лечения разноцветного лишая, в связи с частыми рецидивами и резистентностью к общепринятым методам лечения. Материал

и методы исследования: Обследовано 35 больных на разноцветной лишай в возрасте с 18 до 45 лет, с длительностью заболевания от 1 до 8 лет. Верификация заключительного диагноза проводилась на основании клинической картины, выявления скрытого шелушения кожи (положительной пробы Бальцера), микроскопии чешуек, осмотра в лучах лампы Вуда. В процесе лечения больные были разделены на две группы: первая (основная) – 17 пациентов, им в качестве местного лечения применяли топическое фунгицидное средство с содержимым бифоназола (1 мл раствора содержит 10 мг бифоназола) в форме спрея, который наносили на пораженные участки кожи 1 раз в день, захватывая область кожи вокруг очагов поражения; вторая (группа сравнения) – 18 пациентов, им назначали другое топическое фунгицидное средство. Эффективность лечения определяли по скорости регресса высыпаний на коже, результатам микологических исследований, данных люминисцентной диагностики, наличии отрицательной пробы Бальцера. Результаты: Установлено, у пациентов основной группы отмечено в более краткие сроки (в среднем – на 7-8 дней) уменьшение островоспалительных проявлений керматомикоза на коже по сравнению с больными группы сравнения. По данным клинического анализа ближайших результатов лечения, через 20 дней констатирована клиническая ремиссия у большинства (у 14 пациентов – 82,4%) больных из основной группы, остальным 3 (17,6%) пациентам срок лечения был продлен до 28 дней (в групе сравнения соответственно: 55,6% та 44,4%). Согласно данных лабораторных методов исследования, полное клиническое выздоровление пациентов основной группы подтверждено в среднем через 4 недели от начала лечения (в группе сравнения – через 5 недель). Бифоназол относиться к протигрибковим средством широкого спектра действия против Malassezia furfur, Corynebacterium minutissimum, дерматофитов, дрожжеподобных, плесневых грибков. На дерматофиты бифоназол оказывает, в первую очередь, фунгицидное и фунгистатическое действие, что обьясняется последовательным влиянием на угнетение HMG-CoA редуктазы, вместе с тем замедлением синтеза терпеноидов и супрессией активности цитохрома P_{450}. Топический препарат с содержимым бифоназола существует в виде спрея, что удобно для местного нанесения. Выводы: Таким образом, применение при разноцветном лишае топического средства с активным противогрибковым компонентом бифоназол (в форме спрея) способствует сокращению сроков выздоровления пациентов, не вызывает побочных эффектов, поэтому может быть рекомендован для включения в схему комплексной терапии данной группы пациентов.

ПСИХОЗЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ

Давидов Х.М., студент магистратуры I курса психиатрии

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Мирзаев А.А. Доцент кафедры психиатрии и наркологии

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Цель исследования. Разработка диагностических и прогностических критериев психозов шизофренического спектра, ассоциированных со стрессом, на основе комплексного изучения клинико-психопатологических и патокинетических особенностей взаимодействия психогенных и эндогенных психических расстройств у этой категории больных. Материал и методы исследования. Исследование проводилось на АОПНД. Отобранные больные наблюдались в 2 мужских и 5 женских участково-территориальных отделениях больницы в период с 2016 по 2018 г.г. Общую выборку составили 320 пациентов (234 женщины, 86 мужчин). Основная группа состояла из 213 больных, контрольную группу составили 107 пациентов. Результаты исследования. Обследованные больные в обеих группах были среднего возраста (30-50 лет). Среди обследованных преобладали женщины (соотношение мужчин и женщин - 1: 2,9 и 1: 2,3 в основной и контрольной группах соответственно), что объясняется предпочтительностью курируемых отделений. Различий в уровне образования в основной и контрольной группах не выявлено. По семейному положению группы также были сопоставимы - около% пациентов оказались одинокими. Большая часть несемейных пациентов были в разводе, причиной которого являлись клинические проявления болезни. Сопоставимость основной и контрольной групп по этому показателю, как и по многим другим параметрам, была предопределена при наборе контрольной группы. Несмотря на относительно высокий образовательный уровень обследованной выборки пациентов, обратило на себя внимание недостаточное соответствие их социо-профессионального и материального положения полученному образованию. Выявлено значительное число неработающих в обеих группах и большой процент инвалидов, большая часть которых имели инвалидность по психическому заболеванию. Кроме этого, около 10% больных в обеих группах были трудоспособными безработными. Вывод. Продромальный этап представлен психогенными симптомокомплексами различной структуры, интенсивности и продолжительности. В продроме шизоаффективного психоза преобладали невротические аффективные и истерические нарушения, а в продроме параноидной шизофрении -идеаторные психогенные расстройства: ситуационные паранойяльные реакции, тревожно-фобический и обсессивно-компульсивный невротические синдромы. На этапе эндореактивных расстройств развиваются сложные полиморфные «микстовые» психотические и субпсихотические состояния, имеющие общие черты как с психогенным (реактивным) психозом, так и с эндогенным психотическим приступом. В случае развития шизоаффективного психоза имеют место эндореактивные депрессии и истероформные психозы. Эндореактивная паранойя (параноид) и обсессивно-бредовые психозы развиваются при психогенно-спровоцированных манифестациях/рецидивах параноидной шизофрении. На этапе развернутого эндогенного психоза психогенные расстройства полностью перекрываются психотическими нарушениями шизофренического спектра, однако проявления психозов продолжают нести в себе «отпечаток» психотравмы (патопластический уровень межнозологического взаимодействия) в виде ее «звучания» в аффективных, галлюцинаторных, бредовых или онейроидных переживаниях.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Давранова А.Д. резидент магистратуры 2 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (Зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Каримова Н.А.

Цель исследования: На основании комплексного исследования тиреоидной и репродуктивной систем выявить особенности нарушений менструального цикла при различной патологии щитовидной железы. Задачи исследования: Оценить физическое и половое развитие девочек подростков с патологией щитовидной железы. Материал и методы исследования: Из всего контингента больных 38 девушек в возрасте от 14 до 17 лет, обратившихся в СОЭД по различным причинам, а так же для планового профилактического осмотра за этот период времени. Критерием отбора для проведения анализа служило наличие при обследовании патологии щитовидной железы у 22 пациенток. Остальные 16 девушек не имели заболеваний щитовидной железы при обследовании, и при дальнейшем тщательном клинико- лабораторном и инструментальном исследовании признаков каких- либо заболеваний у них выявлено не было. Мы сочли возможным в дальнейшей своей работе использовать параметры этих 16 подростков как группу условно здоровых девушек (контрольная группа). Результаты: В результате проведённой терапии среди 48 девушек с патологией щитовидной железы и нарушением менструального цикла у 9 (18,8%) девочек нормализация менструальной функции наступила через 3 месяца от начала лечения, у 26 (54,2%) - через 6 месяцев, и у 4 (8,3%) - через год. Лечение, проводимое с учётом состояния щитовидной железы, привело к нормализации менструального цикла у 81,3%) пациенток. В основном восстановление менструального цикла происходило через 6 месяцев при вторичной аменореи (75%>) и дисфункции яичников (36,4%). Таким образом, при наличии нарушений менструального цикла у девочек с тиреоидной патологией лечение, направленное на нормализацию функции щитовидной железы даёт положительный результат. Под влиянием лечения отмечалось восстановление регулярного менструального цикла у 81,3%) обследованных девочек. Выявлена чёткая тенденция к нормализации фолликулостимулирующей, лютеинизирующей и пролактинобразующей функции гипофиза, и восстановлению нормальной секреции стероидных гормонов в сыворотке крови. Выводы: патология щитовидной железы оказывает влияние на репродуктивную систему девочек-подростков: у 65,4% наблюдаются нарушения менструальной функции. В структуре нарушений менструального цикла наиболее часто имеет место дисфункция яичников (69,8%), вторичная аменорея (12,3%), первичная дисменорея (11,3%). Наиболее выраженные колебания содержания в сыворотке крови тиреоидных, гонадотропных и стероидных гормонов характерны для диффузного нетоксического зоба и субклинического гипотиреоза у девочек-подростков с нарушением менструальной функции. При патологии

щитовидной железы с нарушением менструального цикла у девочек-подростков имеет место нарушение темпов полового развития в виде опережения (3,8%) и отставания (15,1%) полового развития. Физическое развитие девочек подростков с тиреоидной патологией не зависит от наличия или отсутствия у них нарушения менструальной функции.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ

Давранова А.Д. резидент магистратуры 2 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. СамМИ (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н.Каримова Н.А.

Цель: Изучение особенности диагностики и лечения больных с врожденным гипотиреозом. Материалы и методы исследования: Обследованы 70 детей больных врожденным гипотиреозом в возрасте до 1 месяца - 12-х детей, в возрасте 1 месяц - 27 детей,. 2 месяца - 17 детей, 3-10месяцев -9 детей, в возрасте 2-3 года- 3 детям. в 6 лет - 1, 14 лет-1. Эти данные говорят о том, что наиболее высокий процент выявления был возрасте 1 месяца, когда при назначение адекватной терапии возможно предотвратить развитие нервно-психических осложнений. Попытка определить клинические признаки врожденного гипотиреоза по шкале Апгар на 4-5 день, привела к результату, что данные признаки в пределах достаточной диагностической сумме – 5 баллов, были диагностированы всего лишь в 11% случаев в возрасте 5-7 дней. Критериями отбора были наличие отечного лица, пупочной грыжи,, массу тела при рождении более 3500 граммов, переношенная беременность - более 40 недель гестации, затянувшуюся гипербилирубинемию. Результатом первичного скрининга на гипотиреоз было выявление повышенного уровня ТТГ: 10,1% с уровнем ТТГ до 20 мМЕ/л, 18,9% в пределах 20-50 мМЕ/ ,и самую большую группу составили дети с диагностическим более 50 мМЕ/л – 70%. Средний уровень гормона данной выборки детей составил 108,6±10,5 uU/ml.. Уровень Т4 у части детей был в пределах нормы, что говорило о латентно текущем первичном гипотиреозе, но не смотря на это он составил 41,0±5,7 нмоль/л. уровнем гормона Т3. -трийиодтиронина составил 0,78±0,71 нмоль/л. Результат: Проведенный клинико-лабораторный анализа установил, что распознавание врожденного гипотиреоза у детей раннего возраста на основании только клинических симптомов затруднительно, не надежно и проводится с значительным опозданием. Поэтому детям с подозрением на гипотиреоз необходимо проводить комплексное лабораторное обследование с определением в сыворотке крови тиротропина, тироксина и трийодтиронина. Эти данные позволят определить не только тяжесть и форму гипотиреоза, но и степень дефицита тироидных гормонов для правильного проведения коррегирующего гормонального лечения. Вывод: Больные с врожденным гипотиреозом должны диагностироваться скрининг программой сразу после рождения когда при назначение адекватной терапии возможно предотвратить развитие нервно-психических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИК УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Давронов Б.Б., студент 416 группы педиатрического факультета, Махмудова С.К. студентка 212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель асс.Хайитов А.А.

Ушной шум является сложной, недостаточно изученной мультидисциплинарной проблемой. С жалобами на шум в ушах пациенты обращаются к разным специалистам, но чаще всего к оториноларингологу т.к. шум в ушах при патологии звукового анализатора встречается в 70% случаев. Ушной шум, не являясь самостоятельным заболеванием, будучи симптомом различных патологических состояний, приносит значительные страдания человеку, приводит к соматическим и психическим расстройствам, значительно снижает качество жизни. Причиной субъективного шума может быть патологическое состояние наружного, среднего или внутреннего уха, изменения в различных отделах вегетативной нервной системы и другие заболевания. Целью работы явилось изучение характеристик ушного шума и его особенностей при различных заболеваниях уха. Материал и методы исследования Обследовано 80 пациентов с ушным шумом, обусловленным различной патологией уха: 10 - отосклероз, 20 - адгезивный отит, 25 - перфорация барабанной перепонки, 15 – острые и хронические сенсоневральные нарушения слуха на уровне улитки, 10 - болезнь Меньера. Среди обследованных было 66% женщин и 34% мужчин в возрасте от 15 до 68 лет. Всем пациентам проводили обследование по общепринятой методике (анализ жалоб и анамнестических данных, объективный осмотр и общеклинические исследования), аудиологическое исследование. Результаты исследования В 63% случаях шум предшествовал тугоухости, у 54 пациентов появился одновременно с ней и в 37% случаях шум появился после развития тугоухости. У всех пациентов шум носил субъективный характер. У 71% пациентов он был постоянным, у 29% - периодическим. Последовательность появления шума и снижения слуха зависела от характера заболевания.Большинство больных (74%) беспокоил шум II и III степеней переносимости, что нарушало качество их жизни и снижало трудоспособность. Громкость шума у большинства пациентов (78%) не превышала 10 дБ. Установлено, что при заболеваниях среднего уха ушной шум в большинстве случаев88,9% носил низкочастотный характер с диапазоном частот до 2000 Гц и соответствовал кондуктивному характеру тугоухости, при сенсоневральных нарушениях шум в этом частотном диапазоне встречался только в 18,6% случаев. Появление высокочастотного шума свидетельствовало о возникновении сенсоневральных нарушений и соответствовало тугоухости смешанного характера. При острых и хронических сенсоневральных нарушениях слуховой функции основные частотные характеристики шума находились в диапазоне 4000–6000 Гц (62,4 ± 5,3% случаев), громкость шума в большинстве случаев (62,3%) превышала 10 дБ. При отосклерозе шум носил узкополосный характер с преимуществом частот 6000–8000 Гц (70% случаев), имел постоянный характер, не превышал 10 дБ и I степень переносимости. Выводы: Таким образом, шум в ушах следует рассматривать как наиболее ранний симптом патологии органа слуха и проводить соответствующие мероприятия для ее выявления. Характеристика шума при различной патологии уха имеет свои отличительные особенности, что делает целесообразным использование аудиометрии в качестве метода дифференциальной диагностики.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РЕМОДЕЛИРОВАННОГО СЕРДЦА С МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Джалолов Д.А. студент 315 группы педиатрического факультета

Кафедра физиологии, патологической физиологии д.м.н доц. Самиева Г.У.

Научный руководитель: ассистент Нарзуллаева У.Р.

Цель исследования: определение нарушения физиологических свойств:автоматизма, возбудимости и проводимости ремоделированного сердца с методом электрокардиографии (ЭКГ). Материалы и методы исследования: В ходе исследования были применены ретроспективный метод и анализ ЭКГ больных. В исследовании изучены 118 историй больных с разными диагнозами. Все изученные истории больных были разделены на 2 группы: 1- с нарушениями ритма сердца и 2-без нарушения. 1-группу составили 33 больных, 2-группу – 87 больных. Из 118 больных 32% (n = 38) составили женщины, а 68% (n = 80) мужчины, средний возраст которых составил 60,78 ± 3,61 и 51,4 ± 2,37 года соответственно. Результаты: В результате ретроспективного анализа было выявлено, что в 1-группе у 15 больных отмечались нарушения автоматизма сердца (у 14 больных ср. возраст, которых составляет 42,8 ± 3,4 года – синусовая тахикардия, у 1 больного в возрасте 26 лет – синусовая брадикардия), у 3 больных – нарушения возбудимости сердца (у 2 больных ср. возраст, которых составляет 71,5 ± 2,0 года – суправентрикулярная экстрасистолия, а у 1 больного в возрасте 61 лет – экстрасистолия желудочка), у 7 больных – нарушения проводимости сердца (у 5 больных ср. возраст, которых составляет 52,4 ± 3,6 года – блокада левой ножки пучка Гисса, у 1 больного в возрасте 55 лет – блокада правой ножки пучка Гисса, у 2 больных ср. возраст, которых составляет 59 ± 2,7 года – полная внутрижелудочковая блокада передней ножки пучка Гисса), у 9 больных ср. возраст, которых составляет 61,7 ± 2,2 года – комбинированные нарушения ритма сердца. Выводы: Распространенность нарушений ритма сердца в структуре обращений к кардиологу составляет 28%, основной контингент представлен лицами пожилого и старческого возраста. Основываясь на результаты данных мы выявили, что нарушения автоматизма сердца встречается наиболее часто. Нарушения ритма и проводимости сердца развиваются у большинства больных заболеваниями сердечно-сосудистого системы.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ЭТАПЕ КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Енгалычева В.Ш. клинический ординатор ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ (зав.каф. – д.м.н. профессор Казакова И.А.)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Руденко И.Б.

Цель работы: Дать медико-социальную характеристику и оценить адаптационные реакции у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) под влиянием курортных факторов ОАО санаторий «Металлург» г. Ижевска. Материалы и методы исследования: Проведен анализ 340 медицинских карт пациентов, получивших реабилитацию после перенесенного ОКС в кардиологическом отделении на базе ОАО санаторий «Металлург» за период с марта по декабрь 2016 года. Были выделены 4 группы пациентов: у 119 пациентов (35%) проведена чрескожная траслюминальная коронарная ангиопластика; у 110 пациентов (32%) - резекция аневризмы сердца и баллонная ангиопластика коронарных сосудов; у 67 пациентов (20%) - аортокоронарное шунтирование; консервативную терапию получили 44 пациента (13%). Всего было 75% мужчин и 25% женщин, средний возраст которых составил соответственно 55,49±0,44 и 56,69±0,44 года. Эффективность лечения оценивалась по динамике функционального класса ХСН (ФК ХСН). При выписке из кардиодиспансера ФК I ХСН имели – 42 пациента (12%), ФК II - 252 пациента (74%), ФК III - 46 пациентов (14%). Программа курортной реабилитации проводилась согласно Приказам МЗ РФ от 5 мая 2016 г. № 281н "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения" и № 279н "Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения". Программа реабилитации включала в себя следующий комплекс: диетотерапия; фитотерапия; питье сульфатно-хлоридо-натриевой лечебно-столовой минеральной воды «Источник здоровья №1» (минерализация 1,5-2,7 г/дм3); 4-х камерные бром-йодные и сухие углекислые ванны; терренкур; ЛФК по Стрельниковой. Результаты: Согласно возрастной классификации ВОЗ, большинство больных, получавших санаторно-курортную реабилитацию, были среднего возраста - 64%, молодого возраста - 9%, пожилые составили 27%. Среди всех пациентов с ОКС 51% имели избыточную массу тела, 25% страдали ожирением I-III степени, лишь у 24% больных масса тела входила в нормальные показатели. Среди всех групп наблюдения можно выделить модифицируемые факторы риска: артериальная гипертония наблюдалась у всех пациентов, сахарный диабет был у 10%, 89% пациентов в анамнезе отмечали табакокурение и употребление алкоголя. Также имелись и немодифицируемые факторы - у 45% пациентов отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. При оценке профессиональной деятельности 45% пациентов - это работники умственного труда, среди которых преобладали инженеры, врачи и педагоги. Физическим трудом занимались 17% пациентов, профессии которых - электромонтажники, слесаря, мастера. Малоподвижные профессии составили 25%, среди которых чаще были отмечены водители и охранники. После этапа курортной реабилитации 249 пациентов (73%) освоили ходьбу на 1500-2000 метров в темпе 100 шагов в минуту и подъем на 5 этаж без одышки, что соответствовало ФК I; 78 пациентов (23%) освоили 1000-1500 м, в темпе 80-90 шагов в минуту и подъем на 3 этаж без одышки, что соответствовало ФК II; 13 человек имели ФК III – ходили менее 1000 м и не могли подняться на 2 этаж без одышки. Выводы: 1. ОКС чаше развивается у лиц мужского пола, среднего возраста, занимающихся умственным трудом, с отягощенной наследственностью по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, наличием вредных привычек и избыточной массой тела. 2. Санаторно-курортный этап реабилитации улучшает адаптацию и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с повышением толерантности к физической нагрузке.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СНА НА МАССУ ТЕЛА И РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Есенбаева Ф., Ережеп М., Абил Л., студенты факультета «Общей медицины», 6 курс, 605 группа, исследование проведено на базе Центральной городскойя клинической больницы г. Алматы

Казахстанско-Российский медицинский университет, кафедра внутренних болезней с курсом клинической фармакологии, (зав кафедрой - д.м.н., профессор Жангабылов А.К)

Научный руководитель Жуматова М.Г., доцент, к.м.н.

Цель: изучить влияние недостаточности сна на массу тела и риск развития диабета 2 типа у взрослых. Материалы и методы: В исследовании проанализированы истории болезни 82 пациентов в возрасте от 23 лет до 68 лет, не страдавших сахарным диабетом. Исследование проводилось в течении 2018 г. Пациенты самостоятельно заполняли вопросник Американской диабетической ассоциации продолжительности и качестве сна с использованием шкалы бессонницы (AIS). Пациентам измерялась масса тела, процент мышечной массы, тщательно собирался анамнез. Результаты: Установлено, что пациенты, имевшие продолжительность сна более 6 часов, имели меньший риск развития избыточной массы тела ($p < 0,01$) и меньший риск развития сахарного диабета ($p < 0,001$). Указанные данные наблюдались как у женщин, так и у мужчин. У женщин с нормальной массой тела (ИМТ <25 кг / м^2), а также имевших избыток веса или 1 степень ожирения (ИМТ 30-35 кг / м^2), имевших продолжительность сна более 6 часов, риск развития диабета был наименьшим ($p < 0,001$), в сравнении с группой женщин, имевших ИМТ более 35 кг / м^2. У мужчин указанная тенденция не была установлена. Выводы: На основании результатов нашего исследования мы пришли к выводу, что длительность сна 6 часов в день и более является фактором влияющим на снижение риска развития сахарного диабета, избытка массы тела и ожирения. Указанная тенденция прослеживалась более четко у женщин, чем у мужчин.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТОФЕРРИНА НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВО ВРЕМЯ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

Жаъфарова Н.М., студентка 206 группы факультета детской стоматологии ТГСИ

Кафедра физиологии и патологии (зав. каф. – доцент Нишанова А.А.)

Научный руководитель: Старший преподаватель Гулямова С.П.

Цель работы: Изучить влияние лактоферрина на физиологические изменения в ротовой полости во время I триместра беременности. Материал и методы исследования: Обследовано 14 беременных в I триместр беременности с кариесом зубов (клиническая группа); в контрольную группу включена 11 пациентокс физиологическипротекающей беременностью без стоматологической патологии. За норму взяты данные лабораторного исследования жидкости полости рта на содержание лактоферрина и С-реактивного белка 16 доноров женского пола без беременности. Все обследованные были в возрасте от 18 до 30 лет. Концентрации лактоферрина и С-реактивного белка определялись методом ИФА., у пациенток клинической группы содержание лактоферрина в жидкости из полости рта было выше в I триместре, при отсутствии динамики С-реактивного белка, что характеризует увеличение антимикробной защиты полости рта. В течение гестационного периода для оценки антимикробной защиты полости рта рекомендуется применение неинвазивного метода определения концентрации лактоферрина в слюне. Результаты: Таким образом, по результатам стоматологического осмотра всем пациенткам клинической группы был поставлен диагноз кариеса зубов. Во время I триместра беременности у большинства пациенток клинической группы преобладала средняя интенсивность кариеса - в 54,3% случаев беременных. Число беременных женщин клинической группы с высокой интенсивностью кариеса зубов соответствовало в I триместре 17,1%. Число пациенток с низкой интенсивностью кариеса зубов в I триместре составило 28,6%. У здоровых доноров в ротовой жидкости уровень лактоферрина колебался от 0,23 до 1,99 мкг/мл. У беременных контрольной группы концентрация лактоферрина ротовой жидкости в I триместре была повышена, но уступала соответствующим концентрациям у беременных клинической группы. У пациенток клинической группы, страдающих кариесом зубов, концентрация лактоферрина была статистически значимо выше аналогичного показателя в контроле и у здоровых доноров. Следовательно, гуморальные защитные факторы ротовой жидкости при беременности активируются и усиливаются по мере удлинения гестационного периода. С повышением интенсивности кариеса зубов концентрация лактоферрина в ротовой жидкости также возрастала. Выводы: 1. У пациенток с физиологически протекающей беременностью при отсутствии стоматологических заболеваний содержание лактоферрина в слюне повышено и последовательно вырастает к I триместру на

фоне отсутствия изменений С-реактивного белка. 2. У беременных, страдающих кариесом зубов, концентрация лактоферрина в слюне выше в I триместр беременности, чем у беременных без кариеса, характеризуя рост антимикробной защиты ротовой полости. Изменение антимикробного потенциала слюны у беременных женщин с кариесом зубов также не сопровождается изменением уровня С-реактивного белка. 3. Для оценки степени активации антимикробного потенциала слюны у беременных женщин рекомендуется применение неинвазивного теста определения концентрации лактоферрина в слюне.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПАЦИЕНТА

Зайцева М.А., клинический ординатор, место проведения исследования – БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР»

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д-р. мед. наук, проф., Пименов Л.Т.

Научный руководитель: к.м.н., асисстент кафедры Эшмаков С.В.

В последние годы в нашей стране, как и в других странах сохраняется уровень заболеваемости пневмонией. Актуальна проблема полисегментарного поражения легких, а так же наличие коморбидного фона, который негативно влияет на тяжесть течения основного заболевания и его прогноз. Цель: проанализировать коморбидность полисегментарной пневмонии. Задачи: провести выборку пациентов с внебольничной пневмонией, провести анализ корреляции возрастного состава пневмоний с сопутствующими заболеваниями; оценить этиологическое подтверждение данных патологий; оценить зависимость увеличения возможного двухстороннего поражения легких от наличия патологий других систем. Материалы и методы: выборка из 18 пациентов с внебольничной пневмонией; использование стандарных формул для подсчета коэффициента корреляции; статистический анализ полученных данных с помощью формульного метода расчёта средних величин и компьютерной программы Microsoft Excel 2016. Полученные результаты: при анализе данных коморбидности полисегментарной пневмонии у изучаемой группы пациентов замечены следующие закономерности: между увеличением возраста пациента и появлением полисегментарного поражения легких при пневмонии выявлена слабая обратная корреляционная связь (т=-0,011, р<0,05), отмечается слабая прямая корреляционная связь (т = 0,331) этиотропного подтверждения полисегментарной инфильтрации, отмечается прямая зависимость увеличения частоты проявления дыхательной недостаточности при полисегментарном поражении легких (т=0,426, р<0,05), слабая обратная корреляционная связь полисегментарного поражения легких и заболеваний сердечно-сосудистой системы (т=-0,122, р<0,05), что говорит о слабой зависимости развития двухсторонней патологии с поражением нескольких сегментов от этих заболеваний. Для развития двухсторонней полисегментарной пневмонии коморбидные патологии дыхательной системы (ХОБЛ, БА) не имеют высокого значения .Имеется слабая прямая корреляционная связь полисегментарного поражения легких с патологией почек, печени и ВИЧ-инфекцией (т = 0,239, т = 0,239, т = 0,286 соответственно, р<0,05). Вывод. Таким образом, выделенные сопутствующие с пневмонией патологии не вносят большого вклада в сторону усиления патологического процесса и развития полисегментарного процесса.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПАЦИЕНТА

Зайцева М.А., клинический ординатор, место проведения исследования – БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР»

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д-р. мед. наук, проф., Пименов Л.Т.

Научный руководитель: к.м.н., асисстент кафедры Эшмаков С.В.

В последние годы в нашей стране, как и в других странах сохраняется уровень заболеваемости пневмонией. Актуальна проблема полисегментарного поражения легких, а так же наличие коморбидного фона, который негативно влияет на тяжесть течения основного заболевания и его прогноз. Цель: проанализировать коморбидность полисегментарной пневмонии. Задачи: провести выборку пациентов с внебольничной пневмонией, провести анализ корреляции возрастного состава пневмоний с сопутствующими заболеваниями; оценить этиологическое подтверждение данных патологий; оценить зависимость увеличения возможного двухстороннего поражения легких от наличия патологий других систем. Материалы и методы: выборка из 18 пациентов с внебольничной пневмонией; использование стандарных формул для подсчета коэффициента корреляции; статистический анализ полученных данных с помощью формульного метода расчёта средних величин и компьютерной программы Microsoft Excel 2016. Полученные результаты: при анализе данных коморбидности внебольничной пневмонии у изучаемой группы пациентов замечены следующие закономерности: между увеличением возраста пациента и развитием заболеваний сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем выявлена значимая прямая корреляционная связь (т=0,501, т=0,437, р<0,05),в свою очередь с заболеваниями печени и ВИЧ-инфекцией отмечается значимая обратная корреляционная связь (т = -0,230, т=-0,370, р<0,05). Отмечается прямая зависимость увеличения частоты дыхательных движений от наличия патологии сердечно-сосудистой системы (т=0,540, р<0,05) и обратная зависимость от наличия у пациентов ВИЧ-инфекции (т=-0469, р<0,05).Имеется значимая прямая корреляционная связь развития дыхательной недостаточности и наличия сопутствующих заболеваний почек (т = 0,561, р<0,05). Коморбидные патологии дыхательной системы (ХОБЛ, БА) не имеют значимого влияния на тяжесть течения пневмонии. Вывод. Таким образом, возрастные пациенты чаще имеют в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, у молодых наблюдается патология печени и инфекционные заболевания (гепатиты, ВИЧ-инфекция). На тяжесть течения внебольничной пневмонии большее влияние оказывают заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, в отличие от сопутствующей патологии дыхательной системы. Из вышеизложенного модно сделать вывод, что у пневмония будет иметь более тяжелое течение и прогноз у возрастных пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ «3R» В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Запевалова А.Н., Ахматова М.И., студентки 2 курса 201 группы медико-биологического факультета ТМА

Кафедра нормальной и патологической физиологии, зав.кафедры проф.Ирискулов Б.У.

Научный руководитель доц. Саидалиходжаева С.З.

Цель. Ознакомить, будущих специалистов медицинского профиля, гуманным принципам во время проведения эксперимента. Доказать необходимость применения альтернативных методов и минимизации животных в исследовательской деятельности. Сокращение числа животных, используемых в экспериментах и разработка альтернативных методов проведения исследований. Создание благоприятных условий для проведения эксперимента. Материалы и методы. Фундаментальные исследования функционирования организмов, разработка потенциальных методик лечения человеческих болезней, а также проверка на безопасность и качество лекарств является причиной использования животных в качестве подопытных. Томас Хартунг считает, что использующиеся сейчас методики тестирования устарели и недостаточно точны. В частности, тест на токсичность с участием грызунов позволяет определить лишь в 43% случаев, насколько токсична проверяемая субстанция для человека. Результаты. Результаты исследования показали статистику использования животных, во время проведения экспериментов на территории: крысы – 58%, кролики – 23%, мыши– 11,5%, морские свинки – 2,2%, собаки – 0,8%, рептилии/амфибии – 4%, хомяки – 0,5%. Условия содержания экспериментальных животных не отличаются от условий домашних животных. При проведении любых операций животное находится под общим наркозом, а после окончания исследования животное умерщвляется методом убоя для минимального причинения боли или страдания. Вывод. В последнее время появилось много инновационных разработок, которые, возможно, помогут далее сократить число экспериментов над животными. Совершенствование методов построения изображения, позволяющих взглянуть внутрь тела животного, позволяет ученым получать в результате каждого эксперимента больше информации, чем раньше, причем лучшего качества.

СОСТОЯНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ A, M, G ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Зикиров Э.Ш., магистр 3 года обучения, Узакова Г.З. ассистент.

Руководитель: к.м.н. Ташпулатов Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

(зав. кафедры: доц. Ярмухаммедова Н.А.)

Значительные социально-экономические преобразования, произошедшие в республике за последние годы, заставляют по - новому смотреть на проблему зоонозных инфекций, особенно бруцеллеза, который поражает, прежде всего, молодой контингент населения. Новые формы хозяйствования в животноводстве, рост поголовья скота в личных подворьях привели к увеличению заболеваемости молодых лиц, занятых на сезонных животноводческих работах, а также владельцев скота, включая детей и подростков. Работ, посвященных исследованию гуморального иммунитета у больных детей и подросткового бруцеллеза острым и особенно хроническими формами болезни нами не отмечено. Цель исследования – изучить показатели сывороточных иммуноглобулинов A, M, G при различных клинических формах бруцеллеза у детей и подростков. Материалы и методы. Показатели гуморального иммунитета изучены у 87 больных бруцеллезом в зависимости от клинической формы. Среди обследованных было 31 больных острым и 56 больных хроническим бруцеллезом в возрасте от 3 до 17 лет. Контрольную группу составили 24 дети и подростки. Диагноз бруцеллеза ставился на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных (выделение гемокультуры, серологические реакции). Состояние гуморального звена иммунитета оценивали по содержанию в периферической крови сывороточных иммуноглобулинов A, M, G. Количественное содержание сывороточных иммуноглобулинов основных классов (A, M, G) определяли методом ИФА, тест-системы «Гранум». Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований по изучению показателей сывороточных иммуноглобулинов при бруцеллезе у подростков было выявлено достоверное повышение содержания исследуемых иммуноглобулинов (< 0,05). Различные клинические формы заболевания сопровождались существенным повышением уровня сывороточных иммуноглобулинов(< 0,05). При анализе количественного содержания сывороточных иммуноглобулинов у больных бруцеллезом по сравнению с контрольной группой отмечено достоверное повышение уровня иммуноглобулинов класса G (< 0,05), и тенденция к повышению количества IgA. Выявленное достоверное увеличение IgG и IgA (< 0,05) и (< 0,05),соответственно, на фоне неизмененного уровня IgM, у детей и подростков с хронической формой бруцеллеза, видимо, связано с возможным многократным контактом больных с бруцеллами. Полученное достоверное увеличение IgM (< 0,05), у детей и подростков в острой формой бруцеллеза может свидетельствовать о повышенном образовании неспецифических иммуноглобулинов, а также антител к бруцеллам, которые могут определяться в серологических тестах. Достоверное повышение уровня IgM (< 0,05), при острой форме и IgG (< 0,05), при хронической форме по сравнению с контролем не зависело от течения заболевания. У больных хроническим бруцеллезом уровень IgG на 29,6% превышал показатели контрольной группы (< 0,05). Выводы: показатели сывороточных иммуноглобулинов A, M, G, существенно превышают норму, при всех клинических формах бруцеллеза у детей и подростков. При этом их количество не отличается между собой в зависимости от клинической формы заболевания. Следовательно, изучение этих показателей может быть использовано не только для уточнения отдельных звеньев патогенеза болезни, а также в качестве критериев эффективности проводимой терапии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Зияев М.Б., студент магистратуры I курса психиатрии

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Азимова Г.А., ассистент кафедры психиатрии и наркологии АГМИ

Исследования. Исследование выполнено в отделении АОПНД. Изучаемую выборку составили пациенты, из числа получавших стационарное лечение в отделении АОПНД в период с 2016 по 2019 гг. Согласно поставленным в исследовании цели и задачам, отбор пациентов проводился по следующим диагностическим направлениям: Верифицированный диагноз депрессивный эпизод (Р 32); рекуррентное депрессивное расстройство (И 33); биполярное расстройство (Р 31) (Согласно диагностическим критериям МКБ-10). Были разработаны следующие критерии включения-Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет, подписавшие информированное согласие для участия в исследовании. Наличие актуальной депрессивной симптоматики на момент включения пациентов в исследование. Результаты исследования. При оценке МС было изучено 89 пациентов, проходивших лечение по поводу актуального депрессивного состояния, до начала терапии и после 6-недельного лечения. У 45% больных (40 человек), среди которых количество мужчин составило 38% (15 человек), женщин - 62% (25 человек), был выявлен МС при первом обследовании. После проведения купирующего этапа тимоаналептической терапии частота встречаемости данного кластера метаболических нарушений статистически значимо увеличилась - 58% (52 человека) (<p* = 1,808; p < 0,05), где распределение по тендерному признаку было схожим (^2 = 0,009; p = 0,925), преобладало число женщин - 62% (32 человека), тогда как количество мужчин составило 38% (20 человек). Результаты исследования не выявили существенных различий между распространенностью МС у пациентов с биполярным расстройством и рекуррентным депрессивным расстройством: первых, соответствующих критериям МС, было 46%, вторых - 44%. Только у пациентов с рекуррентной депрессией отмечено статистически значимое увеличение МС в процессе краткосрочной терапии: при первичном обследовании у 44% (22 пациента), при повторном - у 64% (32 пациента) (<p* = 2,02; p < 0,05). В изучаемых выборках больных были получены данные, говорящие о различной связи риска развития МС с возрастом у пациентов с биполярным и рекуррентным депрессивными расстройствами. При биполярном расстройстве значительно чаще МС регистрировался у пациентов в возрасте до 40 лет (53,8% против 25% при рекуррентной депрессии). Средний возраст пациентов с метаболическим синдромом при биполярном расстройстве был ниже и составил 41,7±11,4 лет против 50,6±9,7 лет при рекуррентном течении депрессивного расстройства. Выводы. 1. Обнаружена широкая распространенность метаболического синдрома у пациентов с аффективными нарушениями. До 58% пациентов с депрессией имеют проявления метаболического синдрома, что существенно увеличивает риски развития сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих первое место по распространенности и причинам смертности.

НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Зияев М.Б., студент магистратуры I курса психиатрии

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Азимова Г.А., ассистент кафедры психиатрии и наркологии АГМИ

Цель исследования. Разработка клинико-динамических закономерностей непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии для уточнения критериев их дифференциальной диагностики и судебно-психиатрической оценки. Материалы и методы исследования. Обследовано 78 подэкспертных мужчин, в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся на АОПНД с 2016г. по 2019г., которым был установлен диагноз эпилепсии. Основную группу наблюдений составили 43 пациента, у которых данный диагноз был впервые установлен при проведении настоящего судебно-психиатрического обследования в Центре. Группа сопоставления сформирована из 35 больных, которым диагноз эпилепсии был установлен ранее до проведения настоящей экспертизы. Для диагностики имеющихся при эпилепсии психических расстройств в работе использованы диагностические критерии МКБ-10: разделы G 40 (эпилепсия) и F.0 (органические, включая симптоматические психические расстройства). Результаты исследования Клинико-психопатологические особенности. В обеих группах преобладали лица в возрасте от 18 до 40 лет (82% и 77%) с длительностью заболевания от 11 до

30 лет (56% и 54%). Начало заболевания в обеих группах пришлось на дошкольный и школьный возраст (до 20 лет), дебют в группе с позднее диагностированной эпилепсией чаще был бессудорожным. Все психопатологические расстройства у обследованных лиц были разделены на продуктивные и негативные. При анализе синдромологической структуры заболевания было выявлено, что у больных из группы с несвоевременно диагностированной эпилепсией чаще выявлялись синдромы продуктивных психопатологических расстройств, в то время как негативные дефицитарные симптомокомплексы были примерно в равной степени присущи обследованным обеих групп. Продуктивные расстройства проявлялись: 1) аффективными, 2) невротическими, 3) галлюцинаторно-бредовыми, 4) двигательными, 5) синдромами помрачения сознания. Аффективные нарушения были преимущественно дисфорическими (у 93% и 100% больных в обеих группах). Депрессии были более характерны для больных основной группы (67% и 49%), маниакальный и гипоманиакальный синдромы удавалось выявить лишь у 9% и 11% обследованных. Вывод. Клинические проявления непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии включают продуктивные и негативные нарушения. Продуктивные нарушения с присущим им полиморфизмом проявлений маскируют истинную эпилептическую природу психических расстройств и представлены аффективными, невротическими, галлюцинаторно-бредовыми, двигательными нарушениями и синдромом помрачения сознания. Негативные нарушения характеризуются истощаемостью психической деятельности, психопатоподобными расстройствами (изменения личности), эмоционально-волевыми нарушениями, дефицитарными расстройствами мышления, явлениями слабоумия; обладают большей стойкостью, инвариативностью, устойчивостью к терапии и наиболее патогномоничны.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Зуфарова Ш.А. (д.м.н. доцент кафедры акушерство-гинекологии и детской гинекологии ТашПМИ),

Холматова Ш.Ш. (магистрант первого курса кафедры акушерство-гинекологии ТашПМИ)

Актуальность темы: Хронический пиелонефрит в структуре экстрагенитальной патологии у беременных по праву занимает ведущее место (48-54%). Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода, проявляющееся в значительной частоте угрозами прерывания беременности, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, гипоксии плода, его внутриутробного инфицирования, осложненного течения периода адаптации у новорожденного.Сидорова И.С., Кирющенков А.П. и Вартанова А.О. выделяют факторы, предрасполагающие к возникновениюпиелонефрита: нейрогуморальные сдвиги в организме беременной (в 23–28 недель происходят выраженные гормональные изменения в среде плацентарной системы), механический фактор (сдавление мочеточников увеличенной беременной маткой), а также наличие очага инфекции в организме. Цель работы: Изучить ретроспективные данные у беременных с хроническим пиелонефритом. Материалы и методы исследования: Были проанализированы 32 истории болезней женщин с хроническим пиелонефритом,находившихся на лечении в отделении ОПБ 4 ГКБ имени И.Иргашева в 2017-2019 г.г. и, где им был проведен ряд обследований: клинический осмотр, сбор акушерского и гинекологического анамнезов, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, УЗИ почек, доплерометрия плода. Все эти женщины были госпитализированы в 16-36 недельном сроке беременности. Также при обследовании у этих женщин было выявлено обострение хронического пиелонефрита. Результат исследований: в итоге обработки результатов у многих из этих женщин с ХП в стадии обостренияобыла выявленапреэклампсия беременности, в том числе у 7 лёгкая преэклампсия, у 9 средней тяжести преэклампсия и у 6 тяжелаяпреэклампсия. Проанализировав данные амбулаторных карт беременных и истории болезней и родов, мы установили, что прогрессирование преэклампсии отмечалась в сроках 22-36 неделях беременности. Таким образом, в результате исследования выявлено, что в основе развития преэклампсии у беременных с ХП лежат значительные нарушения в иммуногуморальной и регуляторной системах.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Ибрагимов Х.Р. студент 634 группы лечебного факультета АГМИ

Кафедра Госпитальной терапии

Научный руководитель Китян С.А.

Цель. Оценить факторы, связанные с удовлетворенностью качеством медицинского обслуживания, в зависимости от пола и места жительства респондентов. Материал и методы. Материалом работы послужили результаты анкетирования 2567 посетителей медицинских учреждений г. Андижан и Андижанской области. Сбор данных проводился при помощи опросника, непосредственно в клинике АГМИ им.Ю.Атабекова. Для статистической обработки результатов исследования применялся пакет программ Statistica10.0. Результаты. В выборке опрошенных 2567 посетителей медицинских учреждений 27% мужчин и 73% женщин; 73% жителей города и 27% жителей сельской местности, что соответствует модели распределения жителей Андижанской области. Вопросы анкеты были разделены на категории факторов: отношение медицинских работников учреждения, условия пребывания в учреждении, организация работы учреждения, доступность медицинской помощи, результативность медицинской помощи. Величина коэффициента принимает значение от 0 (посетитель совершенно не удовлетворен качеством медобслуживания) до 1 (посетитель оценил качество медобслуживания на «отлично»). В целом по выборке коэффициент удовлетворенности качеством медицинских услуг составил 0,44 (0,31;0,59), что можно интерпретировать следующим образом – посетители медицинских учреждений удовлетворены качеством медицинской помощи на 44% от максимально возможного уровня. Мужчины выше оценивают качество медицинской помощи: 0,45 (0,29; 0,59) vs 0,44 (0,32; 0,59), p=0,022. При этом женщины выше оценивают организацию работы учреждения – 0,44 (0,31; 0,61) vs 0,42 (0,31; 0,58), p<0,001. Горожане более высоко оценивают качество медицинских услуг, чем сельские жители. Пациенты, получавшие медицинскую помощь в городских учреждениях здравоохранения, выше оценивают отношение медработников 0,44 (0,22; 0,67) vs 0,39 (0,20; 0,67) (p<0,001), организацию работы учреждения - 0,47 (0,33; 0,61) vs 0,36 (0,28; 0,56) (p<0,001), доступность медицинской помощи - 0,57 (0,37; 0,70) vs 0,50 (0,33; 0,63) (p<0,001). Выводы. Установлено, что в сельской местности наблюдается меньшая удовлетворённость качеством медицинского обслуживания, однако условия пребывания и результативность лечения оценивается пациентами городских и сельских учреждений здравоохранения на одинаковом уровне. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки организационных мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания.

АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Ибрагимов Ш.У., студент 122 группы лечебного факультета СамМИ,

Шамсиева М.М., студентка 105 группы факультета медицинской педагогики

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - D.Ph. Аминов З.З.)

Научный руководитель ст.преп. Хакимова Х.Х.

Компьютеры облегчают жизнь современной молодежи. На сегодняшний день необходимо уметь пользоваться компьютером и извлекать нужную информацию. При работе с компьютером существуют положительные моменты: получение дополнительной информации в интернете, возможность общения с людьми, возможность подготовки учебных заданий, дистанционное обучение, использование учебных развивающих программ, возможность отдыха. В то же время компьютеры могут вызвать зависимость. Погружаясь в виртуальный мир, человек отходит от реальности, перестает интересоваться окружающим. Стоит отметить, что именно молодежь поддается пагубному влиянию быстрее и легче. Молодые люди, страдающие от компьютерной зависимости, как правило, уделяют меньше внимания учебе и общению вне интернета. Компьютерная зависимость имеет два направления: компьютерные игры и интернет. В свою очередь, зависимость от интернета включает в себя зависимость от социальных сетей, интернет-казино, просмотров кинофильмов, интернет - магазинов, онлайн игр. Всё это очень опасно для нашей психики. Компьютерная зависимость - остаётся самым распространенным и доступным «наркотиком» для современной молодёжи. Цель работы: Выявить наличие и степень интернет-зависимости у студентов Самаркандского государственного медицинского института. Материал и методы исследования: Исследование проводилось путем анкетирования

по методике Кимберли Янга. Это психологическое тестирование для определения наличия интернет-зависимости. Опросник состоит из 20 вопросов, с помощью которых можно определить интернет-зависимость. Критерии оценки следующие: набравшие 20-49 баллов относятся к обычным пользователям Интернета. 50-79 баллов – существуют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом и 80-100 баллов - интернет-зависимость. В анкетировании приняли участие студенты 1-курса педиатрического факультета СамМИ, общее количество опрошенных составило 106 человек. Из них девушки составили 50 студенток (47%) и парни соответственно 56 студентов (53%). Результаты: Результаты исследования показали, что у 59% опрошенных нет интернет-зависимости, они являются обычными интернет-пользователями, 39% респондентов много времени проводят в Интернете, в силах себя контролировать, но есть определенные проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, интернет-зависимость выявлена у 2% опрошенных. Средняя продолжительность пребывания в Интернете составляет 2-3 часа. Выводы: Компьютерные игры занимают важное место в структуре досуга молодых людей, причем юноши увлечены ими гораздо больше, чем девушки. Распространенность пользования интернетом студентами больше, чем компьютерными играми. Пользование интернетом студентами можно считать осознанным, поскольку они обращаются к интернету из-за желания найти там необходимую информацию. Однако стоит отметить, что чем больше молодые люди проводят в интернете, тем меньше у них живого общения. Таким образом, можно сделать вывод, что формирование зависимости от компьютера и интернета представляет собой реальную угрозу, нанося вред психическому и физическому здоровью молодых людей. Совершенно очевидно, что юношей и девушек группы риска необходимо своевременно выявлять и проводить с ними соответствующую коррекционную и профилактическую работу с целью предупреждения формирования у них интернет-зависимости.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОТЯГОЩЁННОМ СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ

Ибрагимова М.Б., Кудратова З.Э., Ибрагимова Н.С.

Кафедра клиническая лабораторная диагностика (зав.каф.- и.о. асс. Юсупова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Кувандиков Г.Б.

Цель: Оценить клинические характеристики аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у кровных родственников. Материалы и методы: В качестве объекта исследования выбраны пациенты с АИЗ ЩЖ (аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы) и их кровные родственники с хроническим АИТ (аутоиммунным тиреоидитом) и ДТЗ (диффузным токсическим зобом), всего 100 человек (9 мужчин и 91 женщина). Было обследовано 49 семей. Результаты: Семейная кластеризация АИЗ ЩЖ выглядит следующим образом: в 11 (23%) семьях АИЗ ЩЖ прослеживались на протяжении одного поколения - среди сибсов, возраст которых составил 29 [24; 41] лет. Сибсы с АИТ выявлены в 45% семей, с ДТЗ в 18%, были диагностированы оба АИЗ ЩЖ у 36% семей. В 38 (77%) семьях АИЗ ЩЖ были у родителя и потомка (58 [51; 65] и 30 [26; 39] лет, p=0,001),у 55% семей - АИТ, у 26% - ДТЗ, в 19% семей были установлены оба заболевания. Возраст постановки диагноза АИЗ ЩЖв группе родителей 47 [42; 56,5] лет и в группе потомков 23,7 [21,1; 26,8] лет, p=0,001, т.е. имеет место снижение возраста дебюта заболевания в пределах двух поколений (генетическое ожидание), как при АИТ, так и при ДТЗ. В группе пациентов с ДТЗ большее количество пациентов имело декомпенсированную функцию ЩЖ, чем в группе лиц с АИТ, 58% и 41%.Наблюдалось уменьшение количества компенсированных пациентов с ДТЗ в пределах двух поколений: 25% - в группе потомков и 37,5% - в группе родителей, p=0,048. В группе лиц с АИТ больше компенсированных в группе потомков 41% и меньше 19% - в группе родителей, p=0,001.Среди старшего поколения установлено большее число пациентов с зобом, как в группе лиц с ДТЗ (23% и 13%), так и при АИТ (23% и 13%). Выводы: В семьях с АИЗ ЩЖ преобладают пары мать - дочь. Дочери матерей, с аутоиммунным поражением ЩЖ, составляют группу риска развития АИЗ ЩЖ с прогнозируемой датой дебюта в возрасте младше, чем у матери, имеет место феномен генетического ожидания. Количество пациентов, достигших ремиссии заболевания в группе потомков с ДТЗ было меньше, чем в группе родителей. В группе пациентов с АИТ, напротив, доля компенсированных пациентов в группе потомков оказалась выше.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Ибрагимова М.Б. студентка 402 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.-д.м.н. Шодикулова Г.З).

Научный руководитель ассистент Шеранов А.М.

Цель работы – оптимизировать изучение концентрации альдостерона у больных с недостаточностью кровообращения (НК) пожилого возраста. Материал и методы исследования: Обследовано 60 больных с НК II,III ст. 60-74 лет, использованием иммуноферментного анализа определения концентрации альдостерона в плазме крови. Результаты: Установлено, что во второй стадии НК у больных было выявлено незначительное повышение активности альдостерона 76±6 пг/мл/ч. По мере прогрессирования стадии болезни у больных данной группы сопровождалось значительным повышением концентрации 125±13 пг/мл/ч которая превышала таковую у здоровых лиц. Были значительные различия активности альдостерона плазмы в зависимости от пола и стадии болезни. Так у больных мужского пола в начальных стадиях НК отмечено более выраженная активация этого гормона в плазме, чем у женщин. В более поздних стадиях заболевания у женщин отмечалось повышение концентрации альдостерона более выражено, чем у мужчин. По мере прогрессирования болезни и в последних стадиях концентрация альдостерона плазмы была почти одинаково у мужчин и у женщин. Выводы: Таким образом, анализ исходного уровня концентрации альдостерона в зависимости от стадии болезни выявил, что с прогрессированием болезни увеличивается количество больных с высоким уровнем альдостерона в плазме.

СТРАДАЕТ ЛИ ПЕЧЕНЬ ПРИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ?

Иванов Д.А., ординатор по специальности «Терапия», БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР»

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП (зав. каф. – д.м.н., проф. Пименов Л.Т.)

д.м.н., профессор Иванов Л.А.

Цель. Изучить состояние печени у больных с СД 2 типа и диффузными изменениями печени по данным УЗИ при назначении терапии статинами. Материалы и методы исследования. Материалами послужили объективные данные, биохимические показатели крови (СОЭ, АСТ, АЛТ, общий билирубин и фракции, общий белок, альбумин, ПТИ) УЗИ печени 42 пациентов. Результаты. Среди 42 пациентов было 24 женщины и 18 мужчин. Средний возраст – 53,4 года. Средний ИМТ пациентов 32,4 кг/м^2. При поступлении биохимические показатели были следующие: СОЭ 24,1±5,2 мм/ч, АСТ – 28,4±3,1 Ед/л, АЛТ 25,6±2,1 Ед/л, общий билирубин 17,1±1,2 мкмоль/л, прямой билирубин 8,2±1,5 мкмоль/л, непрямой билирубин 10,8±2,5 мкмоль/л, общий белок 67,3±2,8 г/л, альбумин 49,1±3,4 г/л, ПТИ 86,7±7,8%. УЗИ печени показывало у 100% пациентов диффузно неоднородную структуру, повышенную эхогенность, сниженную звукопроводимость (признаки НАЖБП); у 90% пациентов имелась гепатомегалия. Всем была назначена терапия статинами (симвастатин), оценивались те же показатели через 7 суток. В результате лечения получены следующие средние значения: СОЭ 22,5±3,2 мм/ч, АСТ – 29,9 ±1,8 Ед/л, АЛТ 27,1±1,1 Ед/л, общий билирубин 18,1±1,1 мкмоль/л, прямой билирубин 8,0±1,6 мкмоль/л, непрямой билирубин 12,8±1,5 мкмоль/л, общий белок 66,4±2,1 г/л, альбумин 47,1±2,8 г/л, ПТИ 85,1±6,4%. Выводы. Средние значения биохимических показателей состояния печени имели тенденцию к повышению, однако через 7 суток от назначения терапии статинами они находились в пределах нормы. Нормализировались также показатели у 4 больных, у которых были повышены показатели АСТ и АЛТ. Таким образом, терапия статинами не оказывает влияния на показатели печеночных проб. Наши данные согласуются с данными исследования HALT-C.

ОСТРОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванов Д.А., ординатор по специальности «Терапия», БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР»

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП (зав.каф. – д.м.н., проф. Пименов Л.Т.)

д.м.н., профессор Пименов Л.Т.

Цель: Изучить функционального состояния печени и выявление признаков острого поражения печени у больных с декомпенсацией ХСН. Материалы и методы исследования: Лабораторно-инструментальных данные 144 пациентов с декомпенсацией ХСН, соответствующей клинической картине IIA – IIБ стадии, терапевтического отделения ГКБ №9 г. Ижевска. Контрольная группа - 63 пациента - практически здоровые лица. У всех пациентов сравнивались показатели индекса массы тела (ИМТ), печеночных трансаминаз, общего билирубина и его фракций, ГГТП при поступлении и через 7 последующих суток. Результаты: Средний ИМТ пациентов первой группы составил 31,8 кг/м^2. Средние значения лабораторных показателей при поступлении: АСТ – 30,3 Ед/л, АЛТ – 23 Ед/л, ГГТП – 72,1 Ед/л, общий билирубин – 23,8 мкмоль/л, прямой билирубин – 11,1 мкмоль/л, непрямой билирубин – 18,3 мкмоль/л. Средние значения этих же показателей через 7 сут после поступления: АСТ – 27,9 Ед/л, АЛТ – 24,4 Ед/л, ГГТП – 56 Ед/л, общий билирубин – 16,2 мкмоль/л, прямой билирубин – 7,04 мкмоль/л, непрямой билирубин – 11,4 мкмоль/л. В контрольной группе средний ИМТ составил 24,6 кг/м^2, показатели клинико-лабораторных исследований: АСТ – 29,5 Ед/л, АЛТ – 26,6 Ед/л, ГГТП – 27,2 Ед/л, общий билирубин – 11,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,2 мкмоль/л, непрямой билирубин – 7,8 мкмоль/л. (табл. 1-3). У 10 из 144 наблюдавшихся больных установлено 2-3-кратное повышение уровня АСТ и/или АЛТ на фоне повышения уровня билирубина и его фракций. Последнее не исключает субклиническую форму острого поражения печени, являющегося предпосылкой для развития острой печеночной недостаточности. Выводы: У больных с декомпенсацией ХСН возникает дисфункция печени, иллюстрируемая, в первую очередь, нарушениями обмена билирубина, нарастанием активности ГГТП. У 7% больных имеют признаки субклинической формы острого поражения печени. Полученные данные несомненно могут влиять на метаболизм и активность назначаемых при ХСН препаратов, определяя результаты лечения и прогноз.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Иванова К.Л., студентка 505 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра патологической физиологии (зав.каф. -д.м.н., проф. Брындина И.Г.)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Яковенко О.В.

Известно, что мотивация достижений выражается в потребности преодолевать препятствия и добиваться высоких показателей в труде, самосовершенствоваться, соперничать с другими и опережать их, реализовать свои таланты и тем самым повышать самоуважение. Диагностика двух мотивов личности: стремление к успеху и стремление к избеганию неудач и определение доминирования одного из этих мотивов позволяет прогнозировать стремление к карьерному росту, развитие стрессоустойчивости и других лидерских качеств у студентов. Цель работы: определить выраженность мотивации достижения успеха у студентов медицинской академии и оценить ее динамику в процессе обучения в ВУЗе. Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие студенты разных факультетов и курсов Ижевской государственной медицинской академии составившие 4 экспериментальные группы: первый курс (n=150 человек), третий (n=150), шестой (n=200) и лонгитюд – с первого по шестой (n=200). Всем испытуемым проведены письменный анкетированный опрос по методике А.Мехрабиана в модификации М.Ш. Магомед-Эминова «Определение уровня мотивации достижения успеха» и согласно ключу к тесту сделана обработка результатов, позволяющая выявить выраженность мотивов стремления к успеху и стремления к избеганию неудач. Результаты: Определение мотивов достижения на разных курсах обучения в ВУЗе (% от общего числа испытуемых в группе) показало, что на высокие достижения ориентированы на первом курсе - 2,66%, на третьем- 2,58% и на шестом - 2,59% студентов медицинского ВУЗа. Тогда как доминирующее большинство обучающихся в высшей медицинской школе, как на первом, так и на втором и шестом курсах стремятся избегать неудач (97,32%; 97,42% и 97,41% соответственно). Следовательно, мотивы к достижениям у всех студентов независимо от курсов низкие, абсолютно доминирующее большинство стремиться избегать неудач. Отличий по курсам не выявлено. Результаты исследования мотивов достижения в динамике обучения в ВУЗе в логитюдной группе (% от общего числа испытуемых в группе) свидетельствуют о том, что ведущей мотивацией, сохраняющейся на протяжении всех лет обучения в ВУЗе, является избегание неудач – 1 и 6 курс 100%, 3-й - 97,8%. Потребность в достижениях минимально представлена у студентов 3 курса - 2,2%, на начальном и выпускном курсах- отсутствует (0%). Следовательно в динамике обучения у студентов логитюдной группы сохраняется лидирующая позиция мотива избегания неудач. Сопоставление полученных результатов изучения уровня мотивов достижения успеха у студентов с данными исследования у этих же групп мотивов обучения в ВУЗе выявило обратную корреляционную связь между потребностью в достижениях и мотивацией получения диплома. Выводы: Таким образом, лидирующее большинство обучающихся в высшей медицинской школе, без отличий по курсам и в лонгитюдной группе, имеет низкие потребности в достижениях и стремится только к избеганию неудач. При этом чем, выше потребность в достижениях у студентов, тем ниже их мотивация - получение диплома.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Иванова Р.Ю., Ермолаев Л.А, Трофимов Р.В., лечебный факультет 3 курс 322 группа

МЗ РФ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой: Халимов Э.В., док. мед. наук, профессор

Научные руководители: канд. мед. наук, ассист. Михайлов А.Ю., канд. мед. наук, доц. Соловьев А.А.

Цель работы: изучить эндотелиальную дисфункцию в развитии острого деструктивного панкреатита. Задачи: выявить количественные и качественные изменения эндоцелиоцитов крови у пациентов с острым панкреатитом (ОП). Материалы и методы: изучалось содержание десквамированныхэндотелиоцитов (ДЭ) у больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении БУЗ МЗ УР ГКБ №6 с ОП. ДЭ определялись в венозной крови пробирочным методом по Николаеву с добавлением красителя; сформированы две группы исследуемых – основная (пациенты с ОП; 20 человек) и контрольная (здоровые молодые люди; 8 человек). Полученные результаты: в норме количество ДЭ в крови не более 1-10 нормохромных единиц на 100 мм^2. У пациентов с острым отечным панкреатитом, получающих консервативное лечение, в первые сутки после поступления (18%) наблюдается увеличение количества циркулирующих ДЭ в 8 раз по сравнению с контрольной группой (в среднем 80 ДЭ на 100 мм2), из которых 60% нормохромные и 40% гиперхромные. На 5-10 сутки (12%) после начала лечения количество ДЭ значительно снизилось и составляло в среднем около 47 Э на 100 мм2 с преобладанием гиперхромных. У больных с острым деструктивным панкреонекрозом в послеоперационном периоде (45%), количество ДЭ составило 50 ДЭ на 100 мм2, из которых 56% нормохромные и 44% гиперхромные. У больных с осложнениями (острый деструктивные панкреатит, панкреонекроз) в дооперационном периоде (25%) количество Э в крови увеличивается почти в 20 раз (в среднем 195 Э на 100 мм2) с преобладанием гиперхромных (57%) над нормохромными (43%). Выводы: при ОП наблюдается значительное увеличение в крови ДЭ по сравнению с контрольной группой, однако у больных с осложненным панкреатитом (панкреонекрозом) увеличение ДЭ в крови значительно выше, чем у больных с отечным панкреатитом, а количество гиперхромных преобладает над нормохромными - это говорит о том, что увеличение числа ДЭ в крови и их гиперхромность пропорциональны степени тяжести заболевания. Уменьшение количества ДЭ у больных в послеоперационном периоде свидетельствует о стабилизации деструктивного процесса и уменьшении системной воспалительной реакции.Уменьшение количества ДЭ у больных, получающих консервативное лечение, является аргументом в продолжении лечения.Можно судить, о том, что количество и качество ДЭ имеет важное диагностическое значение в определении прогноза и тактики лечения пациентов с ОП.

ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ

Игамкулова Д.Ф., студентка 212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав.каф.- к.м.н., доцент Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: ассистент Умирова С.М.

Каждый специалист, работающий со здоровыми и больными людьми, должен приобрести знания и навыки общения с ними, навыки педагога и воспитателя. Особенно важное значение приобретает это положение, если речь идет об общении врача, воспитателя с больными или инвалидами. По сути, в этих, целях вполне приемлемо использовать основные принципы медицинской деонтологии и этики. Цели медицины органически включает в себя нравственные оценки не только потому, что предполагают этические нормы взаимоотношений врача и больного, по и потому, что соблюдение деонтологических норм медиками само по себе дает лечебный эффект. Прежде всего целесообразно вспомнить, что такое мораль и этика. Мораль (от лат. «moralis» - нравственный, соблюдающий обычаи) – одна из форм общественного сознания, представляющая собой совокупность норм и правил поведения, характерных для людей данного общества. Этика (от греч. «ethos» нрав, обычай, характер) – это раздел философии, изучающий и разрабатывающий теорию морали, научное обоснование того или иного понимания добра и зла, долга, совести и чести, справедливости, смысла жизни. Мораль и этика имеют общие смысловые корни, составляющие суть термина. И как этого следует ожидать, мораль и этика – это категории, определяющие поведение человека в обществе. Мораль и этика охватывают все стороны жизнедеятельности человека, в том числе и его профессиональную деятельность. Одним из разделов этики является профессиональная этика, разрабатывающая моральные принципы выполнения человеком своих профессиональных обязанностей. Разновидностью профессиональной этики является медицинская этика. В начале XIX века английский философ, правовед, священник Иеремия Бентам термином «деонтология» определили науку о поведении человека любой профессии. Предметом медицинской деонтологии являются главным образом вопросы разработки этических норм и правил поведения медицинского работника при его общении с больными. Однако, несмотря на то, что понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» нетождественны, они должны рассматриваться в диалектической взаимосвязи. Нормы и принципы врачебной деонтологии и этики могут верно ориентировать медицинского работника в его профессиональной деятельности только в том случае, если они не произвольные, а научно обоснованы. Таким образом, медицинские этика и деонтология изучают и определяют решение различных проблем межличностных взаимоотношений по 4 основным направлениям: медицинский работник - больной, медицинский работник – родственники больного, медицинский работник - медицинский работник, медицинский работник - общество. Соблюдение моральных норм является одной из необходимых сторон в деятельности любого специалиста, работающего с людьми. Важнейшей чертой их морального долга является то, что все их поступки и действия выступают как должное.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДЕТЕЙ

Игамова Л.Ш., магистр 2 курса, Д. Убайдов, магистр 3 курса СамГМИ, Игамова С.С.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность: Ограничение поступления кислорода к головному мозгу, связанное как со снижением содержания кислорода в артериальной крови, так и с уменьшением величины мозгового кровотока, вызывают разнообразные физиологические и патологические изменения в головном мозге новорожденного ребенка.Гипоксически-ишемическое поражение (ГИП) является одной из самых частых причин перинатальной смертности и поражения ЦНС, составляя по данным разных авторов 40-50%. Частота ее в общей популяции достигает 5-6%, а около 20% детей, перенесших ГИП, в последующем страдают неврологическими заболеваниями различной степени тяжести. Цель: изучить факторы риска развития последствий перинатальных гипоксических поражений ЦНС у детей. Материалы и методы исследования: объектами исследования стали 80 детей в возрасте до 2х лет. 20 детей с детским церебральным параличом (ДЦП), 20 детей с резидуальной церебральной органической недостаточностью (РЦОН), 20 детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД), 20 здоровых детей для выявления основных факторов, влияющих на развитие ППП ЦНС, изучались данные медицинской документации (паспорт новорожденного, выписки из медицинской карты матери и ребенка), оригинальной анкеты анализа неблагоприятных медико-биологических, наследственных и социальных факторов. Результаты исследование: в результате сравнения всех трех групп детей с ППП ЦНС и контрольной группы были выявлены особенности течения беременности матерей с детьми с ППП ЦНС.С угрозой прерывания беременности было зарегистрировано: 10% матерей, родивших здоровых детей, в 28,8%наблюдений у матерей, детям которых впоследствии был выставлен диагноз ДЦП, в 34,3% и 38,6% наблюдений, с последующим исходом в РЦОН и ММД соответственно. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) достоверно чаще ($p<0,01$) регистрировалась в группе ДЦП и составила 26% наблюдений, при РЦОН - 15,5%, при ММД этот показатель был в пределах 6,5%. Достаточно высоким был показатель наличия экстрагенитальной патологии во время беременности у матерей детей с ППП ЦНС- при ДЦП он регистрировался в 77,8% наблюдений, при РЦОН - у 73,6% и в группе ММД - в 66,9% наблюдений. При ППП ЦНС часто выявлялось патологическое течение родов - преждевременное излитие околоплодных вод (25% обследованных), слабость родовой деятельности (21,9% случаев), слабость потужного периода с применением ручных и инструментальных пособий в родах (10,9% пациентов). В группе детей с ППП ЦНСпри рождении отмечена низкая масса тела ($p<0,001$). Масса тела меньше 2500 г при ММД была выявлена у 20,6% детей, в группе детей с РЦОН - в 36,5% наблюдений, а при ДЦП этот показатель составил 55,2%. Роды крупным плодом (вес при рождении более 4200 г) также регистрировались только среди детей с ППП ЦНС, преобладая в группах ДЦП и РЦОН - 5,9% и 4,6%, при ММД этот показатель составил 2,5%. Оценка по шкале Апгар в 7-8 баллов у детей с ММД и РЦОН регистрировалась достоверно чаще, чем в группе ДЦП ($p<0,001$). Более половины детей с ДЦП имели оценку по шкале Апгар 6 и менее баллов на 5й и 10-й минутах (52,4%), в то время как при РЦОН этот показатель составил 19,4%, а при ММД - 12,9%. Вывод: высокая медико-социальная значимость данной проблемы диктует необходимость выделения детей с отягощенным акушерским анамнезом в особую группу риска, имеющих высокий уровень угрозы по развитию неврологической патологии перинатального генеза.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Икромова П.Х. студентка 401 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра психиатрии, мед. психологии и наркологии (зав.каф. - к.м.н. Велиляева А.С.)

Научный руководитель: преподователь Тураев Б.Т.

Онкологические заболевания являются не только серьезной сугубо медицинской проблемой, но и относятся к высоко стигматизирующим, социально и психологически дезадаптирующим факторам для самих пациентов, что в свою очередь отражается на их психоэмоциональном состоянии и качестве жизни. Цель – исследовать клинико-психологические особенностипсихоэмоционального состояния пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями в стадии ремиссии, с целью улучшения качества жизни. Материалы и методы. На базе республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Самаркандского филиала совместными усилиями специалистов центра и сотрудников кафедры психиатрии было обследовано 32 чел. (средний возраст 36,93±14,63лет), страдающие онкологическими заболеваниями (острые лейкозы – 9 (28,2%); лимфома – 3 (9,3%); нейробластома – 2 (6,3%); нефробластома –2 (6,3%); рак молочной железы – 2 (6,3%); другие локализации – 14 (43,6%)), из них женщины – 22 (68,8%), мужчин – 10 (31,2%), работающие – 24 (75%), не работающие (имеющие инвалидность) – 8 (25%), с высшим образованием – 14 (43,8%), состоящие в браке – 17 (53,1%). Критерии включения: пациенты с онкологическими заболеваниями в стадии ремиссии 5 лет и более. Использовались методы: клиническая психодиагностическая шкала тревожности Спилбергера-Ханина и шкала депрессии Бека. Результаты. Исследование выявило наличие у пациентов фобий – 25 чел.(78,1%), таких как канцерофобии – 19 (76,0%), танатофобия – 8 (32,0%),страх за семью – 5 (20,0%), арахнофобия – 1 (4,0%), дентофобия – 1 (4,0%), акрофобия – 1 (4,0%), клаустрофобия – 1 (4,0%), страх одиночества – 1 (4,0%);

длительного подавленного настроения – 25 (78,1%); головных болей при утомлении – 24 (75,0%); замкнутости и ограничения контактов всвязи с болезнью – 11 (34,4%). Анализ психоэмоционального состояния показал наличие астении (сред.балл 62,0±7,9); высокой реактивной тревожности (сред. балл 37,2±9,1) и личностной тревожности (сред. балл 43,7±5,8), депрессии (сред. балл7,9±4,5). Исследование качества жизни выявило неудовлетворенность пациентов в следующих сферах: физической – 25 (78,1%), из которых большинство отметили у себя плохой сон, быструю утомляемость, недостаток активности в повседневной жизни; «окружающая среда» – 22 (68,8%), что проявлялось недостатком полноценного отдыха и развлечений, финансовых ресурсов; отношений – 21 (65,6%), выражающееся неудовлетворенностью поддержкой окружающих и личными взаимоотношениями; психологической – 18 (56,3%), проявляющееся недовольством собой и отсутствием в жизни радости и счастья независимости – 18 (56,3%), что выражалось неудовлетворенностью своей работоспособностью и выполнением повседневных дел. Выводы. Психоэмоциональные нарушения у больных онкологическими заболеваниями в стадии длительной ремиссии, характеризуются наличием фобий, астении, депрессии и высокой тревожности (реактивной и личностной). В комплекс реабилитационных мероприятий данного контингента больных необходимо включить психотерапевтические методы коррекции эмоционального состояния, с целью улучшения их качества жизни.

АЛЛЕРГИЯ. ИММУННЫЙ СТАТУС

Илиади В.А., Широбокова С.С., студентки 204 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (зав.каф. – профессор, д.м.н. Шумихина Г.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Соловьев А.А.

Сегодня аллергия является одной из глобальных проблем общественного здравоохранения. Вопросы повышения иммунного статуса имеют важное значение для каждого человека. По утверждениям ряда гематологов, функциональное состояние эритроцитов является интегральным показателем, отражающим уровень функционирования всего организма. Цель работы: изучение вопросов иммунного статуса, анализ аллергических реакций организма, выявление аллергенов. Материалы и методы: в работе была использована кровь практически здоровых лиц и лиц с аллергией, аллергены: 5% растворы глюкозы, сахарозы, фруктозы, краситель-метиленовый синий. Клетки крови помещали в физиологический раствор и подвергали воздействию знакопеременного микроэлектрофореза. При этом исследовали электрокинетические свойства клеток, помещенных в знакопеременное постоянное электрическое поле, создаваемое аппаратом «Цито-Эксперт». Для оценки электрокинетических свойств клеток оценивали амплитуду их колебаний, а также процент активных клеток. Далее осуществлялась аналитическая обработка полученных данных и составление формул с помощью программного обеспечения. Результаты: при сравнении крови здорового пациента и больного с аллергией было обнаружено, что у здорового пациента активность клеток (АК) выше, блеббинга и сладжа почти не наблюдается (АК=0,92). При введении в кровь пациента с аллергией глюкозы (АК=0,6) и сахарозы (АК=0,7) наблюдался усиленный блеббинг и сладж эритроцитов, их гемолиз – аллергическая реакция есть. На фруктозе подобных явлений не выявлено (АК=0,83). В процессе исследования был проведен анализ двух лейкоцитарных формул: до применения рибоксина и после. В результате, изменения оказались незначительными (1-2%), сдвигов в формуле почти не наблюдалось. Затем проводились сравнения воздействия антигистаминного препарата на клетки крови. Было выявлено, что супрастин повышает устойчивость клеток к действию аллергена, улучшает их активность, изменяет форму эритроцитов. Некоторые эритроциты связываются с моноцитами и нейтрофилами, блеббинга и сладжирования не наблюдается. Вывод: при аллергии снижаются биоэлектрические свойства эритроцитов. В присутствии аллергена, клетки крови становятся менее активными, меняют форму и размеры, наблюдается блеббинг лимфоцитов и нейтрофилов, сладжирование эритроцитов. Антигистаминные препараты повышают цитофизиологические характеристики клеток крови пациентов с аллергией.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Искандарова Ж.М., соискатель степени PhD базовой докторантуры ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: к.м.н. Шарипова Ф.К.

Актуальность проблемы: в последние десятилетия зарубежные психиатры уделяют особое внимание исследованию гендерных особенностей аффективной сферы у больных параноидной шизофренией. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных параноидной шизофренией. Цель исследования и задачи: изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и улучшения адаптации в социуме. Материалы и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), адля определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина. Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения. Выводы: установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АНЕМИЕЙ

Искандарова Ф.И.асс, Ахорова З.В.асс, Исмоилова Ю.А. маг. СамМИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО (зав. каф. – к.м.н. Агабабян И.Р.)

Научный руководитель к.м.н. Агабабян И.Р.

В настоящее время проблема коморбидности остаётся одной из самых важных в современной клинической практике. Анемия – достаточно частое явление среди коронарных больных. Так у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью анемический синдром встречается до 75% случаев. Материалы и методы. Обследовано 66 человек с нестабильной стенокардией и анемическим синдромом. Сформировано 2 группы пациентов. Первую группу составили 32 больных, получавших базисную терапию. Вторую группу - 34 пациента, получавших препарат Суфер (Юрия-Фарм, Украина) плюс базисная терапия. При оценке анемического синдрома определяли основные показатели красной крови: уровень гемоглобина, эритроцитов и сывороточного железа. Для оценки ангинозного статуса использовали данные теста шестиминутной ходьбы, количество приступов стенокардии в течение суток, количество применяемых таблеток нитроглицерина. При изучении эффективности купирования анемического синдрома выявлено, что на фоне применения препарата Суфер (Юрия-Фарм, Украина) имеет место положительная динамика основных

показателей красной крови. Так, в отношении уровня гемоглобина выявлено, что до терапии он составлял - 78,5+9,4 г/л. По окончании лечения, спустя 6 недель эти цифры составили - 125,4+7,4 г/л, p<0,05 соответственно. При изучении ангинозной симптоматики нами выявлено, что до начала терапии в первой группе больных получавших базисную терапию количество ангинозных приступов в сутки составляло 5,2+0,3, после лечения - 5,1+0,2. Потребность в нитроглицерине до лечения составила 6,2+0,1 таблетки, после шестинедельной терапии - 6,0+0,2 таблетки. Расстояние, которое пациент был способен пройти в течение шести минут, до лечения - 728,1+24,1 м, после лечения - 730,4+21,2 м, разность показателей во всех случаях недостоверна. Иная ситуация была во второй группе пациентов, применявших Суфер (Юрия-Фарм, Украина). До начала терапии количество ангинозных приступов в сутки составляло 5,1+0,1, после лечения - 3,0+0,2. Потребность в нитроглицерине до лечения составила 6,1+0,2 таблетки, после шестинедельной терапии - 3,1+0,1 таблетки. Расстояние, которое пациент был способен пройти в течение шести минут, до лечения - 730,4+21,2 м, после лечения - 948,2+19,4 м. Разность показателей во всех случаях статистически достоверна, p<0,05. Выводы: Препарат 3х валентного железа Суфер (Юрия-Фарм, Украина) эффективен в отношении значительного снижения количества приступов стенокардии, соответственно в уменьшении потребности в приеме нитроглицерина.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Искандарова Ф.И. асс., Исмоилов Ж.А. асс., СамМИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО (зав. каф. – к.м.н. Агабабян И.Р.)

Научный руководитель к.м.н. Агабабян И.Р.

Обследовано 53 больных ИБС, перенесших ИМ [мужчины – 36 (67,9%), женщины – 17 (32,1%)]. Средний возраст составлял 63,4±1,3 лет. Всем больным проводилось обследование: опрос и осмотр; общий клинический и биохимические исследования, ЭКГ. Оценка проявлений ХСН у пациентов обеих групп проводилась по Нью-Йоркской классификации (NYXA). Больные были распределены на 2 группы. В первую группу вошли 34(64%) больных [мужчины – 22 (64%), женщины – 12(35,3%)], которые наряду с базисной терапией получали триметазидин (предизин, Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 35 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Во вторую группу (группа контроля) вошли 19 (35,8%) больных [мужчины – 14 (74%), женщины - 5 (26%)], которые получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты, мочегонные). Распределение по классам ХСН на момент включения больных в исследование наблюдалась в 1-ой группе у 16 (47,1%) пациентов :I ФК у 4 (25%),II ФК - 5(31,25%),III ФК - 4(25%) и IV ФК - 3(18,75%). Во 2-й группе у 14 (73,7%) больных: I ФК у 4(28,6%), IIФК -3(21,4%), IIIФК - 3(21,4%) и IVФК - 4(28,6%) пациентов. По Миннессотскому опроснику в 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) было 63,1±1,6 баллов (p<0,05). В 2-ой группе было 60,4±1,4 баллов(p<0,05). Результаты. На фоне проводимого лечения состояние больных значительно улучшилось, что проявилось в переходе с низкого класса ХСН на более высокий. Это выразилось в положительной гемодинамике и оценке проявлений ХСН по ФК. В группе принимающих предизин - увеличилось количество больных со II ФК ХСН с 5 (31,25%) до 7 (43,75%), I ФК ХСН с 4 (25%) до 5 (31,25%) больных по сравнению с исходными данными за счет больных изIII ФК и IVФК. Уменьшилось количество больных с III ФК ХСН до 2 (12,5%) и IV ФК ХСН до 2 (12,5%) больных, а в контрольной группе наблюдалась незначительная отрицательная динамика (III и IV ФК до 2 (14,28%) и 4 (28,6%) соответственно). В ходе исследования отмечена положительная динамика показателей, отражающих качество жизни по Миннесотскому опроснику. В 1-й группе пациентов показатели качества жизни (среднее значение в баллах) улучшились с 63,1±1,6 до 35,3±0,78 баллов (p<0,05). Во 2-й группе с 60,4±1,4 до 52,6±1,5 баллов(p<0,05). Также у больных, перенесших инфаркт миокарда с ХСН на фоне применения предизина в дозе 35мг 2 раза в сутки значительно уменьшилась потребность в применении нитратов с 4,9 до 2,7 таблеток в день (p<0,05). В контрольной группе доза нитратов осталась прежней. Заключение. Предизин является кардиопротектором высокого класса, который на фоне длительного применения (от 3х до 6 месяцев) улучшает метаболизм сердечной мышцы и показан всем больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда на ранних стадиях развития хронической сердечной недостаточности.Также предизин при длительном применении значительно уменьшает дозу нитратов, антагонистов кальция, мочегонных. Все больные, применявшие предизин не нуждались в подключении в комплексное лечение сердечных гликозидов.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Искандарова Ф.И. асс., Низомов Б.У.асс., Адилов А.С. маг. СамМИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО (зав. каф. – к.м.н. Агабабян И.Р.)

Научный руководитель к.м.н. Агабабян И.Р.

Были обследованы 89 больных АГ в возрасте от 18 до 60 лет (42 женщин и 47 мужчины). Больных распределили на группы в зависимости от наличия (1-ая группа 46 человека) или отсутствия ГЛЖ (2-ая группа 43 человек). В 1 группу включали больных с ИММ ЛЖ более 125 г/м у мужчин и более 110 г/м^2 у женщин. Средний возраст в группах был соответственно 49,12 и 46,52 лет. Назначали базисную антигипертензивную терапию на основе ИАПФ и диуретика: Лизиноприл 5-10-20 мг и Индапамид 1,5-2,5 мг. Если в течение 1-2 недель не удалось достичь целевого уровня АД ≤ 140/90 м рт.ст., то присоединяли к терапии амлодипин в дозе 5-10 мг. Наблюдение за больными начинали в стационаре и продолжали на амбулаторных приемах с обязательными визитами через 6-12 месяцев. В эти сроки больным проводили: оценку клинического состояния, измерение АД, ЭКГ, ЭхоКГ. Результаты исследования. При визите через 6-12 месяцев целевой уровень АД был достигнут у 82 больных обеих групп (82,83%) и не достигнут у 7 больных 1 группы. У 7 человек целевой уровень АД достигнут не был. Все они имели 3 степень АГ, выраженную ГЛЖ и принимали комбинацию из 3 препаратов (Лизиноприл, Индапамид, Амлодипин). Оценка массы миокарда, ФВ и объемов ЛЖ по данным ЭхоКГ: до лечения у всех больных 1 группы ММ и ИММЛЖ превышали выбранный порог для ГЛЖ в среднем на 4,15%. Через 6 и 12 месяцев лечения в 1 группе после антигипертензивной терапии средние показатели ИММЛЖ стало меньше на 3,45% по сравнению с исходным (p<0,001). Также показатели массы ЛЖ стали в пределах нормы у 30 больных (58,83%, p<0,01) и остались повышенными у 21 больного с ГЛЖ (41,17%, p<0,05). Во 2 группе (без ГЛЖ) на фоне антигипертензивной терапии также произошло достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ (5,5% через 12 мес., p<0,001). ТМЖП и ТЗСЛЖ у больных 1 группы под влиянием антигипертензивной терапии достоверно уменьшилась уже через 6 месяцев(78,1%, p<0,05). КДО и КСО на всех этапах наблюдения были больше в 1 группе, чем во 2 группе. Под влиянием антигипертензивной терапии через 12 месяцев в 1 группе произошло достоверное изменение этих показателей: КДО увеличился, а КСО уменьшился. Во 2 группе за этот период достоверно увеличился КДО. На всех этапах наблюдения ФВ в группе 2 было немного больше, чем в 1 группе (p<0,001). Размеры ЛП в начале и в период всего наблюдения оставались в пределах нормальных величин, но были больше у больных 1 группы по сравнению с больными 2 группы, что соответствует представлениям о гиперфункции ЛП у больных АГ с ГЛЖ. Через 12 месяцев антигипертензивной терапии произошло уменьшение размеров ЛП, более выраженное в группе 1(p<0,001). Таким образом, адекватная антигипертензивная терапия приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных (68%) с незначительной и умеренно выраженной ГЛЖ. Под влиянием адекватной антигипертензивной терапии происходят изменения объемов ЛЖ, ЛП и ФВ, которые можно трактовать как свидетельство улучшения систоло-диастолической функции миокарда ЛЖ.

КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА

Исламова К.А. преподаватель СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: проф. Тоиров Э.С.

Было обследовано 54 больных АГ: 35 пациентов (26 женщин, 76,5% и 8 мужчин, 23,5%) с коморбидным течением АГ и ОА (основная группа), 20 пациентов (14 женщин, 70% и 6 мужчин, 30%) с АГ без диабета (контрольная группа). Средний возраст больных первой группы составил 58,1±4,3 лет, продолжительность АГ – 7,0 ±0,4 лет, СД – 4,3±0,2 лет, средний возраст больных контрольной группы – 63,3±5,1 лет, продолжительность АГ –

5,0±0,3 лет. Результаты. В наших исследованиях среди больных основной группы (при коморбидном течении АГ и ОА) у 5 (14,7%) больных была диагностирована нормальная масса тела (по индексу Кетле), у 7 (20,6%) - избыточная масса тела, у 13 (38%) - ожирение I-степени, у 5 (14,7%) - ожирение II-степени и у 4 (11,8%) – ожирение III-степени. В контрольной группе у 9 (45%) больных масса тела оказалась в пределах нормальных значений, у 8 (40%) пациентов выявлено избыточная масса тела, у 2 (10%) – ожирение I-степени, у 1 (5%) – ожирение III-степени. В основной группе АГ I степени была у 12 (35,3%), АГ II-степени – у 16 (47%), АГ III-степени - у 6 (17,6%) пациентов, в контрольной группе: АГ I степени – у 12 (60,0%), АГ II-степени – у 6 (30%), АГ III-степени – у 2 (10%) больных. У больных основной группы среднее содержание холестерина составила – 8,6±0,7 ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных контрольной группы (6,2±0,4 ммоль/л, P<0,02). Степень повышения холестерина в крови имела прямую коррелятивную связь с давностью АГ (r=0,65) и ОА (r=0,72). Среди всех больных АГ сопутствующие заболевания были выявлены у 25 больных, что составляет 46,3%: у 19 (56,0%) – больных основной группы, у 6 (30,0%) больных контрольной группы. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями среди больных основной группы оказались - дисциркуляторная энцефалопатия (у 14 больных, 41,1%), ишемическая болезнь сердца (у 12 больных, 35,3%), другая эндокринная патология: диффузный зоб (у 4 больных, 11,7%). По нашим данным частота гипертонической цереброваскулярной болезни и ИБС у больных контрольной группы была ниже (20 и 15%). Нарушение ритма и проводимости были установлены - у 14 (41,1%), признаки ретинопатии - у 13 (38,2%), признаки хронической сердечной недостаточности – у 12 (35,3%) больных основной и соответственно – у 4 (20%), 3 (15%) и 2 (10%) больных контрольной группы. С частыми носовыми кровотечениями обращались 6 (17,6%) пациентов, 2 пациента (10,0%) второй группы. Выводы. Таким образом, коморбидное течение АГ и ОА чаще наблюдается в более 40-55 возрасте. Часто ассоциируется с ожирением, гиперхолестеринемией, гипертонической цереброваскулярной болезнью и ИБС. Способствует раннему развитию таких опасных осложнений как нарушение ритма по типу мерцательной аритмии, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения. Поэтому, рекомендации коморбидных состояний АГ должны включать ведение пациентов с учетом аспектов их жизнедеятельности, факторов риска и имеющихся заболеваний.

НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Исмаилов Ж.А., Низамов Б.У.

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета (зав.кафедрой доц. Агабабян И.Р.) СамМИ

Научный руководитель: доцент Агабабян И.Р.

Были обследованы 56 больных СД с ХОБЛ, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП. Нами был проведен 13С–смешанный триглицеридный дыхательный тест (13С–СТДТ) и 13С–амилазный дыхательный тест (13С–АДТ) для выявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВСН ПЖ). Изменения липидного профиля крови мы определяли по наличию нарушений в липидограмме (определением содержания общего холестерина плазмы крови (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициента атерогенности (КА). Результаты. Практически у всех пациентов выявлены нарушения липидного спектра крови в виде роста ЛПНП, ЛПОНП, ХС, ТГ, КА и снижения уровня ЛПВП. Доказана зависимость между ростом прогрессирования изменений поджелудочной железы, дислипидемическими нарушениями у больных СД и тяжелым течением ХОБЛ. А именно – тяжелое течение заболевания с выраженной недостаточностью поджелудочной железы и, соответственно, худшим прогнозом для коморбидных больных, т.е. ХОБЛ. Установлено, что течение СД с ХОБЛ с сопутствующими атеросклеротическими изменениями сопровождается снижением суммарной концентрации $^{13}CO_2$ в конце исследования до (18,4±0,6)% (p<0,05) при проведении ^{13}С–3ТДТ и (6,9±1,2)% (p<0,05) при проведении ^{13}С–АДТ соответственно. Полученные результаты указывают на то, что у больных ХОБЛ в сочетании с СД 2 имеются нарушения липидного профиля в виде атеросклеротических изменений. Выявлено, что изменения липидного метаболизма при ХОБЛ ассоциируются с так называемой " липидной триадой: повышение уровня ЛПОНП или ТГ, атерогенных ЛПНП и снижение антиатерогенных ЛПВП, что ухудшает течение сахарного диабета 2. У данных больных наблюдается более тяжелое течение заболевания с более выраженной ВСН ПЖ и, соответственно, худшим прогнозом для ХОБЛ. Поэтому в комплекс мероприятий по диагностике ХП в сочетании с ХОБЛ необходимо включать определение показателей липидного гомеостаза. С этой целью определяют содержание общего холестерина плазмы крови, триглицеридов, холестерина ЛПВП и ЛПНП, коэффициент атерогенности. Выводы: 1. Атеросклеротические изменения в виде дислипидемии с преобладанием ЛПНП, ТГ и снижением ЛПВП наблюдаются у 80% больных СД 2типа в сочетании с ХОБЛ. 2. У больных СД с нарушениями липидного профиля наблюдаются более выраженные изменения ВСН ПЖ при проведении ^{13}С–3ТДТ и ^{13}С–АДТ, по сравнению с больными СД без норушения липидограммы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ

Исматова М.И.

Бухарский государственный медицинский институт

В работе представлен анализ антропометрического обследования 62 девочек (из них 33 спортсменок, 29 девочек не занимающихся спортом) Бухарского региона, в возрасте от 10 до 12 лет. Определение антропометрических показателей проводилось среди девочек, занимающихся художественной гимнастикой, которые тренируютсяв Центре подготовки по художественной гимнастике “Нафис” города Бухары, а также среди девочек, не занимающихся спортом школы №2. Измерение антропометрических параметров грудной клетки, её окружностипроводилось с помощью измерительной ленты, поперечные и переднезадние размеры с помощью тазомера. Длина верхних и нижнихконечностей измерялись измерительной лентой. Результаты:Успортсменок, занимающихся художественной гимнастикой, по сравнению со школьницами,не занимающихся спортом выявили следующие изменения. Согласно собственным исследованиям, у гимнасток г. Бухара при среднем росте 164,8 ± 1,7 см, средний вес 48,7 ± 2,1 кг, индекс массы тела составили 17,9кг/м2, а у девочек – неспортсменок средние показатели роста и веса соответственно равны 163,0 ± 2,0 см и 53,1 ± 1,2 кг, а индекс массы тела-20,0 кг/м2. Длина туловища у девочек спортсменок 31,2 ± 0,3см, а у девочек, не занимающихся художественной гимнастикой составляла30,3 ± 1,0 см. Длина нижней конечности спортсменок, занимающихся художественной гимнастикой52,8 ± 0,4 см, а у девочек неспортсменок средние показатели длины нижних конечностейсоставила51,2 ± 0,3 см. Успортсменок длина верхних конечностей составила 44,8 ± 0,4, а у девочек, не занимающихся спортом равнялась 44,1 ± 0,2 см. Выводы:Таким образом, у девочек, занимающихся художественной гимнастикой отмечается дефицит массы тела, выраженный в снижении индекса массы тела. На основании результатов расчета массы тела можно предположить, что для гимнасток, участвующих в исследовании, несоответствие данного показателя норме определяется стремлением к поддержанию соответствующих внешних параметров, выдвигаемых видом спорта. Это, в свою очередь, опосредованно влияет на особенности пищевого поведения, следствием чего может являться дефицит энергетических субстратов в организме девочек. Возможно, положительное влияние занятий спортом на организм занимающихся отмечается только при адекватном обеспечении организма энергетическими субстратами, поступающими с пищей.

ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Исмоилов У.И., студент 402 группы лечебного факультета ТМА

Кафедра госпитальной и факультетской терапии №1(зав. каф.- доцент, д.м.н. Набиева Д.А.)

Научные руковаодители: стар.преп. Зияева Ф.К., доцент, к.м.н. Джураева Э.Р.

Цель работы. Изучение поражения психической сферы у больных с ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Материал и методы. В исследование были включены 36 пациентов (20 пациентов с РА, средний возраст 38,5±1,4 года и 16 пациентов с достоверной СКВ, средний возраст которых составляет 32,6±2,9 года), получающих стационарное лечение в отделении ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. По иммунологической принадлежности РА серопозитивными было 11 больных (55%) а серонегативными 9 больных (45%),

у всех пациентов с РА диагностирована II степень активности процесса. Среди больных с СКВ I степень активности определена у 9 больных (56,25%); II степень активности у 7 больных (43,75%). По давности заболевания больные с РА распределились следующим образом: до 1 года - 6 пациентов (30%), от 1 до 5 лет - 8 (40%), больше 5 лет - 6 больных (30%). Среди больных с СКВ преобладали пациенты с давностью заболевания больше 5 лет (75%). Для исследования была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д. Спилбергеру-Ю.Д. Ханину, которая состоит из 40 вопросов и в настоящее время является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности (реактивная тревожность (РТ) как состояние) и личностной тревожности (ЛТ) (как устойчивая характеристика человека). Анкеты обрабатывались согласно инструкции с помощью компьютерной программы статистического анализа StatisticalAnalysisSoftware. Результаты В результате исследования было выявлено, что у больных с РА выраженность РТ и ЛТ прямо пропорциональна длительности течения данного заболевания, т.е. чем продолжительнее болезнь, тем более выражена тревожность. Так, у больных с давностью заболевания более 5 лет отмечались более высокие показатели тревожности. Было установлено, что у больных с серонегативным РА по сравнению с серопозитивными ЛТ, и РТ превышает в 1,2 раза, хотя многие из них не замечали признаков повышенной тревожности. У больных с СКВ более высокая ЛТ и РТ отмечались при II степени активности заболевания. При сравнительной оценке уровня тревожности при РА и СКВ более высокие цифры показателей установлены при СКВ. Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что психологические изменения у больных с РА и СКВ не только усугубляют течение заболевания, но и, снижая эффективность лекарственных средств, удлиняют стадию активности болезни. Поэтому таким больным необходима консультация психотерапевта и назначение соответствующих лекарственных средств для устранения психоэмоциональных расстройств.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Исмоилов С.М., студент 421 группы лечебного факультета, Бабамурадова З.Б. базовый докторант 2 года обучения СамМИ

Кафедра Внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав.каф.- д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.

Цель исследования: оптимизировать изучение частоты встречаемости недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у лиц молодого возраста, в частности у студентов Самаркандского государственного медицинского института (СамМИ). Материалы и методы исследования:Обследовано 721 студента СамМИс проведением скрининг исследования, среди которых признаки НДСТ было выявлено у 64 студентов в возрасте от 19-25 лет, средний возраст составил 22,1±1,34лет. Результаты:Установлено, чтораспределение больных было проведено с учетом пола и возраста. Соотношение исследуемых было приблизительно одинаковое, что составило 54,2%.Проведенные нами исследования показали, что кожно-скелетных проявлений в виде деформации позвоночника встречается у 44,5% исследуемых, деформация грудной клетки у 42,1%. Кожные проявления растяжимости кожи58,7% и гипотония мышц было отмеченоу 28,8%, суставные проявления: плоскостопие 29,8%, агипермобильность различной степени было выявлено у всех обследуемых лиц. Также нами было выявлено такие проявления НДСТ как большие торчащие уши и приросшая мочка уха у 22,4% обследованных соответственно.Частота сочетания различных внешних проявлений НДСТ среди обследованных было различное сочетание 6 внешних проявлений – у 4,8%, 5-и у 11%, 4-х у 28%, 3-х у 29,8%, 2-х у 30,6%. Поражения со стороны органов зрения выявлено у 26 обследуемых ввиде миоипии, астегматизма и анизометропии. Выводы:Таким образом, НДСТ является полиорганным и полисистемным процессом с прогридиентным течением, который со временем приводит к нарушению различных органов и систем. Ранняя диагностика данной патологии позволит провести своевременный диспансерный учет, лечение и профилактику возможных осложнений.

КЛИНИКО- ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕГОЧНЫЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ДКМП

Исмоилова М Ш. резидент магистратуры 1 года обучения.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.каф к.м.н доц Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель- доцент, Ярмухамедова С.Х.

Актуальность проблемы. Дилятационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется диффузным поражением миокарда с дилятацией полостей сердца и резким снижением его сократительной функции. Высокое давление в легочной артерии является независимым диагностическим критерием,определяющим неблагоприятное течение ДКМП.Для диагностики легочной гипертензии при ДКМП большинство авторов используют катетеризацию легочной артерии и лишь в последние годы предложены доплер-эхокардиографические позволяющие неинвазивно определить давление в легочной артерии. Цель исследования:Изучить клинико- гемодинамические варианты нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения при ДКМП. Материал и методы исследование: В исследование были включены 59 больных с идиопатической ДКМП(27женщин и 32 мужчинсредним возрастом 46,4±13,7лет). При этом 23 (38,9%) больных страдали ПЖ ДКМП .Диагнозы ДКМП и ПЖ ДКМП устанавливались согласно рекомендациям Рабочей группы ВОЗ/МОФК 1995 г, а также дополнительных диагностических критериев. Всем больным было проведено доплер-эхокардиографическое исследование. Трансторокальную эхокардиографию ЭхоКГ проводили в покое по общепринятой методике с определением объемных и линейных параметров сердца, с вычислением сократительной способности миокарда ЛЖ по методу Teicholz.В зависимости от наличия ЛГ пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу (n=48) составили больные с ЛГ. Вторая группа (n =43) включала пациентов без ЛГ. Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования было отмечено что синдром легочной гипертензии место как у больных с идиопатической ДКМП так и преимущественным поражением правого желудочка. При этом обращает внимание тот факт, что средибольных с ДКМП и ЛГ количество женщин оказалось больше, чем в группе сравнения на 30%. Согласно критериям тяжести пациенты I группы характеризовались ЛГ I и II степени в отсутствие случаев тяжелой. Исходный анализ показателей больных в зависимости от сопутствующей ЛГ выявили достоверное превалирование частоты встречаемости постоянной формы ФП, а также рентгенологических признаков застоя в МКК. Таким образом проведенной наисследование демонстрирует высокую распространенность вторичной легочной гипертензии у больных ДКМП с вентрикулярной сердечной недостаточностью и преимущественным поражением правого желудочка. При этом прослеживаются некоторые гендерные особенности, характеризующиеся превалированием лиц женского пола среди больных кардиомиопатиями и ЛГ. Заключение: Таким образом, синдром ЛГ в большинстве случаев имеет место у больных с идиопатической и ПЖ КМП, отражая комплекс и тяжесть нарушений внутрисердечной гемодинамики.

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА

Ибрагимов Ш. студент 120 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ст. преподаватель Ишанкулова Н.Н.

Цель работы: изучение факторов риска и показателей их распространения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал и методы: Было обследовано 37 больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардий II-III-IV ФК (43,2%). Больные с постинфарктным кардиосклерозом составили - 22%, с хронической сердечной недостаточностью - 22%, с нарушениями ритма сердца - 13,5%. Больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Из обследованных, мужчин - 23 (средний возраст 56,3±2,1, продолжительность заболевания - 5,7±0,3). 14 больных составили женщины (средний возраст 65,7±1,9, давность заболевания 4,1±0,4). Всем больным были составлены карты обследования включающие жалобы, анамнестические данные, вредные привычки, анамнез жизни и физикальные данные. В развитии ишемической болезни у больных играли важную роль, такие факторы как артериальная гипертония, сахарный диабет, избыточные вес, наследственность, курение, злоупотребление алкоголем, частые стрессы, физическое перенапряжение, пища богатая холестерином, гиподинамия. Результаты: В зависимости от

факторов риска (наследственная предрасположенность, сахарный диабет и стресс) больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 10 больных, с наличием наследственной предрасположенности. Средний возраст больных - 52,4 ± 3,1 года продолжительность заболевания 3,2±0,4 года. Из них – 7 мужчин, 3- женщины. У них обнаружена стенокардия напряжения III - IV ФК, постинфарктный кардиосклероз, нестабильная стенокардия. Вторую группу составили 10 больных сахарным диабетом (мужчин-6, женщин-4). Средний возраст больных 58,5±4,1 года, продолжительность заболевания 5,2±0,4 года. Давность заболевания сахарным диабетом этой группы 6-15 лет, при этом больные отмечали, что жалобы на сердечно – сосудистую систему, у них появились в течение 5 лет. В третью группу вошли больные хронической сердечной недостаточностью и стабильной стенокардией II – III ФК. Эту группу составили 17 больных (10 мужчин и 7 женщин) с частыми стрессами в анамнезе. Средний возраст больных 66,7±4,1 год, продолжительность заболевания 2,2±0,4 года. Больные отмечали связь стресса с семейными проблемами, и экономической нестабильностью. Эти состояния у больных сопровождались повышением артериального давления. У 3 больных наблюдались осложнения в виде острого и хронического нарушения мозгового кровообращения. В данной группе отмечались все формы ишемической болезни сердца. Выводы: В возникновении и утяжеления ИБС имеют значение наследственность, сахарный диабет и частые стрессы. У больных, с отягощенной наследственностью наблюдалось раннее развитие и тяжелое течение болезни. Длительное течение сахарного диабета (более 5 лет) приводит к развитию заболеваний сердца. Стрессовые состояния часто отмечались у пожилых больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙНЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кадырова Ф.Ш., Рахимова М.Э., ТМА

руководитель: с.н.с РСНПМЦК к.м.н. Якубов А.А.

Смертность от сердечной недостаточности (СН) занимает 3 место в ряду сердечно-сосудистых заболеваний. СН- синдром обусловленный снижением функции сердца, которая приводит к дисбалансу между его возможностями и гемодинамической потребностью организма.Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопровождается резким снижением качества жизни, снижением, утратой трудоспособности больных и увеличением летальности. В последние годы в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) выделяют 3 формы: СН с низкой (ФВЛЖ<40%), промежуточной (ФВЛЖ в пределах40-49%) и сохранённой (ФВЛЖ≥50%). Разделение пациентов с СН на основе ФВ имеет важное значение в связи с различными причинами, лежащими в основе этиологии, сопутствующих заболеваний и ответа на терапию. Цель работы:изучить клинические особенности течения ХСН с различными величинами ФВЛЖу пациентов, госпитализированных вкардиологическое отделение 3-ей клиники ТМА. Материалы и методы:проведено ретроспективное исследование 129 историйболезни пациентовс ХСН. Средний возрастсоставил 69,2±11 лет, мужчин 63,2%. ХСН развивалась на фоне гипертонической болезни в88% случаях, ИБС–в 76%, кардиомиопатии- в 9% случаях.Больные были распределены на три группы в зависимости от уровня ФВ ЛЖ: 1 группу составили 36 больных с низкой ФВЛЖ –СНнФВ, 2 группу – 33 пациента с промежуточной ФВ - СНпФВ, 3 группу 60 больных сохранной ФВ - СНсФВ. Результаты. Пациентов старше 60-ти лет составило 91,4%, 74,3%, 62,1% соответственнопо группам.Гипертоническая болезнь отмечалась у78%, 85,6%, 92,6%соответственно. Метаболический синдромбыл выявлен в 1 группе у 18%, во 2 группе –у 31%, в 3 группе –у 38% больных. Наличие сахарного диабетаIIтипа наблюдалось у 22,8%, 32,7%, 41,4%; постинфарктный кардиосклероз отмечалсяу 82,3%, 70,6%, 21,4%соответственно по группам.Частота сердечных сокращений более 90 ударов в 1 минпри госпитализации наблюдаласьу 41,4%, 33,6%, 17,5%. Фибрилляция предсердий регистрировалась у 39,3%,40,9%, 24,8%соответственно по группам, гипертрофия левого желудочка поЭКГ в 93,7%, 96,2%, 80,2% случаях соответственно. Дилатация ЛЖ по эхокардиографии отмечалась в88,4%, 60,9%, 8,2% случаях соответственно распределенным группам. Заключение:Таким образом, в группе с ХСНпФВ преобладали лица более молодого возраста и мужского пола. Данная группа отличалась от других групп тем, что у этих больных показатели были ближе к группе пациентов СНнФВ и отличалась от группыс СНсФВ: у них реже встречалась гипертоническая болезнь, чаще постинфарктный кардиосклероз, тахикардияпри поступлении, дилатация левого желудочка и фибрилляция предсердий.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ И НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НАРУШЕНИИ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВ

Кадирова Ф.Ш., Магистр кардиологии 1-курса, ТМА

Научный руководитель: с.н.с РСНПМЦК к.м.н. Якубов А.А.

Цель: оценка эффективности РЧА у больных с ЖТ в зависимости от их топики (по анализу стандартной 12-канальной ЭКГ) без использования навигационной системы. Материалы и методы. В отделении хирургического лечения НРС при РСЦК обследовано 35 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст - 30±12,6 лет).Всем больным проводилось: анализ морфологии эктопических желудочковых комплексовпо 12-канальной ЭКГ;суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Результаты. При суточном ЭКГ-мониторировании по Холтеру у всех пациентов регистрировалось значительное количество экстрасистол: от 8000 в сутки и более. У 29 больных основным проявлением желудочковой аритмии (ЖА) была частая мономорфная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ). В качестве критерия расположения ЖЭС были использованы общепринятые ЭКГ-алгоритмы. Сопоставление предварительных данных ЭКГ анализа и внутрисердечного ЭФИ показало совпадение локализации аритмогенного очага во всех случаях.Согласно полученным данным у 21 (60%) больного была выявлена локализация ЖА из ВОПЖ, у 5 (14,2%) больных в проекции правого синуса Вальсальвы, парагиссиальная локализация была диагностирована у 1 (2%) пациента, фасцикулярная ЖТ у 5 (14,2%) больных, из области тела межжелудочковой перегородки в одномслучае (2,8%), в двух случаях в боковой стенке базального отдела(5,7%). При локализации ЖА в ВОПЖ эффект наблюдался в 20 случаях (95%). При фасцикулярной ЖТ, ЖЭ из правого синуса Вальсальвы, а также из парагиссиальной области эффект РЧА непосредственно после операции и через месяц после РЧА был абсолютный. В случаях расположения аритмогенного очага в боковых стенках и в теле МЖП не удалось получить положительный эффект. Заключение: Результаты нашего анализа еще раз подтвердили, что РЧА ЖНРС является высокоэффективным и относительно безопасным методом лечения аритмии. Показана специфичность и чувствительность ЭКГ алгоритмов для топической диагностики аритмии. На основании точного определения локализации аримогенного фокуса можно заранее прогнозировать исход РЧА.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кадыров Б.С., резидент магистрантуры 3- курса БухМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии (зав.каф.- к.м.н. Бадритдинова М.Н.)

Научный руководитель: к.м.н. Бадритдинова М.Н.

Цель: Оценить влияния компонентов метаболического синдрома на клиническое течение острого инфаркта миокарда. Материал и методы: в исследование были включены 74 больных острым инфарктом миокарда в возрасте от 45 до 79 лет. Из 74 больных, было 56 мужчин и 18 женщин. Основной критерий МС – абдоминальное ожирение (окружность талии > 94см для мужчин и >80см для женщин). Дополнительные критерии – артериальное давление (АД) >140/90 мм.рт.ст., уровень холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) >30 ммоль/л, ХС ЛПВП< 1,0 ммоль/л, уровень триглицеридов (ТГ) -1,7 ммоль/л, гипергликемия натощак 6,1ммоль/л. Результаты: из 74 больных проявления МС отмечалось у 56 больных (47,45%). У всех больных отмечалось абдоминальное ожирение. Из них I степени у 16 больных (28,57%), II степени у 18 больных (32,14%), III степени у 12 больных (21,4%). Из компонентов МС наиболее часто встречалось сочетание ожирения и АГ-у 46 больных (82,14%), сахарный диабет и ожирение –у 39,13% больных. Дислипидемия при ИМ у больных с МС отмечалась у 80,35% больных. Повышенный уровень триглицеридов был отмечен у 67,85% больных, а также у этих больных отмечалось высокие значений уровня глюкозы. В группе больных с МС (56 больных) инфаркт миокарда с зубцом Q

развился у 26 пациентов (46,4%), у 30 – инфаркт миокарда без зубца Q (53,7%). В группе больных без МС (18 чел) инфаркт миокарда с зубцом Q отмечался у 7 больных (38,8%), без зубца Q у 11 (61,1%), АГ отмечалась у 8 (44,4%). У больных с МС было тяжелое течение ОИМ с проявлениями сердечно-сосудистой недостаточности, чаще отмечались нарушения ритма сердца в виде желудочковой экстрасистолии и проводимости. В группе больных ИМ с МС осложненное течение ИМ наблюдалось у 67,85%, без МС – 22,2% случаев. Выводы: таким образом у больных ИМ с МС больше наблюдалось осложнений в остром периоде, что требует тщательного динамического наблюдения и лечения этих больных.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Камалов Т.М., резидент магистратуры 1 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н.Каримова Н.А.

Цель: Изучить особенности функционального состояния почек у больных первичным гипотиреозом. Материалы и методы: обследовано 65 пациентов с манифестным первичным гипотиреозом, подтвержденным результатами исследования ТТГ выше 4 мМЕд/л и Т4 св ниже 11 пмоль/л. Все пациенты,с впервые выявленным или декомпенсированным первичным гипотиреозом (уровень ТТГ>4,0 мкМЕ/мл при fT4<11 пмоль/л). Пациенты по возрастному признаку были разделены на 2 группы: первая 22-35 лет и вторая з 35-50 лет в исследование были включены 10 мужчин и 55 женщин. Группа сравнения включала 29 человек без нарушения функции щитовидной железы сопоставимых по полу. По возрасту лица контрольной группы также были разделены на 2 соответствующих возрастных периода. Результаты: Состав групп по полу не различался (3 мужчины в группе 1-го зрелого периода vs 7 мужчин в группе 2-го зрелого периода, p(Z)=0,34). Возраст пациентов и здоровых лиц в обеих возрастных группах статистически значимо не различался: 1-ого зрелого периода – 29 ,0 [25,0; 32,0] vs 27,0 [24,0; 34] лет (p(Z)=0,56), 2-ого зрелого периода – 49,0 [47,0; 50,0] vs 46,0 [44,0; 50] лет (p(Z)=0,78). У пациентов с гипотиреозом и у здоровых лиц в обеих возрастных групппах статистически значимо различался уровень мочевины сыворотки крови: в группе 1-го зрелого периода – 5,1 [4,2; 6,1] vs 3,7 [3,5; 4,9] ммоль/л (p(Z)=0,005); в группе 2-го зрелого периода – 5,3 [4,0; 6,8] vs 4,1 [3,6; 4,6] ммоль/л (p(Z)=0,017); а также сывороточный уровень креатинина – 76,0 [70,0; 89,0] vs 86 [74,0; 98,0] мкмоль/л (p(Z)=0,71). Вместе с тем, при расчете СКФ по формуле MDRD было выявлено ее статистически значимое снижение по сравнению с группой сравнения – в группе пациентов 2-го зрелого периода до 71,92 [60,89; 81,67] vs 91,15 [89,63; 108,46] мл/мин/1,73м2 (p(Z)=0,024), в группе 1-го зрелого периода – до 77,81 [70,08; 89,96] vs 96,42 [90,83; 110,89] мл/мин/1,73м2 (p(Z)=0,019). Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что в обеих возрастных группах пациентов с гипотиреозом выявлено повышение уровней мочевины и креатинина сыворотки крови, снижение СКФ по сравнению с контролем, наиболее выраженное в группе 2-го зрелого периода. О выраженности нарушений функции почек у пациентов с гипотиреозом свидетельствует выявление ХПБ I стадии у 7,6% пациентов группы 1-го зрелого периода, и 21,8% пациентов группы 2-го зрелого периода.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Камалов О. студент 406 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра: Внутренние болезни №1 и фтизиатрия

Научный руководитель ассистент Саидова М.А.

Цель работы: Изучить распространенность ишемической болезни сердца. Материалы и методы исследования: Исследованы и проанализированы особенности течения ишемической болезни сердца у больных туберкулезом легких, которые находились на стационарном лечении на базе Самаркандского Областного противотуберкулезного диспансера в течении трех лет. Результаты исследования: С применением стандартизированных методов обследования изучали распространенность факторов риска коронарной (ишемической) болезни сердца (ИБС) среди больных туберкулезом легких. Определяли стенокардию напряжения, возможный инфаркт миокарда, перемежающуюся хромоту. Различные проявления ИБС выявлены среди 37% обследованных. Из них: стенокардия напряжения по строгим критериям – у 17%; признаки перенесенного инфаркта миокарда-5%. У 15% больных стенокардия напряжения подтверждена электрокардиографическими признаками. Безболевая, «немая форма ишемической болезни»-только наличие ЭКГ признаков при отсутствии стенокардии напряжения и возможного инфаркта миокарда обнаружена у 12%. обследованных. У больных туберкулезом в сочетании с ИБС специфические изменения в легких носили более распространенный характер и занимали по протяженности более 2-х сегментов в легких. С ростом длительности заболевания туберкулезом отмечена тенденция к увеличению случаев ИБС, т. е., в основной группе преобладали больные с хроническими формами туберкулеза. Туберкулез легких оказывает влияние на состояние системы кровообращения, которое можно рассматривать в следующих аспектах: специфические (туберкулезные) поражения сердца и сосудов; функциональные нарушения, вызванные неспецифическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, обусловленные туберкулезом легких; сопутствующие туберкулезу легких заболевания сердечно-сосудистой система, этиологически не связанные с туберкулезом. Выводы: Таким образом, в процессе исследования, выявлена увеличение частоты ишемической болезни сердца при туберкуле органов дыхания. Современные схемы лечения ИБС применимы и к больным туберкулезом. Эффективное лечение ИБС, достигаемое посредством лекарственных средств ведет к улучшению состояния больных туберкулезом, к нормализации функции сердечно-сосудистой системы, что позволяет проводить длительную химиотерапию противотуберкулезными препаратами и способствует излечению туберкулеза.

ТЕЛМИСАРТАН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Камалова Н.Р., студентка 503 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ (зав. кафедрой – д.м.н. Казакова И.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Иванов А.Г.

Цель работы: Изучить гипотензивный эффект антагониста рецепторов ангиотензина II типа 1 препарата телмисартан у больных с артериальной гипертензией. Материалы и методы исследования: В соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 45 пациентов с артериальной гипертензией 1-2 степени. Среди обследованных было 24 мужчины и 21 женщина в возрасте 40-60 лет (средний возраст 55,3±2,5 лет), с длительностью артериальной гипертензии от 3 до 15 лет (средняя продолжительность 6,8±2,4 года). Все пациенты получали комплексную медикаментозную терапию, включавшую применение антагониста рецепторов ангиотензина II типа 1 (телмисартан) и диуретика индапамид. Телмисартан назначался в дозе 40 – 80 мг в сутки в течение 1 месяца. Анализ результатов проводили на основании субъективной оценки эффективности лечения пациентами и врачом, а также динамики объективных исследований: показателей центральной гемодинамики методом ЭХО-кардиографии, состояния углеводного, липидного, электролитного обменов, функции почек в исходе и через 1 месяц лечения. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «Statistica 5.0» и «Microsoft Excel 2010». За критерий достоверности различий статистических выборок принято p<0,05. Результаты: Положительный лечебный эффект был достигнут у всех пациентов. У 92% пациентов эффективность комплексной терапии препаратом телмисартан была признана очень хорошей, а у 8% - хорошей. Основными жалобами пациентов были головные боли, чувство тяжести в голове, шум в ушах, плохой сон, раздражительность, мелькание «мушек» перед глазами, чувство тяжести в поясничной области. Под влиянием комплексной терапии с использованием препарата телмисартан к окончанию курсового лечения все пациенты чувствовали себя удовлетворительно и не предъявляли жалоб. Мониторинг артериального давления зафиксировал положительную динамику: к концу курса лечения уровни систолического АД, диастолического АД и среднего АД уменьшились на 25%, 22% и 23% соответственно (p<0,05). Снижение АД сопровождалось увеличением систолического индекса, тенденцией к уменьшению как систолических, так и диастолических размеров и объемов левого желудочка. При этом показатели углеводного, липидного обменов и функция почек не имели отрицательной динамики.Жалобы характерные для церебральной гипертензии уменьшились. Имевшая место болезненность при пальпации поясничной области на стороне поражения также регрессировала у всех пациентов к концу исследования. За время лечения препаратом телмисартан побочных эффектов отмечено не было. Выводы: Результаты исследования показали, что телмисартан

является эффективным и безопасным средством пролонгированного действия для лечения артериальной гипертензии 1-2 степени. Препарат оказывает благоприятное действие на гемодинамику, усиливая сократительную и насосную функцию левого желудочка. Полученные данные позволяют рекомендовать препарат телмисартан к клиническому применению в трапевтической практике, что позволяет значительно расширить возможности врача при проведении комплексной терапии артериальной гипертензии.

РЕАМБЕРИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

Камалова Н.Р., студентка 503 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ (зав. кафедрой – д.м.н. Казакова И.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Иванов А.Г.

Цель работы: Углубленная оценка терапевтической значимости включения реамберина в комплексное лечение больных циррозом печени. Материалы и методы исследования: В соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 25 пациентов с циррозом печени вирусной (HCV) этиологии класса В по Чайльду-Пью. Среди обследованных было 10 мужчин и 15 женщин в возрасте от 38 до 45 лет (средний возраст 41,9±2,5 лет). Пациентов распределили на 2 группы в зависимости от терапии. Группу сравнения составили 12 больных с циррозом печени вирусной (HCV) этиологии, которые получали только традиционную медикаментозную терапию, включавшую дезинтоксикационные мероприятия, гепатопротективные, витамины и др. В группу наблюдения вошли 13 больных, в терапию которых, на фоне традиционной медикаментозной терапии, был включен реамберин в суточной дозе 400 мл. раствора в течение 10 дней. С диагностической целью и в динамике всем больным наряду с общепринятыми клиническими и биохимическими (АсАТ, АлАТ, ГГТП, билирубин, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, ПТИ, фибриноген, холестерин), проводились инструментальные исследования: эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. У всех больных определяли маркеры вирусных гепатитов. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «Statistica 5.0» и «Microsoft Excel 2000». За критерий достоверности различий статистических выборок принято $p<0,05$. Результаты: У пациентов под влиянием комплексной терапии с использованием реамберина, по сравнению с группой сравнения, был выражен более отчетливо клинический эффект. Больные отмечали субъективное улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости, утомляемости, раздражительности. У данной категории больных в начале курса лечения купировались боли и явления дискомфорта в правом подреберье, исчезали диспептические расстройства, повышалось качество жизни. После курсового лечения антицитолитическое действие проявлялось уменьшением активности АлАТ в 1,8 раз ($p<0,001$) у пациентов в группе наблюдения, в 1,3 раза ($p<0,05$) у пациентов в группе сравнения и активности АсАТ в 1,8 раз ($p<0,001$) и в 1,4 раза ($p<0,05$) соответственно. Уровни общего белка, альбумина, холестерина и протромбиновый индекс, отражающие белково-синтетическую функцию печени, улучшились на фоне лечения, причем наиболее значительно у больных основной группы. Нарушение пигментного обмена восстанавливалось быстрее при введении реамберина ($p<0,01$) в сравнении с группой больных, находящихся на традиционной медикаментозной терапии. Выводы: Таким образом, комплексная терапия с применением реамберина, по клиническим данным, результатам биохимического исследования сыворотки крови, дает возможность более эффективно регулировать дезинтоксикационную функцию печени. Препарат подтверждает дезинтоксикационное, антигипоксическое, антиоксидантное и гепатопротекторное действие. Отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций делают применение препарата при вирусных поражениях печени перспективным.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Камалова Ш.Х., Мавлянов З. И.,Таралева Т.А., студентка 2-го курса магистратуры, ТМА

Кафедра народной медицины, реабилитологии и физической культуры.

По специальности спортивная медицина (зав.каф.-д.м.н. Усманхаджаева А.А.).

Научный руководитель: Мавлянов З.И.

Углубленное медицинское обследование спортсмена проводится с целью получить сведения о состоянии здоровья, физической работоспособности и показателях его адекватности к предъявляемым нагрузкам и функциональным возможностям. Заключением и результатом обследования оценивается адекватность нагрузок на организм спортсмена и рекомендуется правильный режим нагрузок с целью допуска спортсмена к занятиям спортом. Цель: Изучить показатели здоровья и функциональное состояние юных спортсменов разных видов спорта, прошедших углубленное медицинское обследование. Материалы и методы: Обследовано 60 юных спортсменов в Городском детском подростковым диспансере в возрасте 11-18 лет, занимающихся разными видами спорта: легкая атлетика, дзюдо, футбол и т д.Объем углубленного медицинского обследования включал в себя консультацию узких специалистов и инструментально-лабораторные методы исследования. Результаты: Гармоничное физическое развитие выявилось у 57 (95%) спортсменов, дисгармоничное у 3 (5%). Сопутствующегозаболевания не обнаружено у 8(13,3%) спортсменов, у 52 (86,6%) спортсменов патология выявлена. В 75% (45спортсменов) случаев зарегистрированы две и более нозологические формы хронических заболеваний на одного спортсмена.Патология сердечно -сосудистой системы-у 22спортсменов (36,6%), случаев патологии нервный системы выявлено у 7(11,6%) человек, патология ЛОР органов – 9(15%), дерматологические заболевания 25(41,6%), заболевания других органов и систем встречались у 6(10%). Недостаточное функциональное состояния регистрировалось у 2 (3,3%) спортсменов, удовлетворительное – у 17(28,3%), вполне удовлетворительное-у 8 (13,3%), хорошее- у 33 (55%). Спортсмены на основании заключения отнесенык первой функциональной группе 12(20%), ко второй функциональной группе отнесены 48(80%).Синусовая брадикардия у юных спортсменов по данным ЭКГ исследования выявлено у7(11,6%), синдром ранней деполяризации желудочков выявлены у 2(3,3%) и были предоставлены дальнейшему углубленному обследованию с целью исключения состояний, угрожаемых внезапной сердечной приступов.А также было проведено ЭКГ-проба с физической нагрузкой (20 приседаний) – у всех юношей реакция сердечно сосудистой системы на физическую нагрузку была по нормотоническому типу, восстановления полное и своевременное. По данным ЭХО-КГ выявлены 1(1,6%) дополнительная хорда. У 15(25%) случаев встречались нарушения зрения с диагнозом миопия слабой степени обоих глаз. Плоскостопие 19(31,6%)чаще встречаемой у футболистов, связана с регулярным ношением сжатой обуви и выполнением резких движений. Заключения: Заболеваемость изучена нами по результатам медицинских осмотров, а также на основании данных из медицинских контрольных карт спортсменов. Когда былиопрошеныспортсмены выявилось, что большое количество патологические изменений отмечается, у спортсменов в определенные моменты подготовки соревновательной тренировочного цикла. Это, прежде всего касается периодов резкого увеличения объема и интенсивности физической нагрузки.

«УМНЫЕ» ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ

Камариддинзода М.К., студентка 3 курса стоматологического факультета СамМИ

Бердикулов Ж.А., студент 1 курса стоматологического факультета СамМИ

Кафедра «Гуманитарных и общественно-экономических наук» (зав.каф. Садикова Ё.С.)

Научный руководитель, старший преподаватель Махмудова А.Н.

«Умная медицина» - это централизованная система, в которой автоматизируется полный цикл информационного сопровождения оказания медицинских услуг населению. Она подразумевает: единые платформы биомедицинских данных пациентов; ведение сетевых медицинских карт; виртуальную диспансеризацию; виртуальное больничное обслуживание; электронные рецепты; медицинскую помощь на дому с использованием беспроводной связи, оплату услуг на основе результатов лечения и т.д. Интеллектуальное здравоохранение использует новейшие мобильные и цифровые

достижения, что стимулирует развитие «умных» медицинских разработок. Меняется и сам подход к медицине, с разнообразными умными трекерами и девайсами у врачей появляется гораздо больше возможностей для постоянного отслеживания показателей пациентов вне стен медицинских учреждений и соответственно, предупреждения болезней. Системы удаленного датчика покажут например, уровень глюкозы в крови пациента и сразу отправят эти данные врачам для анализа и прогноза. На основе полученных сведений специалисты назначат лечение и пропишут персональные лекарства. Следует отметить, то что, медицинские технологии сегодня развиты во многих развитых странах. Республика Узбекистан не отстает от мировых трендов. В соответствием с Постановлением Кабинета Министров №48 от 18 января 2019 года в целях создания достойных условий для повышения уровня жизни, решения насущных проблем граждан, улучшения социальной инфраструктуры и развития регионов была утверждена «Концепция внедрения технологий «Умный город» в Республике Узбекистан», 3 глава концепции посвящена вопросам «умной медицины». Сегодня в стране создаётся Единый медицинский информационный центр, основанный на смарт-технологиях. Таким образом, он представляет собой единую электронную базу данных, содержащую амбулаторные карты и истории болезней пациентов. Благодаря новшеству вводимых в медицину врачи всех медицинских учреждений республики получат доступ к медицинской информации, что позволит не только выявлять заболевания на раннем этапе, но проводить их дистанционную профилактику. Яркий тому пример, в столице и многих других городах нашей страны в семейных поликлиниках внедрили систему «Электронного здравоохранения». Например: по статистике сегодня из 61 семейных и 11 многопрофильных поликлиник в Ташкенте подключены уже 56 семейных поликлиник и 7 многопрофильных поликлиник. Это очень удобно для пациентов, так как, они записываются на прием к врачу не выходя из дома либо по телефону, либо через интернет. Врачи просмотрев очередь через электронную систему заранее изучают амбулаторную карту пациента, которая находится в электронной базе поликлиники. В соответствии со стратегией действий развития в стране планируется к 2020 году полностью подключить все государственные поликлиники к «Электронному здравоохранению», так как цифровизация здравоохранения позволит сэкономить значительные средства причем не только на бланочной продукции, многие используемые сегодня документы с письменно-бумажного варианта перейдут в электронный формат. Таким образом, при помощи системы «умная медицина» и специальных чипов, либо браслетов врачи смогут постоянно поддерживать связь с пациентами, получая данные о артериальном давлении, уровня глюкозы в крови, температуре и сердечной деятельности. В заключении, следует отметить, то что, инновации и анализ данных создают пространство непрерывного совершенствования, которое поддерживает активность и здоровье людей, вышеуказанные технологии делают здравоохранение эффективнее и удобнее, что лучше соответствует образу жизни современного человека.

ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Камолов Р.К. студент 407 группы, педиатрического факультета.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.каф. доц. Ярмухаммедова С.Х.)

Научный руководитель: асс. Вафоева Н.А.

За последние десятилетия ишемическая болезнь сердца (ИБС) стала одним из наиболее распространённых заболеваний населения всех экономически развитых стран мира, преимущественно им страдают люди старше 40 лет, хотя часто возникает у более молодых людей. ИБС является частой причиной временной и стойкой нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти. Ежегодно во всем мире от ИБС умирает около 2,5 миллионов человек. Согласно данным ВОЗ среди причин смерти от сердечных и сосудистых заболеваний до 49% приходится на атеросклероз коронарных сосудов и дегенеративный миокардит. Поэтому своевременная диагностика, лечение и эффективная профилактика ишемической болезни сердца является одной из главных задач кардиологии. Цель исследования: изучить изменения ЭКГ исследования у больных с ишемической болезнью сердца. Материалы и методы. Изучено история болезни 20 больных с ишемической болезнью сердца в возрасте 51-84 года в отделении кардиологии (II терапии) клиники СамМИ. Всем больным проводились общеклинические методы обследования: Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ), Общий анализ мочи (относительная плотность, белок, глюкоза, цилиндры, эритроциты, лейкоциты, бактерии), биохимические анализы крови (креатинин, мочевины в сыворотке, ПТВ, ПТИ), электрокардиограмма, рентгенологическое исследование грудной клетки, эхокардиография, ультразвуковое исследование почек. Результаты: у 7 больных (35,0%) была диагностирована ИБС, стабильная стенокардия напряжения 2 фк; у 9 больных (45,0%) 2-3 фк;. у 4 больных (20,0%) 3-4 фк; у 12 пациентов (60,0%) конкурировала гипертоническая болезнь, из них у 5 больных (25,0%) было обнаружено постинфарктный кардиосклероз с зубцом Q. Практически все больные предъявляли жалобы на боль в области сердца (19 больных, 95%), значительно меньшая часть на сердцебиение (7 больных, 35%), одышка имело место у 18 больных (90,0%). Также со стороны больных были предъявлены следующие жалобы: головная боль (13 больных 65%); тяжесть в правом подреберье (3 больных, 15%); сухой кашель (4 больных, 20%); головокружение (1 больной, 5%), нарушение сна (5 больных, 25%), сухость во рту (2 больных, 10%), снижение аппетита (3 больных, 15%), общая слабость, утомляемость (15 больных, 75%), отёки на ногах (4 больных, 20%). Анализ электрокардиограммы проводилось в следующем порядке: определялась правильность сердечного ритма, подсчитывалась частота сердечного ритма, определялась вольтаж ЭКГ, расположение электрической оси сердца, измеряли продолжительность и величину отдельных элементов ЭКГ (зубца P, интервала P-Q, комплексов QRST), направление зубцов P и T, зазубренность, расщепление зубцов ЭКГ, появление добавочных зубцов, форму желудочкового комплекса во всех отведениях, изоэлектричность интервала S-T. Существеннымиэлектрокардиографичесикими признаками ишемии миокарда являются разнообразные изменения формы и польярности зубца T. Выводы. Таким образом, на ЭКГ снимке обследованных больных обнаружены следующие изменения: недостаточность коронарного кровообращения (подъем или депрессия сегмента RS-T), неполная или полная блокада правой ножки пучка Гисса, рубец после пренесенного инфаркта миокарда, гипертрофия миокарда левого или обоих желудочков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Каримов А.М., студент 419 группы лечебного факультета СамМИ.

Кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины (зав.каф. - к.м.н., доцент Мавлянова З.Ф.).

Научный руководитель: ассистент Сабирова Ш.Б.

Актуальность. Восстановительная терапия с применением физических факторов должна начинаться в ранний период и проводиться систематический длительными курсами, особенно в первый год после перенесенного инсульта. Важная роль в лечебном процессе принадлежит в рациональной психотерапии, формирующей установку больного на активное поведение. Физиотерапевтические методы лечения способствуют восстановлению нарушенных функции организма, улучшают функциональное состояние центральной нервной системы, сердечно - сосудистой системы и мозгового кровообращений. Цель исследования. Изучить роль физиотерапии и лечебной гимнастики в реабилитации больных после инсульта. Материал и методы. В процессе исследования были изучены результаты реабилитации двух групп больных. Основную группу составили 50 пациентов, которые получали комплекс реабилитационных мероприятий, включающих физиотерапию и лечебную гимнастику. В контрольную группу вошли 25 пациентов, получавших только медикаментозную терапию. Результаты исследования показали, что по окончании курса восстановительного лечения у пациентов основной группы регресс болевого синдрома наступал значительно раньше, также отмечалось уменьшение степени пареза в конечностях. У больных отмечалось уменьшение чувства оглушенности, частично восстанавливалась ориентация, пропадала сонливость, постепенно восстанавливалась чувствительность нервов. Наблюдались положительные сдвиги в гемодинамике: улучшились показатели артериального и венозного давления, вязкость в крови. Улучшается коллатеральное кровообращение, уменьшается отек мозга. Комплексное применение физических средств реабилитации позволило нам добиться снижения мышечного тонуса и увеличения двигательной активности в пораженных конечностях на более ранних этапах реабилитации. Таким образом, в реабилитации больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, на всех этапах лечения, ведущая роль принадлежит лечебной гимнастики и физиотерапевтическим методам лечения. Особенно важное значение эти методы имеют при восстановлении двигательных нарушений, лечении болевых синдромов, а также при коррекции психо - эмоциональных нарушений.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ЛИПИДОВ И ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каримова Д.К., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель работы - изучить некоторые показатели агрегации тромбоцитов, свертывания крови, липидов и нелипидные факторы риска(ФР) у больных коронарной болезнью сердца(КБС) на фоне мультифокального атеросклероза (МФА) после стентирования. Материал и методы исследования. В обследование включили 80 больных ИБС, стенокардией напряжения II-IV функциональных классов(ФК) с сочетанными поражениями коронарных и периферических артерий (КА и ПА) (I группа) и с изолированным поражением КА(II группа) и длительностью заболевания 5,5±0,6 лет(средний возраст - 59,1±8,4 лет). Пациенты получали двойную антиагрегантную терапию (ДАТ) (аспирин+клопидогрел), β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. До лечения и через 6 месяцев изучали липиды, агрегацию тромбоцитов, свертываемость крови, нелипидные факторы риска(ФР) проводили электрокардиографию(ЭКГ), при необходимости ЭКГ с нагрузкой, эхокардиографию(ЭХОКГ) с оценкой параметров структурно-функционального состояния левого желудочка(ЛЖ), доплерографию. Результаты. У 54% пациентов выявили сочетанные поражения КА и ПА(I группа) и у 37(46%) - изолированное поражение КА(II группа). Из общего числа обследованных 39(48,75%) больных были с отягощенной наследственностью, а 21(26,25%) пациент курили. Более высокий показатель индекса массы тела(ИМТ>25) чаще определялся у пациентов ИБС IV ФК. Артериальная гипертензия(АГ) чаще встречалась у больных I группы: 26 больных (65% из 43), против 15(40,5% из 37) в II группе. Липиднижающая эффективность статинов и антиагрегантное действие аспирина с клоридогрелем сохранялись на достаточном уровне. Выявлено повышение уровня фибриногена и снижение активированного частичного тромбопластинового времени(АЧТВ) у больных обеих групп, по сравнению с таковыми в норме, что свидетельствовало о повышении коагуляционной активности крови больных ИБС. При этом у пациентов I группы среднее значение протромбинового времени составило 14,7±1,79 сек, протромбиновый индекс -105,0±12,9%, показателя международного нормализованного отношения - 1,07±0,12, АЧТВ - 26,1±2,3сек, фибриногена - 352,3±31,2 мг/дл, тромбинового времени - 12,7±1,5 сек, а у больных II группы, соответственно: 14,3±1,31 сек; 107,2±10,3%; 1,06±0,14; 27,1±4,4 сек; 363,4±32,5 мг/дл; 12,0±1,1 сек. В день поступления в стационар отмечены более высокие показатели общего холестерина - 7,3±0,56 ммоль/л, триглицеридов - 2,82±0,24 ммоль/л и ХС липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) - 4,5±0,35 ммоль/л в группе больных с сочетанными поражениями КА, по сравнению с таковыми у больных с изолированным поражением КА (6,38±0,4; 1,75±0,17 и 3,32±0,31 ммоль/л, соответственно) и более низкий уровень ХС липопротеидов высокой плотности у пациентов II группы, по сравнению с этим показателем у пациентов I-й (0,99±0,28 и 1,03±0,34 ммоль/л). Розувастатин уменьшил ударный объем с 79 до 77,5 мл, а аторвастатин с 84 до 82,5 мл. Больные с гемодинамически значимым атеросклерозом КА составили 30% в I группе и 19,8% - во II группе. Больные с верифицированным гемодинамически значимым атеросклерозом КА относятся к группе очень высокого риска. Выводы. Важным моментом в профилактике грозных осложнений КБС является выявление лиц с нарушенным обменом липидов и нелипидными ФР. Наиболее значимыми в отношении суммарного риска развития кардиоваскулярных событий у обследованных больных являются расположенные по ранжиру ФР: АГ, курение, отягощенная наследственность по КБС, абдоминальный тип ожирения, высокий уровень ХСЛПНП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Каримова М.А. резидент магистратуры 2 года обучения

Кафедра «Общественное здоровье и управление системой здравоохранения», заведующая кафедрой профессор, д.м.н. Искандарова Ш.Т.

Научный руководитель:Мамедова Г.Б.

В процессе реформирования отношений в здравоохранении происходит разгосударствление медицинских учреждений и приватизация ведут к тому, что лечебным учреждениям приходится вести свою деятельность в условиях рынка медицинских услуг. Сокращаются объемы финансирования за счёт средств государственного бюджета. Всё это сказывается на экономическом положении лечебных учреждений не с лучшей стороны. В большинстве случаев лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) предоставлены сами себе, и далеко не всем удается выжить, или перейти на самофинансирование полностью, многие медицинские учреждения поликлиники, стационары, медико-санитарные части не смогли адаптироваться к рыночным отношениям и нуждаются в дополнительной финансовой поддержке и вливаний государственного бюджета. Поэтому в новых рыночных условиях для обеспечения выживаемости медицинские учреждения переходят к новому механизму хозяйствования, при котором немалое значение занимает маркетинг. Применение маркетинга в здравоохранении способствует оптимизации деятельности медицинских учреждений, что помогает учреждениям здравоохранения наиболее рационально планировать свою деятельность. Маркетинг даёт возможность прогнозировать товарооборот, изучать потребности рынка медицинских услуг, применение маркетинговых исследований даёт возможность определить, какие услуги найдут спрос у потребителя, сколько потребитель готов за это заплатить и готов ли он платить вообще или нет. Применение принципов маркетинга позволит коренным образом улучшить качество предоставляемых медицинских услуг. Особое место в развитии маркетинга и продвижении медицинских учреждений на рынке медицинских услуг отводится медицинской рекламе.Законодательство Узбекистана определяетрекламукак- специальную информацию, распространяемую в соответствии с законодательством в любой форме, с помощью любых средств, о юридическом или физическом лице, продукции, в том числе о товарном знаке, знаке обслуживания и технологии, с целью прямого или опосредствованного получения прибыли (дохода). Основными требованиями к рекламе являются законность, точность, достоверность, использование форм и средств, не причиняющих потребителю рекламы убытков, а также морального вреда.Реклама в медицинской сфере - это деятельность по распространению информации о лекарственных средствах и медицинских услугах. В общих чертах медицинская реклама не отличается от рекламы в целом, потому что цель остается неизменной - побудить человека приобрести рекламируемый продукт или воспользоваться услугой. Но отличия есть, и они выражаются в особенностях самого продукта: медицинские услуги затрагивают очень специфические понятия «здоровье», «жизнь», «смерть» и др. Оперируя такими понятиями, нельзя упускать из виду этические принципы. Среди общих требований, которые предъявляются к рекламе, стоит выделить принцип добросовестности и достоверности. Так, Федеральный закон в Российской Федерации «О рекламе» называет недобросовестной рекламу, содержащую некорректные сравнения рекламируемого товара или услуги с уже действующими товарами других производителей. Под категорию недобросовестной подпадает и реклама, которая порочит честь, достоинство и репутацию других лиц. Недостоверной признают рекламу в том случае, если сведения о преимуществах услуги или товара, о любых характеристиках услуги, о стоимости, размерах скидок, о результатах исследований и т.п. не соответствуют действительности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Каримова Н.З. магистр 1 курса

кафедра психиатрии и наркологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Агроновский Н.Л.)

Научный руководитель: ст. преп. Мадумарова М.М.

Актуальность. В настоящий момент депрессивные расстройства являются одной из главных угроз здоровью населения. По оценкам Всемирного банка, психические расстройства составляют 8,1% от общего числа заболеваний, а расстройства настроения занимают среди всех психических заболеваний самое большое место, составляя 17, о. о прогнозам экспертов ВОЗ, к 2020г. эта патология займет первое место по распространенности среди всех заболеваний. Актуальность выявления и терапии депрессивных расстройств определяется в значительной степени темп социально психологическими последствиями, с которыми связано течение данного заболевания, увеличение инвалидизацин от других заболеваний, изменение системы межличностных отношений (семья, друзья, работа), повышение частоты коморбидности других психических и соматических заболеваний. Проблема депрессии в пери- и постменопаузе широко изучается и обсуждается с 30-х годов прошлого столетия и до настоящего времени, т. е. почти

несколько десятков лет. Исследования продолжаются, потому что важность проблемы постменопаузы увеличивается. В настоящее время во всем мире отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин. К 2000 г. средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах составляла приблизительно 75-80 лет, а в развивающихся странах - 65-70 лет. При этом возраст наступления менопаузы остается относительно стабильным и составляет в среднем 49-50 лет. Таким образом, практически треть жизни женщины проходит после окончания менструаций. Цель - изучить психологические особенности депрессивных расстройств у женщин климактерического возраста. Материалы и методы исследования. Было обследовано 16 женщин с депрессивными расстройствами в возрасте 50-60 лет. Применялся клинико-психопатологический и психологический (шкала Бека) методы исследования. В ходе исследования были выделены основные и дополнительные симптомы депрессии, а их соотношение определяли тяжесть расстройства. Среди основных симптомов отмечались снижение настроения, преобладающее почти ежедневно большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель (87%), утрата интереса и удовольствия от ранее приятной деятельности, повышенная утомляемость и снижение энергичности (92%) Из дополнительных симптомов были сниженная способность к сосредоточению и снижение концентрации внимания (53%), а также колебания или нерешительность пои принятии решений (38%), снижение самооценки и чувство неуверенности в себе (26 /1 идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода) (19%) самообвинение беч повода (11%), мрачное и пессимистическое видение будущего (43%), идеи или лейгтт.а по самоповреждению или суициду (9%), нарушенный сон (83%) изменение аппе (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела (68%). Вывод. Таким образом, депрессивные расстройства перименонаузального периода неглубокие по степени тяжести, однако для проведения адекватной терапии эмоционально-аффективных нарушений требует учета многих аспектов: анамнестических данных, выраженности и стадии климактерия, особенностей аффективных нарушений, связи с чем необходима на индивидуализация терапии, которая возможна только при совместной работе гинеколога, психиатра и медицинского психолога.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Карпова Е.А., Громова Е.Н., студентки 626 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Никитин Е.Н.

Цель исследования – оценка изменений гемограммы и гемостаза у больных циррозом печени (ЦП). Материалы и методы исследования: обследовано 50 пациентов с ЦП в возрасте 21 - 73 (51,7±1,01) лет. Женщин было 33(66%), мужчин – 17 (34%). Диагноз ЦП базировался на основе характерных клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Пациенты разделены на 5 групп: первая – с ЦП вирусной этиологии (8 чел., 16,0%); вторая – ЦП алиментарной этиологии (14/28,0%); третья – ЦП смешанной (алиментарной + вирусной) этиологии (15/30,0%); четвертая – первичным билиарным ЦП (10/20,0%); пятая – с другими формами ЦП (3/6,0%). Критерии цитопений: уровень гемоглобина у женщин – менее 120 г/л, у мужчин – менее 130 г/л; количество тромбоцитов – менее 150х10^9/л, число лейкоцитов – менее 4,0х10^9/л. Исследования показателей крови выполнены на гематологических анализаторах, а свертывающей системы – с помощью автоматического коагулометра. Статистическая обработка данных проведена с применением программы MS Excel 2016 (Microsoft). Результаты: Анемический синдром характеризовался слабостью, головокружением, бледностью кожи у 48(96,0%) больных. Геморрагический синдром наблюдался у 27 (54,0%) больных: носовые кровотечения – у 21 (42%), кровоточивость десен – у 13 (26,0%), кровоизлияния петехиально-пятнистого типа на коже – у 6 (12,0%) человек. В основе геморрагического синдрома лежали: тромбоцитопения у 39 (78,0%) больных, из них – у 18(46,15%) – менее 100х10^9/л, нарушения показателей коагуляционного гемостаза – гипокоагуляция в протромбиновом тесте (18,32±0,49с) у 25 (50%) чел., снижение фибриногена (2,79±0,09 г/л) – у 17 (34,0%), а также ДВС-синдром - повышение Д-димеров (222,14±157,23мг/мл), снижение АТ-III (65,68±4,51%) – у 7 (14,0%). Анализ гемограмм выявил различные типы цитопений у 47 (94%) больных, из них трехростковую цитопению – у 15 (32,0%), двухростковую – у 13 (27,7%) и одноростковую – у 15 (31,92%). Трехростковая цитопения встречалась чаще у пациентов 1 и 5 групп (соответственно, 40,6±8,82% и 42,1±11,64%, $p<0,05$). Анемии наблюдались у 36 (72,0%) больных, тромбоцитопения – у 39 (78,0%), лейкопения – у 24 (48,0%). Анемия в целом имела нормохромно-нормоцитарный характер: показатель среднего объема эритроцитов (MCV) – 80,81± 1,26 фл, а показатель среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH) – 28,7±0,49пг. Анемический синдром встречалась чаще в группах: алиментарный, смешанный и вирусный ЦП ($p<0,05$). В группах: вирусный ЦП, алиментарный ЦП, ПБЦ и другие ЦП выявлена I степень тяжести анемического синдрома, а в группе смешанного ЦП – II степень тяжести. Выводы: 1.. Цирроз печени сопровождается изменениями крови: анемией – у 72,0% больных, лейкопенией – у 48,%, тромбоцитопенией – у 78%. 2. При циррозе печени наблюдается нарушение тромбоцитарно-плазменного гемостаза, вплоть до развития ДВС-синдрома.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Каршиев З.Х., Алкаров Р.Б. ассистенты СамМИ

Кафедра психиатрии, мед. психологии и наркологии (зав.каф. - к.м.н. Велиляева А.С.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ибадуллаев З.Р.

Одним из наиболее частых немоторных проявлений болезни Паркинсона (БП) является боль. Частота хронической боли при БП, продолжающейся свыше трех месяцев, по данным разных авторов составляет от 40 до 70% и превышает таковую в общей популяции (от 20 до 44%). Предполагают, что боль у пациентов может быть связана с основными симптомами паркинсонизма, прежде всего мышечной ригидностью, сопутствующей скелетно-мышечной патологией или может быт самостоятельным симптомом, отражающим нарушение функции ноцицептивной системы при БП. В силу этого, развитию болевого синдрома могут способствовать осложнения длительной терапии леводопой, включая как моторные и немоторные флуктуации, так и дискинезии. Все это предопределяет гетерогенность болевых синдромов при БП и делает актуальным комплексный клинический анализ хронических болевых синдромов у больных БП. Цель исследования. Дать оценку качества жизни у больных с болезнью Паркинсона хроническим болевым синдромом. Материалы и методы. Нами обследовано 50 пациентов, из которых 25 мужчин и 25 женщины, средний возраст 63,5±9,1 лет. Исследование повседневной активности и качества жизни проводилось с помощью европейского опросника качества жизни (EP-50). Методика включает две части: первая часть, представляет собой визуальную аналоговую шкалу для глобальной оценки качества жизни, связанного со здоровьем, представляющую собой нарисованную шкалу (типа термометра), на которой наилучшее состояние здоровья соответствует отметке 100, а наихудшее - 0. Вторая часть опросника отражает профиль здоровья. Во второй части отражены пять сфер: мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, боль, настроение. Для каждой из сфер предусмотрены три уровня нарушения. Опросник заполняется самим больным. Для оценки качества жизни также использовалась шкала POC 39, состоящая из 39 вопросов, в состав которой входит 7 подшкал. Результаты исследования. У пациентов с болевым синдромом при БП оценка по визуально аналоговой шкале для определения качества жизни, связанного со здоровьем, было достоверно ниже, чем у пациентов без болевого синдрома. При этом у пациентов с болью при БП были ниже показатели повседневной активности, а также повышен уровень тревоги и депрессии, боли и дискомфорта. Таким образом, у пациентов с болевым синдромом при БП качество жизни, определяемое по шкале EP - 50, было ниже, чем у пациентов без болевого синдрома. Оценка уровня качества жизни по шкале EP-50 у больных с болевым синдромом коррелировала с оценкой III части UPDRS (Д=0,42, $p<0.05$), а также с выраженностью гипокинезии и ригидности. Пациенты с большей выраженностью депрессивной симптоматики демонстрировали более низкую оценку качества жизни по визуальной шкале EP-50(Д=-0,5 $p<0,001$),а также более высокий уровень тревоги депрессии по шкале EP-50 (Д=0,5 $p<0,01$). У пациентов с болевым синдромом оценка по шкале POC-39 была выше (53,05±21,3), чем у пациентов без болевого синдрома (41,03±17.4), что отражает более низкое качество жизни. Оценка уровня качества жизни у больных БП с болевым синдромом по шкале POC -39 коррелировала с оценкой III части UPDRS (1=0,33, $p<0,05$), а также с выраженностью гипокинезии и ригидности. Выводы. Таким образом, на качество жизни больных влияют выраженность болевого синдрома, длительность заболевания выраженность симптомов паркинсонизма и депрессивной симптоматики.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Касенгалиев А., студент 16-02 группы, общемедицинского факультета АО «КазМУНО»

Кафедра общей и клинической фармакологии (зав.каф. Ералиева Б.А.)

Научный руководитель преподаватель кафедры общей и клинической фармакологии Парманкулова Т.Н.,

д.фарм.н., профессор Келимханова С.Е.

Цель работы: Установить возможность лечения артериальной гипертонии комбинированными, артериальными, современными препаратами. Благодаря этому снижается риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Определить основные принципы комбинированной терапии современными гипотензивными препаратами. Оптимизировать ослабление побочных эффектов за счет снижения дозы одного или обоих компонентов гипотензивных препаратов. Материалы и методы исследования: В исследование были включены 80 пациентов с артериальными заболеваниями сердца. Исследование проводилось на клинической базе АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования» № 4 городской клинической больницы. Результаты: STADA CIS3 недавно зарегистрировал свой дженерик в Республике Казахстан препарат-амлодипина Амловас. Амловас – является блокатором кальциевых каналов, блокируя поступление ионов кальция через канальцы мембраны в кровеносные сосуды и гладкомышечные клетки миокарда. Амловас имеет расслабляющее воздействие на гладкую мускулатуру сосудов. Также, Амловас является гипотензивным, спазмолитическим, антиангинальным и сосудорасширяющим действием. Динамика артериального давления и частоты сердечных сокращений при лечении препаратом «Амловас»: Индикаторы: - систолическое артериальное давление, мм. рт. ст. на 4 неделе - 159,8 ± 1,3; на 8 неделе - 147 ± 1,5; на 12 неделе - 132,4 ± 1,5. - диастолическое артериальное давление, мм. рт. ст. на 4 неделе - 98,5 ± 1,4; на 8 неделе - 91,4 ± 1,2; на 12 неделе - 88,5 ± 1,3. - частота сердечных сокращений в минуту: на 4 неделе - 83,5 ± 1,4; на 8 неделе - 78,7 ± 1,4; на 12 неделе - 73,1 ± 1,3. Показатели: -ММЛЖ (масса миокарда левого желудочка) и ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией при лечении амловазами: - исходные данные: ММЛЖ – 255,1; ИММЛЖ – 127,2. - через 1 месяц: ММЛЖ – 248,2; ИММЛЖ – 117,8. - через 3 месяца: ММЛЖ-218,2; ИММЛЖ – 109,4. Выводы: 1. Применение «Амловаса» значительно улучшило состояние пациентов, и те, кто не наблюдал объективного снижения показателей артериального давления, стали чувствовать себя лучше. 2. «Амловас» улучшает внутрисердечную гемодинамику с тенденцией к значительному снижению степени гипертрофии левого желудочка. 3. «Амловас» хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов, является эффективным и безопасным препаратом, удобен при лечении пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В КАЗАХСТАНЕ В РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ

Касенгалиев А., студент 16-02 группы, общемедицинского факультета АО «КазМУНО»

Кафедра общей и клинической фармакологии (зав.каф. Ералиева Б.А.)

Научный руководитель преподаватель кафедры общей и клинической фармакологии Парманкулова Т.Н.,

д.фарм.н., профессор Келимханова С.Е.

Цель работы: Проанализировать современное состояние фармацевтической промышленности в РК. Материалы и методы исследования: контент-анализ фармацевтических компаний Республики Казахстан. Результаты: Исследование показало, что на сегодня в республике работает свыше 100 крупных и средних компаний, производящих медицинскую и фармацевтическую продукцию (большинство из них занимается заготовкой растительного лекарственного сырья и производством галеновой продукции) – более 600 наименований, свыше 100 наименований входят в перечень основных жизненно важных лекарственных средств. Общий годичный объем продукции оценивается приблизительно в 22-23 млн. долларов. Ключевыми отечественными производители медикаментов являются – АО «Химфарм», АО «Алматинская фармацевтическая фабрика», Западно-Казахстанское АО «Береке» и т.д. За последние годы на ОАО «Химфарм» освоен выпуск свыше двухсот наименований готовых лекарственных форм. Официальный список основных жизненно важных лекарственных препаратов Казахстана включает 449 наименований, около ста из которых уже выпускаются на АО «Химфарм». Анализ показал, что на АО «Химфарм» планируется запустить автоматизированный цех по производству инфузионных растворов мощностью 12 миллионов пакетов в год, в котором будут использоваться новейшая технология и оборудование. Впервые в Казахстане в АО «Химфарм» намерены запустить современное производство лекарственных средств в форме мазей и суппозиториев, полностью обеспечивающее потребности страны. Расфасовка лекарственного растительного сырья, которое можно использовать для производства лекарств, используемых для лечения социально-значимых заболеваний, производится на предприятиях крестьянское хозяйство «Алтын Тамыр» (г.Алматы), ОАО «Фармация» (гг.Караганды, Кызылорда, Костанай). Выводы: На сегодня в Республике Казахстан не существует единой государственной стратегии производства лекарственных средств, и производители формируют ассортимент от продаж, попадая в ситуацию искусственного перепроизводства по отдельным, одновременно освоенным позициям, что не способствует улучшению ситуации в области лекарственного обеспечения населения страны и лишь частично реализует озвученную Концепцию здравоохранения и лекарственного обеспечения.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Качалиев Х., студент 509 группы стоматологического факультета СамМИ

Толибова Ш., студентка 308 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав.каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель: ассистент Ибрагимова Э.Ф.

Во время беременности около 80% женщин применяют различные лекарственные средства, которые могут оказывать негативное влияние на плод. Не каждый врач пользуется классификацией категорий риска при беременности, разработанной FDA. Особое беспокойство вызывает высокий уровень показателей самолечения у беременных, бесконтрольного и неправильного приема лекарственных средств. Цель работы. Изучить безопасность применения антибиотиков при беременности. Метод и материалы исследования. Изучен систематический обзор научных данных и проанализированы более 14 опубликованных работ, где приведены данные о применении антибиотиков у беременных женщин. Результаты. Установлено, что применение антибиотиков при инфекционных процессах во время беременности должно быть регламентировано строгими медицинскими показаниями и осуществляться под наблюдением врача. При назначении и выборе антибиотика во время беременности следует принимать во внимание риск для матери и плода, для уменьшения которого требуется рациональный выбор антибиотика, его оптимальная дозировка. Важно учитывать физиологические изменения, происходящие в организме беременных, которые могут приводить к существенным изменениям фармакокинетических параметров лекарственных средств. Несмотря на наиболее частое использование бета-лактамных антибиотиков в акушерстве и гинекологии, оказывающих быстрый бактерицидный эффект при минимальном количестве побочных реакций, антибиотикорезистентность является основным фактором, ограничивающий клинический эффект данной группы антибиотиков. Следовательно, при выборе безопасного антибиотика, лечащий врач должен располагать достоверной и своевременно обновляемой информацией о риске их применения. Пенициллины не обладают тератогенным, эмбрио- и фетотоксическими свойствами, но являются причиной развития аллергических реакций у беременных. Из цефалоспоринов необходимо назначать препараты 1 и 2 поколения, давно используемые в клинической практике. О безопасности препаратов групп карбапенемов и макролидов опубликованных данных недостаточно. Ограничено применение препаратов групп линказамидов из-за вызываемого ими осложнения – псевдомембранозного колита, аминогликозидов – проявления ототоксичности и нефротоксичности. Противопоказаны во время беременности тетрациклины и левомицитин, оказывающие токсическое действия на плод. Такие лекарственные средства как ванкомицин, полимиксин В, линезолид, сульфонамиды, триметоприм, ко-тримоксазол, метронидазол, нитрофураны можно применять в терапии беременных женщин только при угрозе жизни, превышающей риск. Выводы. Таким

образом, при проведении терапии антибиотиками у беременных необходимо ограничить применение препаратом с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности, рационально комбинировать лекарственные средства, соблюдать режим дозирования и длительность терапии, не допускать полипрогмазии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОИДОВ

Ким Д. клинический ординатор 1 курса СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель к.м.н. Ниязов Ш.Т.

Цель работы: оценить эффективность применения озоноидов при лечении энцефаломиелитов. Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели нами было обследовано 43 больных детей с диагнозом энцефаломиелит в возрасте от 8 до 14 лет. Из них мальчиков – 20 (46,5%), девочек – 23 (53,5%). Критериями включения больных в исследование являлись: возраст от 8 до 14 лет; подтвержденный диагноз энцефаломиелит. Для подтверждения диагноза, а также для оценки эффективности проведенных лечебных мероприятий всем больным проведено МРТ головного мозга. Результаты: Установлено, что у всех пациентов при МРТ исследовании отмечались демиелинизирующие очаги разного размера и отличались по локализации. Выраженность неврологической симптоматики зависело от пораженного участка головного и спинного мозга. У наблюдаемых нами больных отмечались спастический тетрапарез у 21 больного (48,8%), спастический гемипарез у 10 больных (23,2%) у 12 (27,9%) нарушения со стороны экстрапирамидной системы. У 15 больных (34,9%) выявлено судорожные приступы, а у 9 больных (20,9%) нарушения зрения различной степени выраженности. Всем обследованным больным вместе с традиционным методом лечения внутривенно вводили озонированный физиологический раствор (из расчета 10 мл/кг). После проведенного нами лечения у больных в первую очередь (на 7-8 сутки лечения) восстановилась зрительная функция. У 31 больного (72,1%) было улучшение двигательных функций (на 30-45 сутки лечения).У 2 больных (4,7%) ажитация неврологических симптомов проявлялись в более поздние сроки (через 1-1,5 года). Выводы. Таким образом, применение озоноидов у больных с демиелинизирующимим энцефаломиелитами показал высокую эффективность: по окончании терапии положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 72,1% больных, ведение озоноидов в ранние сроки заболевания подтверждает высокую эффективность проведенного нами лечения, которое подтверждает данные нейровизуализационного исследования.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СРК

Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э., Асанбекова А.А. студенты специальности педиатрия 6 курса КРСУ,

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства

Кафедра педиатрии (зав.каф. - д.м.н., профессор Боконбаева С.Ж.)

Руководитель - к.м.н., доцент Шайдерова И.Г.

Целью исследования является анализ течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) у пациентов в разных возрастных группах гастроэнтерологического отделения города Бишкек. Материалы и методы: была произведена выборка историй болезней за 2018 год в отделении гастроэнтерологии Национального Центра Охраны Материнства и Детства. Проводилось исследование детей по специально составленной карте, которая включала в себя паспортные сведения, жалобы, анамнез, локальный статус, общеклиническое обследование и лабораторные, инструментальные данные, оценивали физическое развитие детей. Результаты. Было 44 респондента с разными формами СРК, из них 27 (61,4%) девочек и 17 (38,6%) мальчиков. Средний возраст детей составил 8 лет в диапазоне от 3 до 16 лет. Из города Бишкек обратились 19 (43,2%) пациентов, остальные 25 (56,8%) – из разных областей. Исследуемые были с формами СРК: с запорами 11 (25%), болями 29(65,9), диареей 3 (6,8%) и смешанной формы 1 (2,3%) человек. Респонденты дошкольного периода от 3 до 7 лет, составили I группу из 16 человек, из них 9 девочек и 7 мальчиков. Испытуемые обратились в больницу из города Бишкек 7 человек и девятеро с периферии. Ведущей формой расстройства является синдром раздраженного кишечника с запорами 8 человек, с болями 6 человека, с диареей 1, смешанной формы 1 человек. У пациентов наблюдались снижение аппетита и слабость 75%, запоры 81,2%, метеоризм 25%, боли не связывали с приемом пищи 68,8% и дефекацией 81,2%. На диспептические явления жаловались тошноту и рвоту 31,2%, изжогу, отрыжку, запах изо рта не отмечали 100%. По характеру боль отмечалась преходящая 87,5%, острая 12,5% и схваткообразная 62,5%; по локализации в эпигастральной и околопупочной области 25%, по ходу толстого кишечника у 50%, боль в прошлом у 87,5%.. Ночные боли никто не отмечал. В 100% случаев кал характеризуется, как неоформленный мягкий с элементами непереваренной пищи 93,8%, слизи 18,8%, кровь и жир не найдены. Мышечные волокна в каловых массах у детей найдены независимо от формы СРК. Глистные инвазии обнаружены у пятерых: аскариды (3ч) и лямблии (2ч). У десятерых 62,5% сопутствующий диагноз –ДЖВП; долихосигма у пятерых. У 12,5% пациентов была зарегистрирована синусовая тахикардия, у 6,2%- синусовая аритмия. II группа младшего школьного возраста, от 7 до 12 лет, была из 22 человек: 13 девочек и 9 мальчиков, из них 36,4% городские жители, 63,6% с периферии. Формы СРК: с запорами 13,6%, с болями 81,8%, с диареей 4,5%. Жалобы на снижение аппетита 81,8% и слабость 76,2%, боли, не связанные с приемом пищи 63,6% и дефекацией 100%. Боль в прошлом, отсутствие ее в ночное время подтверждали все. По локализации боли в эпигастральной области 50%, околопупочной 13,6% и по ходу толстого кишечника 36,4%, были схваткообразными и преходящими 59,1%. Отмечали тошноту, запах изо рта 50%, изжогу и рвоту 25%. Анализ кала на яйца глист положительный в 100% случаев, где преобладали аскариды. Сопутствующие диагнозы: ДЖВП 68,4%, гепатомегалия 15,8%. Ребят старшего школьного возраста – 12 – 18 лет представили 6 человек: 5 девочек и 1 мальчик. Из них 4 человека болели СРК с болями,1- с диареей. О результатах данной группы объективно тяжело судить. У 44 детей нарушения питания не отмечалось. Установлена прямая сильная связь (r=0,8) между СРК с запорами и сопутствующим диагнозом – долихосигма. Выводы. Таким образом, исследование СРК у детей указывает на преобладание пациентов женского пола, как и у взрослых, динамика половых различий отчетливо заметна с приближением пубертатного возраста, что указывает на связь с гормональными изменениями подросткового периода. Ведущими симптомами развития и течения СРК у детей являются схваткообразная, остро - преходящая боль по ходу толстого кишечника, изменения частоты и формы стула, а так же слабость и снижение аппетита. Установления связи синдрома раздражения кишечника с местом проживания не было.

МОНИТОРИНГ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕГЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

«ГВУЗ Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МЗ Украины»

Кинаш И.Я., Романюк Л.Б., Кравец Н.Я., Борак В.П.,

Кафедра микробиологи, вирусологии и иммунологии

Научный руководитель: д.мед.наук, профессор Климнюк С.И.

Актуальность. Устойчивость бактерий к антибиотикам (антибиотикорезистентнисть, antimicrobialresistance - AMR) растет с каждым годом. Причиной этого стало чрезмерное и бесконтрольное применение антибиотиков в медицине, ветеринарии и сельском хозяйстве, а также их попадание в почву и воду. По данным Экспертной комиссии по борьбе с антибиотикоустойчивыми бактериями (США), в мире ежегодно используется около 73 млрд разовых доз или 300 тыс. тонн, антибиотиков. Антибиотикорезистентность является и значительной экономической проблемой. По данным ВОЗ, только в ЕС стоимость лечения пациентов с заболеваниями, вызванными резистентными патогенами, оценивается примерно в 1500000000 евро в год. Управление по оценке технологий США подсчитало, что расходы на управление AMR в Соединенных Штатах составляют 0,1-10 млрд долл. США в год.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) в практике семейного врача встречаются чрезвычайно часто, поэтому вопрос о назначении антибиотикотерапии у такой категории пациентов возникает достаточно остро, поскольку возбудителями таких инфекций могут быть как вирусы, так и бактерии. Студенты-медики как никто должны разбираться с проблемой антибиотикорезистентности. Целью нашей работыбылопроанализировать частоту заболеваемости ОРЗ средистудентов-медиков и определитьобстоятельстваназначенияантибиотикотерапии при этойпатологии. Для исследования были использованы метод анкетирования и статистической обработки информации. Результаты исследования и их обсуждение.Было проанкетировано 38 человек в возрасте 17-22 лет, среди них лица женского пола преобладали: 63,2% и 36,8%, соответственно. По месту жительства распределение было следующим: жители города составили 53,8%, села - 46,2%. По количеству эпизодов ОРЗ в год наши респонденты были распределены следующим образом: раз или два в год болели 71,1%, 3-4 случая отметили 15,8% опрошенных, 5 и больше - 13,1%. Все больные ОРЗ получали амбулаторное лечение. В комплексе лечения не употребляли антибиотиков только 26,3% человек. По продолжительности терапии мы разделили всех обследованных на 3 группы: до трех дней - 2,6%, 4-7 дней - 84,2%, более 7 дней - 13,2%. Среди принимавших антибиотикотерапию, только 13,2% пациентам она была назначена врачом, остальные применяли антибиотики самостоятельно. Побочные эффекты от приема антибактериальных средников отмечали 21,1% опрошенных. Ведущее место среди них занимали расстройства со стороны кишечного тракта и аллергические проявления. В нашу анкету былвключенвопрос о проведении бактериологического обследования, с определением антибиотикорезистентности выделенных штаммов, и оказалось, что его проводили только 5 (13,2%) больных. Анализназначенияантибиотиковсвидетельствует о том, что спектр препаратовчрезвычайно широк и включаетсредствапенициллиновогоряда, макролиды, цефалоспорины. Выводы. Учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что студенты-медики болеют ОРЗ не так часто, как рядовые граждане, но при лечении в большинстве случаев (86,8%) не придерживаются показаний к назначению антибиотикотерапии, применяют эти средства самостоятельно, что ведет к побочным эффектам со стороны организма самого больного.

ПРОБЛЕМА ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И СПОСОБЫ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Клюйко А. А., студентка 1 группы фармацевтического факультета БГМУ

Паламар А. А., к.фарм.н., ассистент кафедры фармации БГМУ

Скринчук О. Я., преподаватель колледжа БГМУ

Цель работы: установить основные закономерности проведения товароведческого анализа и способы защиты лекарственных средств от фальсификации. Согласно данным ВОЗ, около 10% лекарственных средств, находящихся в обороте во всем мире, является фальсификатами. Не менее остро стоит вопрос фальсифицированных лекарств и в Украине. Именно выявление и возможность препятствовать продвижению на рынке страны являются одними из перспективных задач государственной политики в области лекарственных средств в Украине. Если не контролировать оборот фальсифицированных лекарственных средств, это может привести к тяжелым последствиям для пациентов. Материалы и методы исследования: товароведческий анализ является простым и эффективным способом проверки лекарственных средств. При приеме товара прежде всего необходимо обратить внимание на сопроводительные документы, транспортную тару, проверить ее целостность, имеющиеся попытки повреждения упаковки, проверить изменения цвета или деформации материала. Следующим шагом является проверка первичной и вторичной упаковки, при этом обращают внимание на изменение цвета упаковки, повреждения, утечки содержимого, загрязнения, осадка, помутнения, уменьшение количества содержимого. Обязательно сверить, указанная информация может не совпадать на вторичной и первичной упаковке. Необходимо провести органолептический контроль самой лекарственной формы, а именно проверить цвет, вкус, запах, массу, размер частиц, диаметр, покрытие и тому подобное. С 2010 года законом Украины предусмотрено нанесение названия лекарственных средств на вторичную упаковку шрифтом Брайля (рельефный шрифт, который можно почувствовать на ощупь). На упаковках также может быть указана различная дополнительная информация, в частности товарные, предупредительные, экологические и другие знаки, которые рекомендованы международными организациями. Нарушения маркировки упаковок может быть серьезным свидетельством фальсификации. На сегодняшний день существуют способы противодействия фальсификации. Разработано немало способов и технологических приемов, используя которые, можно уберечь потребителей от фальсификата. Наиболее распространенными являются различные способы печати, использование специальных материалов для изготовления упаковок, нанесение водяных знаков, металлических лент, использование бумаги, может изменять свое состояние при воздействии химических веществ или красителей. Для повышения уровня защиты продукции используют краски, меняющие цвет под действием излучения, невидимые флуоресцентные, микрокапсулированные, металлизированные, УФ-, ИК-краски. Как защитные элементы используются специальные наклейки или микропломбы, главным свойством подобных защитных элементов является их легкое разрушение при попытке удаления. Кроме того, в результате работы Еврокомиссии по предотвращению распространения фальсифицированной продукции была разработана новая технология лазерной гравировки по стеклу «SFERA», нанесённая информация с помощью данной технологии гравировки практически невидимая. Как отмечено в пресс-релизе Еврокомиссии, полученные в ходе реализации проекта данные позволяют утверждать, что технология «SFERA» является одним из лучших способов борьбы с фальсификацией фармацевтической продукции. Выводы: таким образом, строгий контроль за лекарственными средствами, правильное и обязательное проведение товароведческого анализа позволит контролировать оборот фальсифицированных лекарств, что позволит вовремя выявить и предупредить бесконтрольное их использования.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кобилова З.А, студентка 407 группы мед.пед факультета СамМИ

Кафедра «Неврологии и нейрохирургии» (зав. каф. – д.м.н. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. Мамурова М.М.

Цель работы: изучить клинико-неврологические особенности хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных АГ, у пациентов молодого возраста. Материал и методы исследования: Обследовано 105 пациентов с АГ (при АД ниже 100/60 мм рт. ст. в возрасте 25 лет и моложе, АД ниже 105/65 мм рт. ст. в возрасте старше 30 лет). Средний возраст больных составил 34,2±0,65 года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от степени выраженности дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ I и ДЭ II). Среди больных с ЭАГ диагноз ДЭ I стадии был установлен у 38 (36,2%) человек, ДЭII стадии - у 67 (63,8%) человек. В обеих группах преобладали больные с ДЭ II стадии в возрасте 36-45 лет (59,3% и 50,5% соответственно). Наименьшее количество больных с дисциркуляторной энцефалопатией отмечено в обеих группах в возрасте 18-25 лет (9,6% и 12,5%). При ДЭ, обусловленной АГ, мужчин и женщин было практически поровну (51% и 49%), в группе больных с ДЭ при ЭАГ, статистически достоверно (P<0,001) преобладали женщины (93,3% и 6,7%). Все пациенты прошли комплексное обследование по стандартной клинической программе. Результаты: При анализе клинических данных у пациентов с АГ была диагностирована ДЭ I у 33 (31,4%) человек, ДЭ II - у 72 (68,6%) человек. У больных с ДЭ I преобладали следующие синдромы: астенический - у 20 (58,3±7,1%) и невротический - у 21 (64,5±6,9%) человека с достоверностью (P=0,05). Сравнительно реже - дискоординаторный - у 6 (16,7±5,4%), инсомнический - у 11 (33,3±6,8%) и вестибулярный - у 13 (39,6±7,0%) человек (P=0,01). У больных с ДЭ II достоверно чаще отмечались следующие синдромы: цефалгический - у 53 (74,2±4,4%), вестибулярный - у 60 (83,5±4,1%), когнитивных нарушений - у 51 (71,1±5,5%), инсомнический - у 38 (52,6±6,8%), дискоординаторный - у 45 (61,9±6,2%) человек (0,05=P<0,01), что явилось следствием прогрессирования поражения головного мозга при ДЭ II. В результате обследования больных с АГ II степени были выделены четыре клинические группы в зависимости от выраженности суточного ритма АД в соответствии со степенью ночного снижения АД: 1-я 19 (28,6%) больных «дипперы», 2-я 25 (37,1%) человек «нондипперы», 3-я -16 (24,3%) человек «овердипперы», 4-ю - 7 (10,4%) человек «найтпикеры». Среди основных синдромов ДЭ вестибулярный - у 9 (58,8±5,2%) человек III группы с достоверностью (P=0,05) и у 6 (85,7±13,2%) человек IV группы (P=0,01). Синдром когнитивных нарушений - у 17 (69,2±7,0%) больных во II группе и у 6 (85,7±13,2%) в IV клинической группе. Дискоординаторный синдром - у 15 (61,5±9,1%) больных во II, у 9 (58,8±5,2%) больных в III группе и у 5 (71,4±15,1%) человек в IV группе. Невротический синдром во II группе в 14 (57,7±8,2%) случаях и в III группе -

у 8 (52,9±4,8%) больных, в IV группе - у 5 (71,4±15,1%) человек (во всех P=0,05). Астенический синдром наиболее выраженным был в IV группе пациентов (P=0,01). У пациентов молодого возраста с ДЭ II наиболее частыми, статистически достоверными очаговыми симптомами были слабость конвергенции, надъядерный парез лицевого нерва, интенционный тремор при пальце-носовой пробе и неустойчивость в позе Ромберга. Выводы: У больных с ДЭ I при АГ, в клинической картине вначале преобладали невротический и астенический синдромы, при ДЭ II - вестибулярный, цефалгический и когнитивных нарушений. Динамическое наблюдение показало усугубление цефалгического, вестибулярного, инсомнического синдромов и синдрома когнитивных нарушений и уменьшение астенического и цефалгического синдромов при длительности заболевания более 5 лет. Очаговые неврологические симптомы чаще были отмечены у больных с ДЭ II. Клинические синдромы были тесно связаны с характером суточного ритма АД. Так, вестибулярный синдром преобладал в III и IV группах больных, когнитивных нарушений - во II и IV, дискоординаторный и невротический - во II, III и IV, астенический - в IV.

АНАЛИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Вахабов Б.М., Насирдинов Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Теоретические исследования обмена биогенных аминов в условиях гипоксии выявили механизмы образования летучих метаболитов биогенных аминов. Метод анализа выдыхаемого воздуха (ВВ) основан на использовании современных методов эмиссионной электроники и газового анализа. Поверхностно-ионизационный датчик с высокой чувствительностью и селективностью к аминам применяется для газовой хроматографии. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных мужского пола в возрасте от 31 до 68 лет страдающих ишемической болезнью сердца. 45 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 25-х больных был выставлен диагноз ИБС QMI (в возрасте от 31 до 68 лет); у 20-ти мужчин выставлен диагноз ИБС NQMI (от 35 до 60 лет). Контрольную группу составили 20 больных в возрасте от 30 до 55 лет. Пробы ВВ для анализа у больных с инфарктом миокарда брались на первые сутки поступления больного в стационар, на 7-8-е сутки и на 12-14-е сутки заболевания. При выборе больных для анализа ВВ исключалась патология органов дыхания. Результаты исследований. При обследовании больных QMI в первые дни поступления в стационар отмечалось повышенное содержание летучих аминов в ВВ. И если у больных NQMI на 1-ые сутки повышался уровень метаболитов биогенных аминов на 412,1%, то у больных QMI повышена в 11,8 раз по сравнению со здоровыми. На 7-8-е сутки содержание аминов в ВВ у больных QMI понижалось до $582\pm27{,}29\times10^{-9}$ г/л, что в 7,8 раз превышал показатель здоровых. На 12-14 сутки отмечалось значительное снижение содержания аминов в ВВ у больных QMI до $301\pm17{,}91\times10^{-9}$ г/л, что в 4 раз выше контрольной группы.Обследование больных NQMI проводилось при поступлении, далее на 7-8 сутки пребывания и на 12-14 сутки. На первые сутки отмечалось значительное повышение до $379\pm41\times10^{-9}$ г/л летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ, что в 5,1 раза превышает показатель контроля (P<0,001). На 7-8 сутки заболевания прослеживается незначительное снижение метаболитов биогенных аминов до $301\pm49\times10^{-9}$ г/л, что в 4 раз выше показателя группы здоровых (P<0,001). А на 12-14 сутки уровень диэтиламина спускается до $207\pm47\times10^{-9}$ г/л, что в 2,7 раза превышает уровень контроля (P<0,001). Обсуждение результатов. В ходе нашей работы были получены интересные и важные данные, открывающие определенные перспективы дальнейших исследований. Газоаналитическим методом были обнаружены летучие метаболиты биогенных аминов в выдыхаемом у больных ИБС и клинически здоровых людей. Нами впервые был проведен анализ ВВ с выявлением диэтиламина колориметрическим методом у больных с инфарктом миокарда. В наших работах было показано повышенное содержание диэтиламина в ВВ в острый период инфаркта миокарда, в подострый период и в период рубцевания прослеживается снижение содержания вторичных аминов, но до уровня здоровых не доходит. Прослеживаемое в нашей работе различие в выведении аминов с ВВ может стать надежным маркером для ранней диагностики предынфарктного состояния. Простые в использовании и дешевые методы анализа ВВ помогут обнаружить заболевания на самых ранних стадиях ИБС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ПЕРВОГО КУРСА ХГМУ

Комилова Б.И., Адиба Р., Сафарова М.М. студенты 306 группы медицинского факультета

Хатлонского государственного медицинского университета. Таджикистан

Кафедра морфологии и физиологии человека (зав. каф. – к.м.н. Зарипов И.А.)

Научный руководитель – д.м.н., профессор У.А. Курбанов

Цель исследования. Изучить антропометрические показатели физического развития студентов Хатлонского государственного медицинского университета и дать сравнительный анализ по данным доступной литературы. Материалы и методы. Антропометрические измерения были проведены у всех 390 студентов 1-го курса ХГМУ. Юношей было 279 (71,5%), девушек - 111 (28,5%), средний возраст их составлял 19,3±1. Был определен весоростовой показатель и рассчитан Индекс массы тела (ИМТ) по следующей формуле: $I = \frac{m}{h^2}$, который измеряется в кг/м^2. В соответствии с рекомендацией ВОЗ ИМТ оценивается по следующим параметрам: менее 18,5 - дефицит массы тела, 18,5-24,99 – норма, 25-30 –избыточная масса тела и более 30 – ожирение. Для сравнения полученных результатов в данной работе были обобщены средние показатели антропометрических исследований 15 686 студентов из 22 стран мира со средним возрастом 20,8±2,6. Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что средние показатели роста и веса студентов ХГМУ составляли 168,8±0,4 и 61,5±0,5 соответственно. При оценке результатов ИМТ среднее значение среди студентов 1-го курса было равно 21,6±0,14. Нормальные показатели ИМТ были выявлены у 319 (81,8%) студентов, в том числе у 233(83,5%) юношей и 86 (77,5%) девушек. Дефицит массы тела обнаружен у 39 (10%) студентов: у юношей – 27 (9,7%), у девушек - 12 (10,8%). Избыток массы тела был обнаружен у 27 (6,9%) студентов, в том числе у 16 (5,7%) юношей и у 11 (9,9%) девушек. Ожирение было выявлено у 5 (1,3%) человек, в том числе у 3 (1,1%) юношей и у 2 (1,8%) девушек. По данным зарубежных исследователей, среднее значение показателей роста и веса аналогичной группы молодёжи было равно 162,9±6,9 и 62,3±7,6 соответственно. Показатель ИМТ в среднем составил 22,3±3,6. Нормальные показатели массы тела наблюдались у 62,1% девушек и 64,4% юношей, а дефицит массы тела был выявлен у 17,6% девушек и 10, 8% юношей. Избыточная масса тела установлена у 14,1% девушек и 18,9% юношей, а ожирение выявлено у 5,2% девушек и 5,8% юношей. При сопоставлении полученных данных с зарубежными нами установлено, что показатели нормальной массы тела у студентов ХГМУ среди девушек на 15,4%, - юношей на 19,1% было больше, чем у девушек и юношей в других странах мира. Дефицит массы тела у девушек ХГМУ на 6,8% меньше. Показатели избыточной массы тела и ожирения у девушек разных стран выше девушек ХГМУ на 7,6%, а у юношей – 17,9%. Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что показатели физического развития юношей и девушек 1-го курса ХГМУ соответствуют возрастным нормативам и по весоростовым параметрам сравнительно лучше, чем у их сверстников в других странах мира.

РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ФАРМАКОЛОГИИ

Копчук Т.Г., Дикал М.В., Драчук В.М.

Кафедра фармакологии (зав. – проф. Заморский И.И.)

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

Междисциплинарные связи определяются как система соотношений между знаниями умениями и навыками, которые формируются в результате последовательного отражения объективных связей с реальностью в средствах, методах и упорядоченном содержании учебных дисциплин. Эффективная междисциплинарная интеграция при изучении смежных дисциплин способствует усилению учебной мотивации студента. Цель работы заключается в определении роли междисциплинарной интеграции при изучении фармакологии студентами высшего государственного учебного заведе-

ния Украины «Буковинский государственный медицинский университет». Основная часть. Методическое планирование междисциплинарной интеграции при изучении фармакологии проводится по трем направлениям. Сначала определяют основные дисциплины, которые являются базовыми при изучении конкретной темы. Второе направление базируется на определении перспективных дисциплин, их разделов, в которых в дальнейшем будут использоваться материалы данной тематики. На третьем направлении прослеживаются внутрипредметные связи, предусматривающие интеграцию материала между предыдущими и последующими темами. Процесс усвоения фармакологии, а скорее ее понимание, обеспечивается учебным процессом на первых трех курсах, и является базовым для дальнейшего обучения на клинических кафедрах. Знание фармакологии является обязательной составляющей успешного дальнейшего изучения «клиники внутренних болезней» и требует конкретных мер по оптимизации усвоения студентами учебного материала. Понимание сложных процессов, на которые влияют лекарственные средства, требует фундаментальных знаний в области анатомии, гистологии и эмбриологии, биофизики, нормальной и патологической физиологии, химии, биохимии, медицинской биологии, микробиологии, патологической анатомии и тому подобное. Подготовка квалифицированного врача любой специализации невозможна без углубленного, и вместе с тем, конкретизированного изучения фармакологии. Формы планирования междисциплинарной интеграции представлены в методических указаниях для самостоятельной работы студентов при подготовке к практическим занятиям. При изучении фармакологии, определенное внимание уделяется и внутрипредметной интеграции, формированию внутрипредметных связей между предыдущими и последующими темами. Успешная междисциплинарная интеграция не может быть достигнута путем ее применения лишь на одной из кафедр. Это комплексная работа всего высшего учебного заведения. Междисциплинарную интеграцию в нашем учебном заведении внедряют путем проведения интегрированных практических занятий и семинаров с решением комплексных ситуационных задач и тестовых заданий. Выводы. Применение междисциплинарных технологий в подготовке врача способствует усилению мотивации студента к обучению, формированию профессиональных коммуникативных умений, и позволяет подняться на качественно новый уровень клинического мышления, способного комплексно решать задачи в дальнейшей медицинской практике на основе широкого интегрирования знаний, полученных при изучении различных дисциплин. Последовательность и систематичность, которые лежат в основе междисциплинарной интеграции, закладывают базу и способствуют формированию системы профессиональных умений и навыков будущих специалистов.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФАРМАКОЛОГИИ

Копчук Т.Г., Щудрова Т.С.

Кафедра фармакологии (зав. – проф. Заморский И.И.)

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

Фармакология остается одной из основных фундаментальных дисциплин, которая занимает особое место в медицинском образовании. Преподавание этого предмета как необходимой составляющей успешного изучения медицинских наук требует конкретных мер по улучшению его восприятия студентами. Цель работы заключается в обосновании учебно-методического подхода с целью оптимизации преподавания фармакологии в медицинском университете. Основная часть. Весь процесс обучения на практических занятиях по фармакологии в Высшем государственном учебном заведении Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (БГМУ) делится на 3 этапа: мотивационный, познавательный и контрольно-корректирующий. Учитывая основные дидактические цели, охватывающие познавательные (усвоение фундаментальных знаний) и деятельные (получение практических навыков – выписывание рецептов), курс предмета состоит из двух основных модулей. Модуль 1, в который входят подмодули лекарственная рецептура, общая фармакология, фармакология средств, влияющих на нервную систему, эндокринную систему, метаболизм, а также аналгетики, противовоспалительные и противоаллергические лекарственные средства. Модуль 2 – фармакология средств, влияющих на функцию органов и систем, фармакология противомикробных, противовирусных, противопаразитарных, противоопухолевых лекарственных средств. Учебным элементам модулей соответствует определенный уровень усвоения понятий. Первый уровень – познавательный, характеризующийся формированием у студента базовых понятий, представлений об основных свойствах и признаках предмета либо процесса, умение выделять его из ряда других предметов или явлений. Этому уровню усвоения соответствуют такие понятия как характеристики различных фармакокинетических и фармакодинамических процессов, основных механизмов действия лекарств, общие закономерности взаимодействия лекарств в организме и др. Второй уровень – понимание, которое предусматривает буквальное и реконструктивное воспроизведения учебного материала. При этом студент не только воспроизводит учебный материал, но и понимает его сущность, может его объяснить, интерпретировать, привести конкретные примеры. К этому уровню усвоения относятся общие представления о фармакологических свойствах разных групп препаратов, основное и побочное действие лекарств. Третий уровень – умение применить теоретические знания в практических ситуациях, который включает продуктивную деятельность. На этом уровне студент не только показывает понимание механизмов действия лекарственных средств, но и решает ситуационные задачи, раскрывая причинно-следственные связи, выписывает рецепты, умеет связывать учебный материал с практической деятельностью. Для этого уровня на кафедре создан ряд ситуационных задач клинической направленности, широко применяются тестовые задания из базы данных лицензионного экзамена «Крок-1», использование которых бесспорно способствует улучшению подготовки студентов к экзамену и развивает клиническое мышление. Выводы. Таким образом, интегрированное преподавание фармакологии с целью всестороннего освоения студентами необходимых навыков профессиональной деятельности является неотъемлемым звеном формирования квалифицированного специалиста, обладающего в полной мере базовыми теоретическими знаниями, логическим клиническим мышлением, и высоким уровнем практических навыков. Таким образом, основательное и систематизированное изучение этой дисциплины обеспечивает профессиональную компетентность будущих врачей.

ФАКТОРЫ УСПЕШНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ

Косулицкая К., студентка 313 группы академического лицея СамМИ

Научный руководитель: Ачилова С.Э.

Прежде чем говорить о факторах успешности, разберемся, что включает в себя модульная форма обучения? Под «модулем» подразумевается самостоятельная, независимая и законченная единица учебного процесса, направленная на освоение определенных знаний. Говоря в двух словах – это дистанционная система обучения, имитирующая общение в разных сферах, помогающая решать многие проблемы. В наш век – век современных компьютерных технологий нет человека, у которого не было бы средств коммуникации. Почти каждый является пользователем той или иной странички в сети. А молодежь следует выделить особо, она дитя своего времени. Каждое последующее поколение развивается вместе с продвижением современных технологий. Модульная системапредставляет собой работу преподавателя и учащегося через средства связи: компьютер, планшет, телефон. Главное, что обучаемый, на расстоянии может получить задание, Модульный подход позволяет осуществить демократизацию образовательного процесса, дает большую свободу в преподавании и учении. Учебные планы строятся с учетом индивидуальных способностей обучаемых. Он способствует более эффективному управлению учебным процессом. Исследуя зарубежную педагогическую литературу, описывающую модульный подход, можно увидеть, что термин «модуль» еще не стал общеупотребительным, а в переводе с английского не дает полного понимания данного понятия с близкими по значению терминами: раздел, курс, тема. Тем не менее, его можно рассматривать, как самостоятельную учебную единицу, составную часть образовательной программы. Это методическое руководство, обеспечивающее достижение поставленных целей. Цель метода – приблизить учебное заведение к международным стандартам образования, сотрудничество с зарубежными вузами. При проектировании модульной системы требуется выполнение следующих этапов: 1) цели и задачи обучения, 2) что обучаемый будет знать, понимать, уметь (научить устанавливать и поддержать взаимоотношения путем обмена опытом, информацией, идеями), 3) какой объем материала должен освоить обучаемый, 4) какие методы обучения будут использоваться, 5) соотношение аудиторной и самостоятельных работ обучаемых, 6) формулирование требований для модуля, 7) определение формы контроля, мониторинга, рейтинга, 8) критерии и параметры оценок, 9) содержание контрольного мероприятия. Модульная форма обучения позволяет решить проблему нехватки учебного времени, заставляет студентов учится системно. В конце каждого блока – контрольные тесты. Оценка за модуль выставляется в соответствии с требованиями.

АГРЕГАТНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Кравцова К.С., студентка 6 курса 20 группы лечебного факультета №2

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.), ВГУЗ Украины

«Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Научный руководитель к.мед.н., доц. Сливка В.И.

Проанализированы литературные данные изменений регуляции агрегатного состояния крови у больных туберкулезом легких. Легочная ткань богата тканевыми компонентами, стимулирующими тромбиногенез, но одновременно обладает и значительной противосвертывающей активностью, обусловленной высоким содержанием гепарина. При туберкулезе легкие выполняет функцию своеобразного фильтра для небольших сгустков или агрегатов, образующихся при внутрисосудистом свертывании крови. Установлено, что у больных туберкулезом легких в зоне локализации патологического процесса содержание активных фибринолитических ферментов и активаторов плазминогена значительно больше, чем в неизмененном участке, поскольку микобактерии туберкулеза содержат как плазмин, так и активаторы тканевого фибринолиза. У больных туберкулезом легких с геморрагическим синдромом установлена более значительная активация локального фибринолиза по сравнению с общим. Усиление местного фибринолиза необходимо учитывать при лечении и профилактике легочных геморрагий у больных данной категории. У пациентов с деструктивными формами туберкулеза легких, особенно страдающих хроническим алкоголизмом, отмечается тенденция к увеличению тромбинового времени, что связано с накоплением в плазме крови продуктов деградации фибрин / фибриногена и растворимых комплексов фибрин-мономера, гепарина, антитромбина III, а также отмечается вторичная молекулярная аномалия фибриногена вследствие нарушения функции печени. Кроме того, растет уровень фибриногена, отмечается снижение активности XIII фактора, в крови обнаруживаются растворимые комплексы фибрин-мономера. Комплекс этих изменений свидетельствует о развитии внутрисосудистой гемокоагуляции, обусловленной деструктивным туберкулезным процессом. Анализ литературных источников подтверждает значительные изменения регуляции агрегатного состояния крови при заболеваниях легких, однако роль нарушений гемостаза, фибринолиза и протеолиза в расстройствах функции внешнего дыхания у больных туберкулезом легких окончательно не выяснена.

ВКЛАД УЧЁНЫХ АКАДЕМИИ МАЪМУНА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Курбаниязова Ф.З., студентка 124 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра гуманитарных и социально-экономических наук. Зав.кафедрой – к.ю.н. Садикова Ё.С.

Научный руководитель: ст.преп. Мажидов Ш.Ф.

Цель работы: изучить вклад учёных Академии Маъмуна в развитии медицинской культуры, показать выдающуюся роль Академии в развитии мировой научной мысли. Краткое описание: при содействии хорезмшаха Маъмуна (997-1010 гг.) в 1004-1005 гг. сложилось и развивалось научное сообщество, известное под названием Академия Маъмуна, созданное в 996 г. правителем Хорезма Маъмун ибн Муҳаммедом (понятие «Академия Маъмуна» ввёл немецкий востоковед Карл Брокельман). Она сыграла важную роль в развитии науки не только нашей страны, но и всего мира. За короткий срок своего существования (1004 -1017 гг.) она оставила светлый след в научной и культурной жизни средневекового общества. Результаты: хорезмский шах Али ибн Маъмун (997-1010 гг.) предоставил широкие возможности ученым для ведения всесторонних научных исследований, творческой деятельности. По приглашению дяди шаха, ученого Абу Насра ибн Ирака в 1004 г. в Гурганж были приглашены многие учёные Ближнего и Среднего Востока. В Академии Маъмуна трудились Абу Райхон Беруни (являлся руководителем академии), Абу Али ибн Сино, Абу Сахл аль Масихий аль Журджаний, Абу Наср ибн Ирак, Абу Саид ибн Муҳаммад ибн Мискавайх, Абул Хайр Хаммор, Абу Мансур ас-Саолиби, Ахмад Муҳаммад ас-Сахрий, Зайниддин Журжони, Абул Хасан Маъмун, Абу Муҳаммад Хоразми, Абу-л-Фараж ибн Хинду и другие. Здесь, как и в академиях Платона (Афины), «Байт-ул-хикма» (Багдад) велись научные исследования, созданы основополагающие для своего времени фундаментальные труды по важнейшим отраслям знаний: астрономии, математике, географии, медицине, физиологии, химии, алгебре, геометрии и истории религии. Здесь выполнялись переводческие работы, изучались труды арабских, индийских, греческих мыслителей. Учеными Абу Сахл ал-Масихи, Абу Хайр Хамором, Ибн Сино и Беруни были написаны научные работы по медицине. В частности, Абу Хайр Хаммор был известен как «Второй Гиппократ» за свои инновационные теоретические учения в таких сферах медицины, как человеческая анатомия, диеты пожилых людей, методы медицинских экспериментов, продовольственные субстанции и эпилепсия. Ибн Сино, несмотря на свое короткое 5-летнее пребывание в Хорезме (1005-1010 гг.), написал здесь очень важные статьи по лечению ран «Дафал-мадор». Видным крупнейший ученый своего времени был Абу Сахл ал-Масихи. Он занимался астрономией, математикой, философией и медициной, но в истории науки он больше известен как врач. С Ибн Синой у него были не только дружеские отношения - согласно средневековым источникам, Масихи был учителем Ибн Сины в области медицины. Самым значительным его трудом является «Сто книг по медицинскому искусству», охватывающий почти все вопросы медицины того времени. Позднее это сочинение было использовано Ибн Синой в его «Каноне врачебной науки». Выводы: ученые Академии Маъмуна в своих трудах заложили основы многих современных наук, внесли неоценимый вклад в развитие мировой науки. Именно их трудами были заложены основы европейской науки, о чём говорят и исследования европейских учёных. Поэтому изучение трудов учёных Академии должен вдохновлять молодёжь нашей страны на неустанный поиск истины и совершенства в науке.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Курбанова Х.А- ассистент кафедры общественного здоровья и общей гигиены

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: ст.преп. Наимова З.С.

Энергетическими напитками называют безалкогольные газированные напитки, содержащие различные тонизирующие биологически активные вещества – кофеин, экстракты гуарани, женьшеня, аминокислоту таурин, алкалоиды какао, теобромин и теофиллин, а также витамины и углеводы. В последние несколько лет на мировом рынке энергетических напитков наблюдается стабильный рост. При этом реклама утверждает, что при употреблении "энергетиков" улучшается самочувствие, пропадает усталость и поднимается настроение. Однако медики относятся к новому напитку весьма неоднозначно: одни считают, что "энергетики" вообще не оказывают никакого влияния на организм человека, другие сравнивают с действием наркотиков. При этом и те, и другие сходятся в одном: действие напитка недостаточно изучено, и потребителям не стоит увлекаться экспериментами с этим видом питья. Цель работы: Изучить распространенность потребления энергетических напитков среди студентов СамМИ. Материал и методы исследования: В данной работе приняли участие 120 студентов, из них 91 респондент – юноши (75,8%) 29 – девушек (24,2%). Метод исследования – анонимный анкетный опрос. На основании анализа статистических данных, полученных в результате опроса студентов, делается попытка понять причину столь высокой распространенности энергетических напитков среди студентов. Также изучается частота приема, ощущения вовремя и после приема, осведомленность о составе и о возможном действии на организм. Обработка анкет проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Результаты: Результаты анкетирования показали, что 80% опрошенных в той или иной степени употребляют энергетические напитки. Основными целями, которые преследуются при употреблении энергетических напитков, являются улучшение работоспособности при сонливости и поднятие настроения и большинство отмечают, что употребляют энергетических напитков во время сессии. На вопрос часто ли вы употребляете энергетические напитки 62,8% респондентов ответили положительно, а 37,2%, отрицательно. В ходе исследования изучались ощущения, которые появлялись у студентов во время и после приема энергетических напитков. Получены следующие результаты: во время приема энергетических напитков 30% опрошенных отмечают у себя повышенную веселость, 27% - не смогли указать никакого эффекта, 26% – учащенное сердцебиение, 14% – повышенную коммуникабельность, 2% – избыточную двигательную активность, 1% – повышенную работоспособность. После приема энергетических напитков 50% опрошенных отмечали

у себя обычное бодрое самочувствие, 27% – испытывали исходное состояние усталости, 20% – наоборот, испытывали упадок сил, 2% испытывали бессонницу. Не все участники информированы о составе энергетиков и о возможном действии на организм. Большинство из опрошенных отмечали, что в состав входит кофеин и таурин, что энергетические напитки повышают артериальное давление, что отрицательно воздействует на организм. Выводы: Печальным является факт, что энергетики достаточно широко распространены среди молодёжи, среди растущего поколения, чей организм ещё может самостоятельно вырабатывать столько энергии, сколько необходимо. На достаточно низком уровне находится информированность потребителей о действии составных компонентов энергетиков на организм. Исследование подтвердило важность дальнейшего изучения данной проблемы среди студенческой молодежи и необходимость проведения санитарно-просветительной работы среди подростков и молодых людей, как компонента комплексной программы профилактики отрицательного воздействия напитков, содержащие тонизирующие компоненты.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Курячая О.П., студентка 15 группы 1 медицинского факультета ХНМУ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав. каф. – проф., д.мед.н. Журавлёва Л.В.)

Научный руководитель доцент, к.мед.н. Огнева Е.В.

Актуальность. XXI век считается веком эпидемии сахарного диабета (СД), что демонстрируется на примере заболеваемости СД на территории Украины: в 2017 году было зарегистрировано 1 270 929 случаев СД, всего в государстве насчитывается около 1,3 млн официально зарегистрированных больных, из них более 90% страдают сахарным диабетом 2 типа (СД-2). Таким образом, СД стал болезнью цивилизации и стремительно приобретает все большее медико-социальное значение. Кроме того, современные требования к оказанию медицинской помощи делают акцент на необходимости индивидуализированного подхода к терапии, в том числе и по гендерному признаку. Цель: выявить частоту и особенности нарушений сна у больных СД-2 и их распределение в зависимости от пола. Материалы и методы. В эндокринологическом отделении КНП ХОР «Областная клиническая больница» г. Харькова было обследовано 34 больных СД-2 (20 женщин и 14 мужчин), проведен опрос с использованием «Анкета для оценки вероятности развития нарушений дыхания во сне», проведена работа с историями болезней пациентов, выполнен статистический анализ данных (программа Excel). Результаты. По результатам анкетирования у 82% пациентов было диагностировано наличие бессонницы, из них было 67% женщин и 15% мужчин. Анкетирование показало, что среди опрошенных пациентов с СД-2 73,5% имеют высокий риск нарушений дыхания во сне. Среди пациентов с высоким риском развития нарушений дыхания во сне преобладали женщины (76% против 24% мужчин). Средний риск развития нарушений дыхания во сне имели преимущественно мужчины (89% против 11% женщин). Выводы. Таким образом, к нарушениям сна, в частности к бессоннице и развитию ночного апноэ, более склонны женщины, что также может ухудшать течение основной патологии. Так же тяжесть течения СД может определять разную степень выраженности нарушений. Эти сопутствующие условия и состояния требуют коррекции подходов к терапии с учетом их взаимосвязи с патофизиологическими механизмами нарушения углеводного обмена.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Кушимова Ш.Ф., резидент магистратуры 3 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н.Каримова Н.А.

Цель: Оценить динамику показателей, отражающих состояние углеводного, липидного обмена и артериального давления (АД) у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) в составе метаболического синдрома (МС). Материалы и методы: под наблюдением находились 35 человека с НТГ в составе МС, диагностированного согласно критериям ВНОК (2009 г.). Диагноз артериальной гипертонии и НТГ был поставлен на основании критериев ВОЗ (1999). Всем лицам с НТГ клиническое обследование было проведено и коррекции выявленных метаболических нарушений и через три месяца, в конце лечения. У обследованных определяли АД индекс массы тела (ИМТ), объемы талии (ОТ) и бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, проводили биоимпедансное измерение количества жировых отложений, исследовали показатели липидного профиля и содержание продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА) в крови., концентрацию гликозилированного гемоглобина (HbA1c), иммунореактивного инсулина, вычисляли индекс инсулинорезистентности (НОМА). Результаты: возраст обследованных пациентов составил в среднем 52,43 ± 3,59 лет, ИМТ соответствовал 1-2 степени ожирения – 33,75 ± 1,88 кг/м2; у 80% обследованных выявлен абдоминальный характер ожирения, а количество висцерального жира составило 42,66±1,94%. Среднее систолическое АД составило 152±14 мм. рт. ст., а диастолическое АД – 95 ± 10 мм.рт.ст. Уровень гликемии через 2 часа после нагрузки 75 г. глюкозы составил 9,35±0,67 ммоль\л., что соответствовало НТГ, а показатели HbA1c. достоверно не выходили за пределы референтных значений – 6,95±0,72%. Значение критерия НОМА, вдвое превышающее нормальные показатели (4,81±0,88), свидетельствует о наличии выраженной инсулинорезистентности у пациентов с НТГ, Исследование липидного профиля выявило достоверные отличия показателей Общего холестерина (ОХС) и ХС ЛПНП от таковых у здоровых лиц: ОХС = 6,87±0,64 ммоль\л, ХС ЛПНП = 4,19±0,22 ммоль\л, ХСЛПВП = 0,96±0,06 ммоль\л. У лиц с НТГ накапливаются продукты ПОЛ – уровень МДА плазмы (7,11±0,36 нмоль\л) достоверно превышает референтные показатели.. Всем обследованным в течение 3 месяцев было проведено индивидуальное лечение, включающее диетотерапию-стол 9 средства, сиофор, физические нагрузки,гептрал, гипотензивные. После лечения снижение количества жира у пациентов составило от 3,2 до 4,9 кг.; у 12 человек нормализовался углеводный обмен, а АД – у 23 пациентов. Достоверно уменьшились ($p \leq 0,05$) значения показателей ОХС, индекса НОМА, уровня МДА в крови, наметилась тенденция к снижению ХСЛПНП. Выводы: коррекция метаболических нарушений у лиц с НТГ привела к уменьшению количества висцерального жира, снижению инсулинорезистентности и оксидативного стресса, что явилось благоприятным фоном для нормализации АД и улучшения липидного профиля.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИБС

Лобанов М.А., студент 606 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП

(зав. каф. – д.м.н., проф. Дударев М.В.)

Научный руководитель: ассист. Килин Д.А.

Каждый год более 17 миллионов человек умирает от сердечно-сосудистых заболеваний, только в Ижевске за последние 8 месяцев умерло от болезней системы кровообращения 4216 человек. Данные статистки говорят, что 80% этих случаев можно было бы предотвратить устранением факторов риска и улучшения качества физического здоровья. Цель работы: оценить физическое здоровье у пациентов с ИБС. Задачи: провести анализ литературных данных по данной проблеме; разработать алгоритм оценки физического здоровья; на основании разработанного алгоритма оценить состояние физического здоровья у пациентов с ИБС. Материалы и методы исследования: был проведён анализ научной литературы по данной теме, также анкетирование и измерение силы кистевой динамометрии у 53-х пациентов с различными формами ИБС на базе Завьяловской районной поликлиники. Полученные результаты. Всего в исследовании участвовало 53 пациента из них 55% мужчин и 45% женщин. Половина всех мужчин имели лишний вес в виде избыточной массы тела и ожирение 1 степени примерно в равной степени. Около 40% женщин имели лишний вес, в основном в виде избыточной массы тела. Курением страдали 50% мужчин и 57% женщин. Сопутствующую артериальную гипертензию в анамнезе имели 57%

мужчин и 67% женщин. Наличие сахарного диабета у ближайших родственников выявлялось у половины всех обследуемых. Среднее содержание глюкозы крови составило: 5 ммоль/л у мужчин и 4,5 ммоль/л у женщин. У подавляющей части мужчин содержание липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) превышало допустимые нормы и, в большинстве случаев, наблюдались высокие значения. Среднее значение ЛПНП у женщин составило 3,5 ммоль/л. Только у 20% женщин отмечался повышенный уровень триглицеридов, у лиц мужского пола данный показатель не превышал установленной нормы. Абсолютные и относительные показатели динамометрии были ниже нормы на 30-40% как у мужчин, так и у женщин. Выводы: показатели, выбранные нами являются прогностическими маркерами продолжительности жизни для пациентов с ИБС. С учетом выбранных критериев был разработан алгоритм оценки физического здоровья пациентов в амбулаторной поликлинической практике. Наше исследование выявило общепринятые закономерности исследованных нами факторов риска и ИБС (в частности порядка 70% пациентов имели избыточную или повышенную массу тела, больше 53% курили и 62% пациентов страдали от сопутствующей АГ).

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ (УКРАИНА)

Люля М.С., студент 6 курса 20 группы лечебного факультета №2

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.), ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Научный руководитель к.мед.н., доц. Сливка В.И.

Актуальность темы. Длительное применение противотуберкулезных препаратов повышает риск возникновения побочных реакций (ПР), что является одной из основных причин недостаточной эффективности лечения впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ). Возникая в процессе комбинированной химиотерапии, ПР существенно ограничивают возможности целенаправленного воздействия лекарственных средств и снижают эффективность лечения больных туберкулезом (ТБ) по главным показателям – срокам прекращения бактериовыделения и частоте полного выздоровления. Цель исследования. Проанализировать частоту возникновения ПР препаратов первого ряда у больных ВДТБ в Черновицкой области. Материал и методы. Проведен статистический анализ частоты возникновения ПР к препаратам первого ряда у больных ВДТБ за последние три года на основании обработки материалов, представленных формуляром на побочную реакцию (форма № 137), основанных на клинических индикаторах. Результаты и обсуждение. В последнее время ПР признаны источником нерешенных проблем практического и общественного здравоохранения, добавляют значительный отрицательный вклад в заболеваемость и смертность от ТБ, основной причиной которых является формирование перерыва в лечении. Такая ситуация способствует росту распространенности лекарственно-устойчивого ТБ, что в свою очередь приводит к финансово-экономическим потерям и снижению показателей эффективности лечения ВДТБ. Частота развития ПР, обусловленная действием лекарственного средства, колеблется в довольно широких пределах. По данным ВОЗ, ПР возникают у 0,4-20% госпитализированных больных и у 2,5-28% амбулаторных больных. В Украине выделяют следующие критерии оценки частоты развития ПР лекарственного средства: 10% – очень частые; 1-10% – частые; 0,1-1% – нечастые; 0,01-0,1% – единичные; менее 0,01% – редкие. Был проведен статистический анализ возникновения побочных реакций препаратов первого ряда у больных ТБ в Черновицкой области в период 2016-2017 гг. и 9 мес. 2018 г. В 2016 г. из 121 больных ВДТБ, которые лечились в стационаре, ПР к препаратам первого ряда были обнаружены у 48, что составило 39%. В 2017 г. из 138 пролеченных пациентов ПР зарегистрированы у 29 больных, что составило 21%. За 9 мес. 2018 г. из 107 больных ПР были у 52, что составило 49%. Рост ПР к препаратам первого ряда у больных ТБ в Черновицкой области связан с усовершенствованием методов выявления и диагностики ТБ и проведения врачами-фтизиатрами постоянного мониторинга возникновения ПР по результатам оценки «пользы» и «потенциального вреда» от химиотерапии. В случае, если «потенциальный вред» преобладает над «пользой» (то есть, когда развиваются серьезные ПР – степень выраженности 3-5), нужно немедленно ставить вопрос, насколько данный режим химиотерапии безопасный для пациента, и определяться с симптоматической и дезинтоксикационной терапией, а также с тактикой противотуберкулезной терапии. Вывод. Анализ частоты формирования побочных реакций на препараты первой группы у больных ВДТБ в динамике за последние 3 года имеет тенденцию к повышению, практически в 2 раза ($p \leq 0,5$).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА

Мавлонов А.Д., студент 312 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра микробиологии,вирусологии и иммунологии (зав.каф. к.б.н. доц. Вахидова А.М.)

Научный руководитель асс.Хужакулов Д. А.

Изменение сердечного ритма – универсальная оперативная реакция организма в ответ на изменения его внешней и внутренней среды. Ведущее место в регуляции сердечного ритма принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС). В последние годы широкое распространение получил метод косвенной неинвазивной оценки влияния симпатического (СО) и парасимпатического (ПСО) отделов ВНС на сердечный ритм (СР), основанный на анализе показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР). Целью нашего исследования явилось изучение клинические особенностей вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных различными формами хронического бруцеллеза (ХБ). Материал и методы исследования: Для решения поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 65 пациентов с ХБ, которым помимо традиционных методов проводилось кардиоинтервалографическое исследование (КИГ). Определялись следующие основные показатели: мода, амплитуда моды (АМо),вегетативный показатель ритма (ВПР), индекс напряжения (ИН), показатель активности процессов регуляции (ПАПР),индекс вегетативного равновесия (ИВР), энтропия (Э), коэффициент вариации (V), ассиметрия, эксцесс, индекс апериодичности, амплитуда ДВ, амплитуда МВ1, амплитуда МВ2, индекс централизации (ИЦ). Результаты:Полученные результаты свидетельствуют, что индивидуальные клинические особенности состояния механизмов вегетативной регуляции сердца зависят, в первую очередь, от формы активности ХБ. Необходимо отметить, что при бруцеллезе в целом отмечается повышение парасимпатической активности относительно здоровых людей, что свидетельствует о некотором снижении активности центрального контура вегетативной регуляции и реципрокному преобладанию автономных механизмов вегетативной регуляции. Активная форма ХБ характеризуется более высокой активностью СО ВНС и центрального контура вегетативной регуляции, с подавлением активности автономных механизмов регуляции сердца. При этом в данной группе индивидуальные особенности вегетативной регуляции в значительной мере зависят от типа органических поражений,т.е. наличия или отсутствия поражения периферической нервной системы на фоне поражения опорно-двигательного аппарата. При условии наличия поражения периферичес-кой нервной системы отмечается относительное преобладание активности ПСО ВНС и несколько повышенная активность подкорковых нервных центров вегетативной регуляции, повышенная чувствительность сердечного ритма к внешним дыхательным влияниям. При неактивной форме ХБ наличие или отсутствие поражения периферической нервной системы не обусловливает значимых внутригрупповых изменений состояния механизмов вегетативной регуляции сердца, за исключением только несколько сниженной активности подкорковых центров при поражении периферических нервов. Выводы: Выявленные клинические особенности вегетативной регуляции сердца у больных различными формами бруцеллеза особенно важны с той точки зрения, что показатели ВСР отражают функциональные свойства вегетативной регуляции не только сердечно-сосудистой системы, а организма в целом. При этом сердечно-сосудистая система может рассматриваться как чувствительный индикатор адаптационных реакций целостного организма, а динамика показателей ВСР – как отражение формирования различных функциональных систем, соответствующих достижению требуемого на данный момент результата.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНЫ ИММУНОЙ СИСТЕМЫ

Маликов И.Р., канд. био. наук, доцент,ТГСИ

Кафедра: гистологии и медицинской биологии (зав. каф. – д.м.н.Рахматова.М.Х.)

Шигакова ЛюцияАнваровна ассистент ТГСИ

Кафедра: гистологии и медицинской биологии (зав. каф. – д.м.н.Рахматова.М.Х.)

Цель исследования: Оптимизировать закономерности ответной реакции иммунной системы черепах различного возраста на действие кортикостероидных гормонов, показанные на системном, клеточном и ультраструктурном уровнях, что позволит дополнить механизмы патогенеза стресса, известные у млекопитающих и человека. Материалы и методы исследования:Обследовано на черепахах были взяты черепахи массой от 200гр до 1000 гр у них вилочковая железа – парный орган, располагается в нижнем отделе шеи по обе стороны трахеи. Каждая из половин состоит из 10-15 округлых долек серого цвета, напоминающих гроздь и хорошо видимых невооруженным глазом. Исследование проводилось с применением маркированных моноклональных антител на световом и электронно-микроскопическом уровне. Результаты:Установлено что втимуса у молодых черепах на 10 сутки после введения гидрокортизона показало, что количество малых лимфоцитов в корковом и мозговом веществе снижено. Форма долек уменьшена, но резко уменьшения количественного состава клеток органа в отличие от половозрелых животных не отмечается. На фоне обеднения органа лимфоцитами отмечается разрастание соединительной ткани внутри долек и между ними. Появляется много гранулоцитов в корковом веществе и мозговом веществе. Макрофагов мало. Встречаются единичные клетки с митозами. Сосуды полнокровны. Отмечается явление отека, дистрофические изменения в клетках, тогда как у взрослых животных в этот срок наблюдается опустошение долей и резкие дистрофические изменения. На первые – третьи сутки после действия гормона у взрослых черепах наблюдается уменьшение числа лимфоцитов вскоре, что сопровождается уменьшением площади коры и увеличением мозгового вещества. Грань между корой и мозговым веществом почти исчезает. Исследование показало, что введение гормона приводит к уменьшению числа малых лимфоцитов коры, которые наиболее выражено между 7-10 сутками. Во все сроки эксперимента увеличивается количество ретикулоэпителиоцитов и неклеточного вещества. В эти же сроки на ультраструктурном уровне в цитоплазме ретикулоэпителиоцитов отмечается увлечение электронноплотных секреторных гранул. Резко увеличивается количество миоидных клеток, особенно между 3-7 сутками, изменяются их размеры и локализация. В паренхиме долек появляются настоящие мышечные волокна. Количество макрофагов во все сроки эксперимента увеличивается. Выводы:Таким образом применение фармакологических доз гидрокортизона (модель стресс - реакции) у черепах в различные периоды постнатального онтогенеза позволила выявить инк обще для всех позвоночных механизмы гормонально-обусловленной реакции иммунной системы, так и специфические видовые особенности. Раскрытие закономерностей ответной реакции иммунной системы черепах различного возраста на действие кортикостероидных гормонов, показанные на системном, клеточном и ультраструктурном уровнях позволяют дополнить механизмы патогенеза стресса, известные у млекопитающих и человека.

РОЛЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГА РАЗВИТИЯ

Мамирова.С.Б. студентка 401 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: асс. Хамедова.Ф.С.

Патология центральной нервной системы у детей является одной из актуальных проблем современной неврологии. Задержка психомоторного развития – одно из частых проявлений перинатального поражения нервной с системы, которая выражается в недостаточности интеллекта, психики и моторики. По мнению педиатров и детских неврологов, ее расценивают как патологическое состояние, в основе которого лежит нарушение программы функционального и морфологического созревания структур головного мозга в процессе онтогенеза. Цель исследования: изучить этиологические факторы задержки психомоторного развития у детей раннего возраста. Материал и методы исследования: В отделении неврологии детского возраста обследованы 20 детей в возрасте от 3 мес до 3 лет (11 мальчиков и 9 девочек) с диагнозом: последствие перинатального поражения нервной системы, задержка этапов психомоторного развития. У всех детей было проведено тщательное анамнестическое и клинико-неврологическое исследование с учетом данных перинатального и постнатального развития. Результаты: При изучении перинатального анамнеза обследованных детей у их матерей доминировали следующие неблагоприятные факторы течения беременности и родов: токсикоз I половины беременности [у 11(55%)], токсикоз II половины беременности [у 6 (30%)], анемия [у 14 (70%)], ОРВИ [у 8 (40%)], кесарево сечение [у 2 (10%)], обвитие пуповины [у 6 (30%)], TORCH инфекция [у 4 (20%)], кефалогематома [у 2 (10%)], асфиксия [у 6 (30%)], инфекции МВП [у 4 (20%)]. В неврологическом статусе у больных наблюдались нарушения хронологии формирования моторных навыков и редукции врожденных рефлексов. При анализе анти- и перинатального анамнеза выявлен преимущественно неблагоприятный фактор – анемия [у 14 (70%)], которая возможно послужила причиной данной патологии у детей раннего возраста. Выводы: Таким образом, можно предположить что любой из неблагоприятных факторов (токсикоз, травма плода, инфекционные заболевания матери, внутриматочная и интранатальная гипоксия, асфиксия плода и др.) может привести к задержки психомоторного развития, что еще раз подтверждает необходимость, акцентировать внимание детских неврологов на анамнестические данные, имевшиеся в антенатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, что позволит у детей предотвратить отдаленные последствия перинатального поражения нервной системы и снизить процент инвалидизации детского населения.

НОВЕЙШИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В САМАРКАНДСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

Мансуров А. студент 414 группы лечебного факультета СамМИ

Самаркандский государственный медицинский институт, Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – Пардаева У.Д.

Актуальность исследования состоит в том, что быстрое и своевременное выявления туберкулеза (ТБ), предопределяет правильное лечение и выздоровление, улучшение качество жизни пациента. Разработан глобальный план «Остановить Туберкулез» (Стоп ТБ) до 2015 года по развитию новых методов диагностики, и очерчены мероприятия, направленные на доступность этих методов для регионов с высоким уровнем бремени туберкулеза [1]. Целью исследования является изучить влияния внедрения новейших лабораторных методов диагностики ТБ в самаркандском противотуберкулезном диспансере. Материалы и методы:Проанализировали и сопоставили ранее существующие лабораторные и новые инновационные методы диагностики ТБ. Начиная с 2015 года, эффективно используется метод люминесцентной микроскопии (ЛМ) и автоматизированный анализ тестов на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР) GeneXpert MTB/RIF (Xpertc), 2018года GenoType MTBDRplus (Хайн тест), с 2019 года автоматизированная система BACTEC MGIT 960. На этапе стационарного лечения патологический материал больного (мокрота, промывные воды бронхов, выделения из свищей и операционный материал, различные жидкости; плевральная, спинномозговая, брюшная, моча) исследуется для выявления ДНК МБТ методами ПЦР, которая дает возможность получения результата в течении не более 24 часов и исключается кросс-контаминация образцов. Больным перед началом лечения проводятся молекуляно-генетические методы диагностики ЛУ МБТ в основном к рифампицину (наличии устойчивости к рифампицину не исключает вероятности также устойчивости и к изониазиду), а при определении множественно ЛУ(МЛУ) – к препаратам резервного ряда к фторхинолонам. Учитывая широкое распространение случаев МЛУ-ТБ и широко-лекарственную устойчивость (ШЛУ-ТБ), с целью получения данных по всему спектру устойчивости МБТ за максимально короткий период времени, производится одномоментное тестирование лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам (ПТП) I и II ряда. Результаты: Поэтапное внедрение и эффективное использование высше указанных мер, как на первичном этапе - в процессе обследования больного в диспансере для выявления заболевания и дифференциальной диагностике, так и в определении схем и контроля лечения позволило снижение показателей заболеваемости и смертности от ТБ. Выводы: Получение результатов за максимально

короткий период времени; Заключения на наличии МБТ основано на выявления патологического ДНК, что гарантирует 100% правильную диагностику; Определение ЛУ на основании мутаций в ассоциированных генах, дает возможность своевременную коррекцию химиотерапии; Своевременно назначенный полноценный курс химиотерапии, существенно сокращает сроки лечении, достигается высокой положительной динамика заболевания; Следует особо подчеркнуть улучшения эпидемиологических показателей заболевания; Уменьшение инвалидности и улучшение качество жизни больных, экономия финансовых средств.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВРАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мардонов Ж.К студент 310 группы Педиатрического факультета СамМИ

Кафедра нормальной и патологической физиологии д.м.н доц.Самиева Г.У.

Научный руководитель: ассистент Нарзуллаева У.Р.

Цель работы:Исследования этиологических факторов развития хронической сердечной недостаточности. Материал и методы исследования:Нами былообследованоретроспективном методом истории болезни 103-х пациентов кардиологического отделения от 20 лет и старше. Все больные по этиологическому возникновению заболеваний были разделены на 5 групп. В первую группу вошли- 63 пациента с ишемической болезней сердца (ИБС), из них 22 женщины и 41 мужчины средний возраст составил 57 год. В вторую группу вошли- 25 больных с гипертонической болезной (ГБ), из них 10 женщин и 15 мужчин, средний возраст составил 52 года. В третью группу вошли- 9 больных с Ревматическим пороком сердца (Р.П), из них 3 женщин и 6 мужчин, средний возраст составил 38 лет.В четвёртую группу вошли- 4 больных с Дилятационнойкардиомиопатией (Д.К), из них 1 женщин и 3 мужчин, средний возраст составил 55 год. В пятую группу вошли- 4 больных с постинфаркным кардиосклерозом, из них 2 женщин и 2 мужчин, средний возраст составил 49 лет. Результаты:В ходе исследование было выявлено что,по половому составу, характеру и длительности заболевания чаще заболевают мужчины. А по возрасту чаще заболеют старше 45 лет.По данным исследования распространенности заболеваний приводяшие к сердечной недостаточности на первом месте ИБС, на втором ГБ, на третьем Р.П. на четвёртом Д.К, и на последим ПИКС. Выводы: Таким образом, наши исследования повыявлению этиологических факторовразвития хронической сердечной недостаточности показали что,ИБС чаще приводит к сердечной недостаточности.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА БЕРЕЖЛИВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ГОРОДЕ ИЖЕВСК

Матвеева Т.В.,Мохова А.А. студентки 407 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра пропедевтики детских болезней с курком поликлинической педиатрии (Заведующая д.м.н.,профессор Ермакова М.К.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Капустина Н.Р.

Цель работы: выявить эффективность реализации программы бережливая поликлиника в детских поликлиниках города Ижевск. Материал и методы исследования:1-проанализировать анкеты хронометража трех детских поликлиник города Ижевска. 2-проанализировать литературу на тематику проекта бережливой поликлиники. Результаты. В целом, коэффициент эффективности для трёх поликлиник составил 28,4%, отдельно для 2-й поликлиники – 32%, для 5-й – 31,5%, для 8-й – 26,2%. Интересным представляется то, что общий коэффициент эффективности до обеда и после обеда значительно разнится – 26,3% и 45,0% соответственно. Такая картина сложилась из-за большой разницы данных показателей во второй поликлинике – 13,5% и 42,5%, хотя в двух других медицинских учреждениях наблюдается другая тенденция – снижение коэффициента во второй половине дня не более, чем на 4%. Коэффициент эффективности в предоставлении медицинских услуг для детей разных гендерных групп неодинаков. Так, для мальчиков он составляет 28,0%, а для девочек – 32,0%. Во всех трёх поликлиниках время, потраченное пациентами на решение вопросов в регистратуре, было одинаковым и составило в среднем 1 мин 50 сек (максимальное время в 8-й поликлинике – 2 мин 45 сек). Время ожидания приёма врача в очереди в среднем составило 17 мин 15 сек, минимальное время ожидания в 8-й поликлинике – 13 мин 10 сек. Прослеживается общая тенденция снижения этого показателя в послеобеденное время с 19 мин 20 сек (до обеда) до 12 минут 40 сек. Выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что многие показатели оценки работы бережливых технологий пока еще далеки от совершенства. Коэффициент эффективности во всех трёх поликлиниках находится примерно на одном уровне. Хочется отметить особенности временных затрат пациентов 8 поликлиники: в отличие от других поликлиник пациенты стоят у регистратуры в 1,7 раза дольше, но ожидание приёма врача в этом учреждении в 1,5 раза меньше по сравнению другими. Необходимость исследований подобных нашему неоспорима, так как именно они, обобщая большие статистические данные, могут обратить внимание на некоторые требующие тщательной проработки процессы.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Матущак М.Р. ас. каф. фармацевтической ботаники и фармакогнозии, Горошко А.М. доц. каф. фармацевтической ботаники и фармакогнозии,

Эжнед М.А. ас. каф. фармацевтической ботаники и фармакогнозии, Сахацкая И.М. ас. каф. фармацевтической ботаники и фармакогнозии

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Кафедра фармацевтической ботаники и фармакогнозии (зав. каф. – д.м.н. Захарчук А.И.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Захарчук А.И.

Цель работы: оптимизировать некоторые аспекты влияния препаратов кверцетина (липосомального и водорастворимого) на про- и антиоксидантный баланс в организме крыс в условиях модельной патологии (глицероловая нефропатия). Материалы и методы исследования: Обследовано 35 нелинейных белых беспородных крыс, которых распределяли на группы: первой группе вводили 50% раствор глицерина в дозе 10 мг / кг (модельная патология), второй и третий группам вводили липосомальный Липофлавон и Липофлавон-нано, четвертой группе животных вводили Корвитин (водорастворимый) в дозе 10 мг / кг (в перерасчете на кверцетин) однократно внутрибрюшинно через 40 мин после введения глицерина. Результаты. Установлено, что при моделировании острой почечной недостаточности в тканях почек пораженных животных вместе с накоплением продуктов свободнорадикального окисления макромолекул снижалась активность ферментного компонента антирадикальной глутатионовой системы, и неферментного – содержания сульфгидрильных групп. Так, в эритроцитах крови и ткани почек содержание ТБК-активных продуктов повышалось у животных группы модельной патологии в 1,86 раза и 1,6 раза соответственно по сравнению с контрольной группой животных. После введения препаратов содержание ТБК-активных продуктов уменьшалось в эритроцитах крови в 1,34 раза при введении Корвитина, 1,4 раза при введении Липофлавона-нано и в 1,35 раза при введении липосомального Липофлавона. Аналогические изменения произошли в ткани почек: содержание ТБК-активных продуктов уменьшилось в 1,6 раза - при введении Корвитина, в 1,63 раза - при введении Липофлавона-нано и в 1,23 раза при введении липосомального Липофлавона. Активность глутатионпероксидазы в тканях почек уменьшилась в группе модельной патологии животных в 2,5 раза. Введение липосомального и Липофлавона-нано восстанавливало данный показатель, который увеличивался в 1,34 и 1,78 раза, а введение Корвитина увеличивало данный показатель в 1,52 раза. Содержание сульфгидрильных групп в эксперементальных животных при использовании липосомального Липофлавона, Липофлавонанано и Корвитина увеличилось в 1,33, 1,28 и 1,28 раза соответственно по сравнению с группой модельной патологии. Вывод: Таким образом, Липофлавон как нанофармакологическая лекарственная форма оказывает интенсивное воздействие на показатели процессов перекисного окисления липидов и белков при экспериментальной острой почечной недостаточности по сравнению с отдельным одновременным введением Корвитина, поскольку включение препаратов в липосомы значительно повышает их терапевтическую эффективность.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Махкамова М, резидент магистратуры 1 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Джураева З.А.

Цель: Коррекция психических вегетативных и соматических изменений у женщин больных патологическим климаксом. Материалы и методы: обследованы 96 пациента страдающие патологичесим климаксом, 78 женщин в возрасте от 32 до 58 лет (81,25%) и 18 (18,75%), в возрасте от 54 до 68 лет Патологические симптомы принятые для отбора больных: нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. Более тяжелое течение частые приливы более 20 в день в первой группе и средней тяжести до 10 приливов во второй группе Во второй группе сухость и зуд в области вульвы и влагалища недержание мочи при физических нагрузках ишемическая болезнь, гипертонии отсутствие сна, эмоциональная агрессия более выражена во второй группе; На фоне лечения заместительной гормональной терапии фемостоном в первой группе был использован мелаксен. Во второй группе заместительная гормональная терапия была противопоказана в связи с наличием тромбофлебита гипертонии осложненной ИБС больные получали мелаксен. Результаты: В первой группе больных на фоне заместительной гормональной терапии фемостоном 1:5 приливы на втором месяце приема исчезали Однако симтомы депрессии, нарушения сна, тревожность сохранялась После назначения мелаксена восстанавливался сон, улучшалось настроение, исчезли агрессивность и улучшиилась паямять. После 3-х недельной терапии у всех больных первой группы отмечалась снижение уровня тревоги по шкале Гамильтона с 23,1+0,8 до 9,9+0,6 баллов (р<0,001), в среднем на 59,1% полностью снизился уровень артериального давления. Во второй группе прием только мелаксена привело к положительной динамике восстановился сон полностью снизился уровень артериального давления в среднем на 20±5 ммрт столба. Кардиологические изменения уменьшились улучшилась динамика лечения кардиотрпными препаратами.Длительность приема мелаксена определялась индивидуально до полного восстановления нейровегетативных расстройств Выводы: Патологический климакс является тяжелым периодом т.к. в результате приливов происходит ишемия различных областей гипокампа что впоследствии может быть причиной болезни Альцгеймера. Своевременное применение гормональной заместительной терапии предотвращает снижение уровня эстрогенов восстанавливается метаболизм нейротрансмиттеров в гипоталамусе и лимбической системе. Мелаксена гормон эпифиза аналог мелатонина адаптирует организм к быстрой смене, снижает стрессовые ситуации тормозит секрецию гонадотропинов восстанавливакт сон при лечении тревожных расстройств у больных с патологическим климаксом эффективно. Таким образом применение комплекса препаратоа заместительной гормональной терапии восстанавливает физическое и психическое состояние больных с патологическим климаксом и улучшает качество жизни.

РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ

Махманазаров Г.А.- стажёр-асисстент кафедры общественного здоровья и общей гигиены

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: Наимова З.С.

Широкое распространение внутрибольничных инфекций приводят нарушения правил асептики и противоэпидемического режима в ЛПУ. Профилактика внутрибольничных инфекций в ЛПУ поводиться на основании СанПиНа №0304-12 «Профилактика внутрибольничных инфекций Республики Узбекистан». Для предупреждения передачи возбудителей внутрибольничных инфекций особое место занимает дезинфекция объектов внешней среды, изделий медицинского назначения, предстерилизационная очистка и стерилизация. Непосредственно связаны с данными мероприятиями младший и средний медицинских персонал, который для данных мер профилактики, использует современные дезинфицирующие средства. Цель работы: Изучить спектр современных дезинфицирующих средств, используемых в ЛПУ г.Самарканда, выявить преимущества и недостатки при их использовании и отметить влияние современных дезинфицирующих средств на здоровье медицинских работников. Материал и методы исследования: Объектом исследования выбраны учреждения здравоохранения города Самарканда: «Центральная городская больница», «Клиника СамМИ №1». Проанализированы поквартальные планы дезинфекции объектов приемных отделений, процедурных кабинетов, перевязочных. Использовались журналы учёта приготовленных дезинфицирующих растворов. Применен анкетно-опросный метод младшего и среднего медицинского персонала, в котором приняли участие 27 медицинских работников. Результаты: В отделениях оборудованы дезинфекционные комнаты, в которых организованы места хранения дезинфицирущих средств и места приготовления рабочих растворов. Хранение дезсредств осуществляется в плотно закупоренной таре крышками с контрольным кольцом. Дезинфекционные средства имеют этикетку с указанием названия средства, его назначения, концентрации действующих веществ, даты изготовления, срока годности. В обследуемих учреждениях используются следующие средства гипохлорид кальция, аквахлор, перегидрол, Жавел ДБГ, Жавел ДБА. По результатам анкетирования младшего и среднего медицинского персонала, проводимого в обследуемых учреждениях здравоохранения, более 55% медицинских работников отметили у себя признаки аллергических реакций на дезсредства. Аллергические проявления у медработников более выражены при длительном контакте с антисептическими и дезинфицирующими средствами.. По результатам опроса было выявлено, что у 3% медицинских работников наблюдается раздражение и сухость кожи после использования резиновых перчаток. По результатам опроса после работы с дезсредствами 81% медработников используют увлажняющие средства, которые помогают им либо сглаживают, либо уменьшают сухость, шелушение и раздражение кожи. Выводы: 1. В ЛПУ применяются комбинированные дезинфицирующие средства, позволяющие улучшить свойства дезинфицирующих веществ путем их сочетанного применения. 2. Предупреждение образования устойчивых штаммов микроорганизмов осуществляется путём регулярно проводимой (1 раз в квартал) своевременной замене дезинфектантов в обследуемых ЛПУ. 3. По результатам анкетирования младшего и среднего медицинского персонала, проводимого в обследуемых учреждениях здравоохранения, более 55% медицинских работников отметили у себя признаки аллергических реакций на дезсредства.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Махмуджонов А.И., Розиков В.Ш., Холов А.И.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Кафедра морфологии и физиологии человека.

Научный руководитель – ассистент кафедры морфологии и физиологии человека Мардонзода К.М.

Цель. Определить распространенность и причины курения среди студентов-медиков. Материал и методы исследования. Основным методом исследования в нашей работе было выбрано анонимное добровольное анкетирование. Опрошенные отвечали правдиво, поскольку не требовалось указания личных данных. Несмотря на анонимность проводимого опроса желающих пройти его среди представительниц женского пола не было. Что обусловлено местным менталитетом и сложившимися устойчивыми стереотипами, что восточные женщины априори не курят. В опросе участвовали 250 студентов – юношей из числа студентов 1-3 курсов Хатлонского государственного медицинского университета. Возрастной диапазон опрошенных 18-21 лет. Средний возраст опрошенных 20,5 лет. Результаты. При анализе полученных данных установлено, что из общего числа респондентов пробовали сигареты 72 (28,8%), регулярно курят 29 (11,6%), не пробовали – не курят 149 (59,6%). Основными причинами, по которым опрошенные попробовали сигарету, были любопытство 45%, пребывание в компании курящих друзей 42%, 10,5% указали, что начали курить, отдыхая в развлекательных заведениях и ночных клубах. В качестве основной причины начала курения большинство респондентов указали никотиновую зависимость членов семьи и близкого окружения. На вопрос «Бросали ли Вы курение?» 73,2% опрошенных ответили утвердительно, никогда не пытались бросить курить 16,7%, пытались, но не смогли – 10,1% респондентов. Более того, 92% опрошенных хотели бы бросить курить. На вопрос «Считаете ли Вы, что

курение опасно для Вашего здоровья?» утвердительно ответили 82,3% респондентов, не согласились этим утверждением 9,1% студентов, затруднились ответить - 8,6%. Выводы. Курение является одним из самых распространенных поведенческих факторов риска и ведет к развитию многих заболеваний. Молодежь – это уязвимая категория населения, подверженная влиянию массовой культуры и пропаганды свободного образа жизни, где находит место и эта пагубная привычка. Мы считаем, что необходимо активно работать в целевых студенческих группах с пропагандой здорового образа жизни, оказывать психологическую помощь желающим бросить курить и шире внедрять программы по снижению курения. Важно, отметить, что в общежитиях и на территории университета поддерживается здоровая среда с запретом курения. Также считаем полезным вести мониторинг курящих студентов.

ПРАВОВОЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Махмудова А.Н., старший преподаватель

Кафедра «Гуманитарных и общественно-экономических наук»

Самаркандский государственный медицинский институт

Охрана здоровья населения является наиболее актуальным направлением деятельности Узбекистана. В стране огромное внимание уделяется вопросам охраны прав и свобод пациента. Основным нормативно-правовым документом в области защиты прав, свобод и интересов пациента является Конституция Республики Узбекистан, Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». Следует отметить, то что, в нормативно-правовой базе связанной с вышеуказанным конкретизированы и расширены права граждан в области охраны здоровья при получении медицинской помощи. Но не все пациенты являются больными гражданами, есть такая часть людей которые являясь пациентом просто проходят диспансеризацию или очередное медицинское обследование. В соответствии со ст.24 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» при обращении за медицинской помощью и её получении каждый пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача и лечебно-профилактического учреждения; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства; получение медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования; возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи в порядке, установленном законодательством. Пациент- (от лат. patiens - страдающий), то есть лицо обратившееся за медицинской помощью. Однако, не во всех странах этот термин понимается так. Например, в толковом словаре русского языка пациентом понимается больной, лечащийся у врача, в большом энциклопедическом словаре лицо находящееся под медицинским наблюдением, в Европейских странах толкование понятия «пациента» понимается как, лицо обратившееся за советом к медицинскому работнику, который обязан помочь ему как потребителю медицинских услуг. Таким образом, если девушка или другое иное лицо которое желает сделать себе косметическую операцию обратившись в медицинское учреждение за соответствующей услугой, не признаётся больным, но в то же время является пациентом. Права пациента необходимо рассматривать как специфические производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека. Специфичность прав пациента объясняется его особым положением, связанным с определенными ограничениями, напрямую зависящими от состояния здоровья. Болезнь делает человека особенно уязвимым и ставит его в зависимое от медицинского работника положение. Граждане Республики Узбекистан обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается: охраной окружающей природной среды; созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан; производством и реализацией доброкачественных продуктов питания; предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Каждый гражданин имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА СВОЕВРЕМЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Махмудова А.Н., старший преподаватель, Камариддинзода М.К., студентка 3 курса стоматологического факультета

Кафедра «Гуманитарных и общественно-экономических наук»

Самаркандский государственный медицинский институт

Статья 40 Конституции Республики Узбекистан гласит: «Каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание». Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность. Гражданам Республики Узбекистан, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с между народными договорами. Иностранным гражданам, находящимся на территории нашей страны, а также лицам без гражданства, постоянно проживающим в Узбекистане, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами. В соответствием с Постановлением Кабинета Министров от 5.09.2017г. №696, с 1 декабря 2017 года в стране вступило в силу Положение о порядке оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за счёт средств Государственного бюджета. Для получения направления на оказание медицинской помощи пациенту нужно обратиться по месту жительства в сельский врачебный пункт, сельскую или городскую семейную поликлинику. При этом направленным пациентам льготного контингента оформляется ордер для оказания им бесплатной медицинской помощи. Он выдаётся по заключению врачебно-отборочной комиссии. 30.10.2017г. был опубликован Указ Президента №УП-5216 «О внесении изменений и дополнений в некоторые акты Президента Республики Узбекистан», в связи с этим перечень льготной категории лиц, медицинская помощь которым оказывалась РСНПМЦ, то есть, всеми республиканскими специализированными научно-практическими медицинскими центрами за счёт средств Государственного бюджета, расширен с 9-ти до 16-ти позиций. В него включены дети до 18-ти лет, беременные женщины (в РСНПМЦ акушерства и гинекологии), больные страдающие эндокринными заболеваниями (в РСНПМЦ эндокринологии), онкологическими заболеваниями (в РСНПМЦ онкологии и медицинской радиологии), туберкулёзом (в РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии), а также заболеваниями передающимися половым путём (в РСНПМЦ дерматовенерологии и косметологии). Таким образом, данным гражданам окажут помощь за счёт бюджета окажут при наличии заболеваний, патологий и других критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения. Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам. При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает: профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. В соответствием с Постановлением Президента Республики Узбекистан №ПП-3973 от 16.10.2018 г. «О мерах по совершенствованию службы скорой медицинской помощи в Р.Узб.», а также Постановлением от 25.01.2018г. «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», ни в каких случаях пациенту не может быть отказано в неотложной медицинской помощи, если он в ней нуждается, даже если гражданин пьян, грязен, агрессивен и выражается нецензурной бранью, он все равно имеет право на охрану своего здоровья и получение неотложной медицинской помощи. Однако после

ликвидации непосредственной угрозы здоровью и жизни возможно возбуждение дела об административном правонарушении и наказании данного пациента за мелкое хулиганство. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд по гражданским делам.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Мацак Н.Л., студент 404 группы педиатрического факультета, Кулемин М.Э., студент 401 группы педиатрического факультета,

Иванов Н.А., студент 401 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – д.м.н., профессор Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель: Оценить влияние изменения рациона и режима питания на проявления синдрома раздраженного кишечника. Задачи: Оценить связь характера питания студентов с клиническими проявлениями СРК в условиях привычного питания и во время обильного приема пищи. Материалы и методы исследования: Проведено анкетирование 120 студентов на основании теста, составленного согласно Римским критериям IV пересмотра, из них отобраны 38 студентов с проявлениями СРК. Тяжесть симптомов и изменение характера питания определяли до (30.12.2018) и после (07.01.2019) новогодних праздников, согласно шкале GSRS и оригинальным анкетам по питанию. Результаты: Среди учащихся преобладали лица женского пола – 86 (71,7%), лиц мужского пола – 34 (28,3%). Средний возраст проанкетированных студентов составил от 19,0 ± 1,0 лет. В результате исследования выявлено 38 студентов с диагнозом: синдром раздраженного кишечника. Среди учащихся с СРК незначительно преобладали лица женского пола – 21 (55,3%), лица мужского пола составили – 17 (44,7%). По данным исследования после праздников снизилась доля (12,5%) студентов, питающихся 3-5 раз в день полноценно. Увеличился процент студентов с диагнозом СРК, употребляющих алкоголь 1 раз в неделю, 1 раз в год на – 11,2% и 13,8%, соответственно. Снизился процент обследованных студентов, не употребляющих алкоголь с 12,5% до 0%. Увеличился процент обучающихся употребляющих пиво, вино и крепкий алкоголь – на 14,3%, 12,9%, 21,4% соответственно. Выросло количество студентов, употребляющих fast food несколько раз в месяц – на 3,3%. Наблюдается снижение ежедневного употребления мяса и рыбы – на 10,0%. Выросло количество обследованных студентов, употребляющих газированные напитки один раз в месяц – на 24,0%. В ходе исследования установлено увеличение количества студентов с диарейным синдромом, обстипационным синдромом, рефлюкс – синдромом на 20,0%, 4% и 16,7% соответственно. Наблюдается снижение частоты таких синдромов как: диспепсический и синдром абдоминальной боли – на 2,7% и 6,7% соответственно. Выводы: В ходе проведенного исследования установлено, что нарушение рациона и режима питания является фактором риска, способствующим обострению и прогрессированию СРК. В результате определения характера и режима питания, тяжести абдоминальных симптомов у студентов ИГМА до и после новогодних праздников, установлено, что отказ от полноценного питания (употребление мяса, рыбы, фруктов и овощей и увеличение употребление fast food, газированных напитков, алкоголя, в том числе крепкого) приводит к усугублению СРК, что сопровождается повышением частоты у обследованных студентов таких синдромов как: диарейный, обстипационный, рефлюкс – на 20,0%, 4,0% и 16,7%, соответственно.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Меликбобоев Аббос студент 408 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель асс. Эргашова М.М.

Цель исследования: Оптимизировать выявление клинических признаков поражения сердца у больных ревматоидном артритом на основании данных ЭКГ, ЭхоКГ и обзорной ренгенографии грудной клетки. Материал и методы: Обследованы 40 больных с РА. Среди них женщин 30(75%), мужчин - 10 (25%), в возрасте до 30 лет 27%, 30-51 год - 42%, свыше 50 лет 31%. У 20% длительность заболевания до 1 года, у 31% 1-5 лет и у 49% свыше 5 лет. Результаты исследования: Установлено, что 44,4% больных РА предъявляют жалобы, характерные для поражения сердца а именно: боль в области сердца неопределенного характера, чувство нехватки воздуха при физической нагрузке, одышку, усиливающуюся к вечеру, чувство стеснения в груди, сердцебиение, связанное или несвязанное с физическим усилием, перебои и чувство замирания сердца, отёки на нижних конечностях в 27% случаев. При объективном исследовании у 55,6% пациентов обнаружили увеличение границ относительной сердечной тупости влево, у 7% в обе стороны, у 49% средний размер поперечника сердца был больше 15 см. Также были характерны слабый пульс, тахикардия в покое и приглушение тонов сердца. Рентгенологическое исследование способствовало выявлению изменений сердца у 62,2% больных, а именно расширение контуров левого желудочка, повышение кардиоторакального индекса более 40%, уплощение дуги аорты, снижение сократительной способности желудочков. При ЭКГ исследовании признаки нарушения ритма и проводимости сердца выявлены у 71,1% больных, в частности синусовая тахикардия, желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия, фибрилляция предсердий, AV блокада 1 степени и неполная блокада ножек пучка Гиса. ЭхоКГ исследование способствовало выявлению нарушения гемодинамики у 84,4% больных: систолическая дисфункция и перегрузку объемом ЛЖ. У 44,4% больных выявлены признаки скрытой ХСН (фракция выброса в пределах 50-60%), у 20,0% больных – явной (фракция выброса 49-40%), у 17,8% больных - тяжелой хронической сердечной недостаточности (фракция выброса –ниже 40%). В целом, у 84,4% больных РА были выявлены клинические и лабораторные признаки поражения сердца, которые были разделены на 5 групп: ИБС (11,1%),специфические поражение сердца: миокардит(17,8%), миокардиодистрофия (20,0%), пороки сердца (4,4%) и малосимптомный вариант сердечной патологии(31,1%). При этом, определенная клиническая форма поражений сердца у 53,3% больных входила в структуру диагноза, а в остальных случаях (31,1%) поражения сердца оставались незамеченными. Выводы: Таким образом, следует отметить, что стандарты исследования больных должны включать ряд инструментальных методов для выявления кардиоваскулярных поражений а именно: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ, доплерография артерий. Целенаправленное включение этих исследований в диагностический комплекс мероприятий при РА способствует раннему выявлению поражений сердца и гемодинамических нарушений.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Менгтураева Н.А, студентка 2 курса 204 группы факультета Высшее сестринское дело

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра Амбулаторной медицины, зав. каф.проф. Шамансурова Э.А.

Научный руководитель: асс. Каримова Д.И.

Актуальность. Известно, что в основе ряда заболеваний внутренних органов лежит тканевая гипоксия. Динамика показателей, характеризующих степень насыщения тканей кислородом, может служить эффективным критерием оценки как состояния организма при различной патологии, так и отражать эффективность терапии. Цель исследования – оценить эффективность лечения больных с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ), ХНБ в сочетании с артериальной гипертонией (АГ), бронхиальная астма (БА) легкой и средней степени тяжести в сравнительном аспекте. Материалы и методы исследования. В исследования были включены лица с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ),ХНБ в сочетании с артериальной гипертонией (АГ), бронхиальная астма (БА) легкой и средней степени тяжести. Результаты лечения оценивали с помощью гипоксического теста,оценивающего величину чувствительности (Тс)и устойчивости (Тв) к гипоксии по динамике степени насыщения кислородом гемоглобина крови, определяемыев начале, середине и конце срока лечения. Полученные результаты и обсуждение. Анализ результатов свидетельствует,что у больных с ХНБ без АГ отмечалась наиболее выраженная положительная динамика к 10 дню,о чем свидетельствует Тс и уменьшение Тв. Максимальная динамика этих показателей регистрируется к 20 дню.Показатели функции

внешнего дыхания не претерпевают положительных изменений в этот период. У больных с ХОБ, ХНБ сартериальной гипертонией, легкой степенью бронхиальной астмы динамика показателей была менее выраженной к середине срока пребывания в санатории, но убедительной к концу лечения. У лиц с БА средней степени тяжести положительной динамики не отмечено. Выводы.Таким образом, уменьшение степени гипоксии, о чем свидетельствует динамика Тс и Тв, являются ранними критериями эффективности лечения, позволяющими обосновать возможность реабилитации больных в короткие сроки.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мерзлякова Ю.С., Хамадуллин А.А., студенты 418 и 421 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами гематологии и эндокринологии (зав. каф. профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: Оценить особенности распределения жировой ткани у пациентов органов пищеварения. Материал и методы исследования: Обследовано 25 пациентов гастроэнтерологического отделения БУЗ УР 1 Республиканская клиническая больница МЗ УР. Оцениваемыми показателями стали ОТ (объём талии), ОБ (объём бёдер), ИМТ (индекс массы тела), сагиттальный диаметр, отношение ОТ/ОБ, ООЖТ (объём общей жировой ткани), ОВЖТ (объём висцеральной жировой ткани), ОПЖТ (объём подкожной жировой ткани), масса ООЖТ, масса безжировой ткани, а также общеклинические данные 25 пациентов (случайная выборка), которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении, обследованы антропометрическим методом. Результаты: Была сформирована анкета из 35 вопросов, которая состояла из 2 разделов. Первый посвящён общим вопросам, таким как общие сведения о пациенте и лабораторно-инструментальные данные, а второй - включал антропометрические данные и подсчёт распределения жировой ткани по формулам. По половому соотношению мужчин обследовано 9 человек (36%), а женщин - 16 (64%). Возрастной диапазон составил от 22 до 69 лет, средний возраст - 54,9±2,9 лет. Диагнозы были следующие: хронический колит – 5 человек, язвенный колит – 4 человека, хронический гастрит – 3 человека, ГЭРБ – 3 человека, хронический гепатит – 2 человека, цирроз печени – 2 человека, хронический панкреатит – 2 человека, хронический гастродуоденит – 1 человек, болезнь оперированного желудка – 1 человек, язвенная болезнь желудка – 1 человек, болезнь Крона – 1 человек. Физической активностью занимается большая часть опрошенных: 17 из 25 человек (68%). По лабораторным показателям основной тенденцией стало снижение показателя общего белка, увеличение количества щелочной фосфатазы и трансаминаз в крови. Распределение жира в организме у 21 пациента (84%) равномерное. При подсчете ИМТ выявлено наличие избыточной массы тела (ИМТ >25 кг/м2) у 6 пациентов, а у 2 пациентов ожирение (ИМТ>30 кг/м2). ОТ коррелирует с количеством ВЖТ, ОТ >88 см у женщин (16%) и >102 см у мужчин (8%) является признаком абдоминального ожирения и ассоциирован с высоким риском развития заболеваний. Коэффициент ОТ/ОБ и сагиттальный диаметр (высота живота в положении пациента лежа на спине) являются дополнительными для оценки распределения жировой ткани (ЖТ) в теле. Показано, что ОТ и сагиттальный диаметр отражают степень висцерального ожирения, в то время как коэффициент ОТ/ОБ - степень развития подкожной жировой клетчатки. Значение коэффициента ОТ/ОБ >0,9 у мужчин (24%) и >0,85 у женщин (12%) указывает на преобладание ВЖТ. Выводы: Таким образом увеличение объема жировой ткани и развитие метаболических нарушений у пациентов с патологией органов пищеварения происходит уже при ИМТ более 25 кг/м^2 (избыток массы тела), что делает это состояние близким к ожирению. У мужчин по сравнению с женщинами при одинаковой массе тела и типе распределения жира больше количество ВЖ и меньше ПЖ при сопоставимых метаболических показателях.

АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Мерзлякова Ю.С., Хамадуллин А.А., студенты 418 и 421 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра неврологии (зав. каф. профессор, д.м.н., Осетров А.С.)

Научный руководитель: ассистент, д.м.н., Малкова А.А.

Цель исследования: Оценка характера и степени выраженности когнитивных нарушений у постинсультных больных разных возрастных групп. Материалы и методы исследования: В исследование были включены 10 пациентов, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении РКБ 1 без деменции и признаков депрессивных расстройств. Все пациенты, перенесшие инсульт, на момент исследования не имели тяжелых двигательных и речевых нарушений, которые бы затрудняли проведение нейропсихоогического обследования. Было отобрано 3 теста из сборника «Нейропсихологические тесты и шкалы», такие как проба Шульте, Батарея лобной дисфункции и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (включающая тест «рисование часов»). Результаты исследования: Проведено тестирование 10 пациентов (4 женщины и 6 мужчин) неврологического отделения РКБ 1 с изучением историй болезни. Пациенты были отобраны без выраженных признаков деменции, афазии, двигательных и депрессивных расстройств. Возрастной диапазон составил от 40 до 65 лет. Батарею лобной дисфункции применяют для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур. Оценка результатов теста «Батарея лобной дисфункции»: 16-18 баллов (70%) соответствуют нормальной лобной функции; 12-15 баллов (30%) - умеренная лобная дисфункция (легкие когнитивные расстройства); 11 баллов и меньше (0%) - признаки лобной деменции. Цель пробы Шульте: определение устойчивости внимания и динамики работоспособности. Оценка результатов по пробе Шульте: 25-30 секунд соответствует норме. К сожалению, 100% обследованных превысили норматив, что говорит о снижении внимания и врабатываемости. Меньше минуты затратили на выполнение 60%, больше минуты 40%. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (включающая тест «рисование часов») разработана для скрининга мягких когнитивных нарушений. Она оценивает: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную реальность, концептуальное мышление, счёт и ориентированность. Норма выполнения это 26 баллов и выше (максимально 30). Интерпретация: 28 – 30 баллов (10%) – нет нарушений когнитивных функций; 24 – 27 баллов (50%) – преддементные когнитивные нарушения; 20 – 23 балла (20%) – деменция легкой степени выраженности; 11 – 19 баллов (20%) – деменция умеренной степени выраженности; 0 – 10 баллов (0%) – тяжелая деменция. Аффективные расстройства у отобранных пациентов не выявлены (0%). Выводы: 1. Когнитивные нарушения в разной степени выраженности встречаются у большинства пациентов, перенёсших ишемический инсульт. 2. Всем больным с ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах необходимо проведение нейропсихологическое тестирование с целью выявления когнитивных нарушений. 3. Ранее выявление и коррекция когнитивных нарушений может способствовать улучшению исхода инсульта и качества жизни больных.4. При обследовании пациентов после инсульта важно учитывать локализацию очага поражения и результаты современных методов инструментальной диагностики.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УР

Микина М.В., ординатор, Гущин Н.В., ординатор, Герасимов К.В. врач-травматолог,

место проведения исследования – БУЗ УР 1РКБ МЗ УР, отделение травматологии

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д-р.мед. наук, проф., Пименов Л.Т.

Научный руководитель: д-р.мед. наук, проф., Пименов Л.Т.

Ещё с 90-ых годов остеопороз (ОП) называют тихой эпидемией, которая выявляется клинически только на стадии перелома. Своевременное выявление факторов риска ОП имеет значения для его раннего распознавания, грамотного лечения, а в результате улучшение качества и продолжительности жизни. Цель: изучить совокупность факторов риска (ФР) развития остеопороза, выявить наиболее распространённые из них среди пациентов, имеющих «свежий» перелом. Задачи:разработать анкету для выявления наличия ФР ОП у пациентов, проживающих на территории УР; провести

анкетирование среди пациентов травматологического отделения 1РКБ г. Ижевска и обозначить все факторы риска развития ОП;провести статистический анализ полученных результатов. Материалы и методы: проведено анкетирование среди пациентов (n = 100), имеющих «свежие» переломы игоспитализированных в травматологическое отделение 1 РКБ г.Ижевска. Полученные результаты. Наиболее типичными при ОП являются малотравматичные переломы грудных и поясничных позвонков, дистального отдела лучевой кости и проксимального отдела бедренной кости. Из 100 анкетированных пациентов такие переломы имели 39% (6%, 8% и 25% соответственно), среди которых преобладают женщины в возрасте 60 лет и старше (73%). В данной группе пациентов чётко выделяются следующие ФР, которые могли привести к ОП: дефицит кальция (92%), малоподвижный образ жизни (68%), заболевания ЖКТ, в основном, проблемы с желудком и печенью (55%), повторный перелом с длительной иммобилизацией в анамнезе (44%). Повышенную или избыточную массу тела имеют 70% пациентов, что с одной стороны приводит к ремоделированию и уплотнению костной ткани, но с другой стороны – к метаболическим нарушениям, влекущими сбой в обмене кальция и фосфора. У 15% анкетированных выявлен СД с сопутствующей нефропатией в анамнезе, что также играет роль в фосфорно-кальциевом обмене. Вывод. По результатам работы наглядно вырисовываются портреты пациентов с высоким риском развития ОП – это женщины постменопаузального возраста, лица, ведущие малоподвижный образ жизни, пациенты имеющие дефицит кальция и/или нарушения в его метаболизме.В первичной системе здравоохранения необходимо перейти к формированию групп риска по ОП среди населения врачебных участков. Именно в данных группах рекомендуется активно использовать все предложения комиссии МЗ РФ по первичной и вторичной профилактике ОП.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Мирзалиева А.А., магистр 1 курса, направление «Кардиология», кафедра Факультетской терапии,

ВПТ, профессиональных болезней, госпитальной терапии и пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: доцент Карабекова Б.А.

ТашПМИ, кафедра ВОП терапии, клинической фармакологии

Актуальность. На сегодняшний день рациональная фармакотерапия продолжает оставаться серьезной проблемой, несмотря на большое количество публикаций, современных руководств, массу посвященных этой теме конференций. Доказательная медицина и разработанные на ее основе клинические рекомендации и стандарты лечения тех или иных заболеваний определяют стратегию лечебных мероприятий, в т.ч. и применения лекарственных средств (ЛС). Однако во всех странах мира не теряет актуальности проблема частого развития нежелательных лекарственных реакций, частично решить которую позволяют персонализированные подходы к терапии. Цель исследования. Изучить современные подходы проведения безопасной терапии в клинической практике, достижения персонализированной медицины на основе изучения генетических особенностей пациентов. Материалы и методы. Проводился анализ литературных данных по данной теме. Полученные результаты. Персонализированная медицина – сравнительно новое направление современной медицины, получившее развитие благодаря использованию методов направленного пациентассоциированного лечебно-диагностического воздействия, на основе учета влияний генетических, внешнесредовых и региональных факторов (Jain K.K.,2009 г). Безопасность ЛС зависит от индивидуальных особенностей организма, поэтому их применение требует персонализированного подхода к каждому конкретному человеку. Подобный адресный подход, лежащий в основе персонализированной медицины, позволит не только повысить безопасность медикаментозного лечения, но и сократить расходы на коррекцию нежелательных реакций. Благодаря достижениям молекулярной медицины сегодня появились высокоэффективные технологии, делающие персонализированную медицину реальностью. Персонализация применения ЛС может оказать существенное влияние на частоту развития нежелательных реакций, в т.ч. со смертельным исходом. Поэтому использование подобного подхода в практическом здравоохранении поощряется и поддерживается Еврокомиссией и FDA. В настоящее время наиболее близким к клинической практике направлением развития персонализированной медицины является персонализированный выбор ЛС на основе изучения генетических особенностей пациентов, или фармакогенетический подход к медикаментозной терапии. Это связано с тем, что именно генетические особенности пациентов в наибольшей степени определяют «фармакологический ответ» на применение ЛС и, прежде всего, развитие нежелательных лекарственных реакций. Выявление генетических особенностей у больных позволит врачу индивидуально подбирать наиболее эффективные и безопасные ЛС из определенных групп, а также их дозу (фармакогенетический подход). Принцип рациональности лежит в основе построения тактики фармакотерапии в конкретной клинической ситуации, анализ которой позволяет обосновать выбор наиболее адекватных этой ситуации лекарственного средства (комбинации лекарственных средств), лекарственной формы, дозы и путей введения препарата с учетом генетических особенностей организма, а также прогноз длительности фармакотерапии. Выводы. Использование в повседневной клинической практике высокотехнологичных, инновационных методов персонализированной медицины вместе с достижениями доказательной медицины позволит снизить частоту нежелательных лекарственных реакций, в т.ч. и смертельных исходов, повысить качество фармакотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ КАНДЕСАРТАНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Мирмухамедов Н. студент 425 группы лечебного факультета, Насирова Д. студентка 306 группы медико-педагогического факультета СамМИ.

Кафедра внутренних болезни №3 и эндокринологии (зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель асс. Насирова А.А.

Цель исследования: Оптимизировать возможности применения кандесартана (избирательного антагониста рецепторов ангиотензина II), в снижении кардиоваскулярного риска при АГ и профилактики поражения органов мишеней. Материалы и методы: Обследовано 72 пациентов с легкой и умеренно выраженной АГ, клинической нефропатией на фоне сахарного диабета 2 типа в возрасте от 35 до 69 лет. Нами была изучена эффективность кандесартана в качестве монотерапии и применение препарата в комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТ). Результаты: Установлено что, первая группа пациентов с легкой и умеренно выраженной АГ неконтролированной ранее(42%), и нелеченной АГ(28%) получала монотерапию кандесартаном в дозировке 16 мг или 32 мг в день путем титрования в первые 2 недели, вторая группа пациентов комбинацию кандесартана с ГХТ при неадекватном контроле АД пациентом. Прием препарата в течение года сопровождался хорошей переносимостью независимо от возраста, пола и наличия коморбидных состояний (СД 2 типа в 30,9% случаев, гиперхолестеринэмия 48,6%, и клинической нефропатии в 4,3% случаев). 89% пациентов, получавших препарат в качестве монотерапии и 79% принимавших комбинацию кандесартана и ГХТ достигли стойкого снижения ДАД < 90 мм.рт.ст.в течении первых 4 недель, добавление ГХТ в дозе 50 мг и 100 мг потребовалось в 24% и 13% случаев, причем в 81% и 73% подобных случаев удалось достичь целевого уровня ДАД. В каждой группе больных снижение минимального САД/ДАД в положении лежа до целевых уровней (130/80мм.рт.ст.) удалось достичь у 43% и 49% пациентов соответственно. Долгосрочные и дополнительные положительные эффекты путем добавления 50 мг ГХТ к 16 мг кандесартана отражались в большем количестве ответивших на терапию пациентов (т.е пациентов достигших целевого уровня ДАД < 90 мм.рт.ст при исходном уровне 159/99 мм.рт.ст) а именно 96% больных на 4 неделе 14,5/8,5 мм.рт.ст < 0,001 результат сохранился на 24 неделе 21,1/12,8 мм.рт.ст первичная конечная точка эффективности и к концу первого года 23,7/15,1 мм.рт.ст. 95% и 87% соответственно. Более того кандесартан стал эффективным препаратом для большинства возрастных пациентов. Контроль ДАД удалось достичь у 87% пациентов старше 65 лет и 83% пациентов до 65 лет. Оценка гликемического контроля засвидетельствовала выраженное снижение уровня глюкозы натощак на 8% и 2,5%, гликозилированного гемоглобина на 9% и 8,2% ,среднего уровня инсулина плазмы натощак на 10% и 2% соответственно. Прием препарата в течение года обеспечил более выраженное и статистически достоверное (р <0,05) снижение общего холестерина на 9% и 2%, а ЛНП на 11,5% и 1,5% соответственно. Выводы: Таким образом, достижение целевого уровня АД при однократном 24-часовом приеме, как в качестве монотерапии так и в комбинации с ГХТ обеспечивает длительный эффект у широкого спектра пациентов с АГ включая лиц среднего и пожилого возраста, больных с СД 2 типа, метаболическим синдромом и /или почечными расстройствами, благоприятное влияние на инсулинорезистентность, уровень липидов и функцию почек, позволяет нам считать кандесартан или при необходимости его комбинацию с ГХТ препаратом выбора первой линии лечения АГ у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВИЧ/СПИД ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирхакимова Ф., педиатрический факультет, 315 гр., Муминова Ш.Ш. ассистент кафедры.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Руководитель: асс. Самибаева У.Х.

Цель исследования: Дать характеристику клинико–эпидемиологических данных больных ВИЧ/СПИД инфекции с учетом вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций по данным Самаркандской областной клинической инфекционной больницы за 2017-2018гг. Материалы и методы исследования: Материалом для исследования и анализа послужили 145 серопозитивных больных, находящихся в областной инфекционной больнице за 2017-2018гг. Для исследования были использованы данные медицинских карт больных. Результаты и обсуждения: Всем больным с ВИЧ инфекцией были проведены общеклинические, лабораторные исследования, биохимический анализ крови, серологический анализ крови (исследование маркеров гепатита В и С) и ИФА диагностика на ВИЧ инфекцию. Из неспецифических методов проведены иммунологические исследования для определения абсолютного количества СД4+лимфоцитов, которые проводились в областном центре СПИД г. Самарканда. Факт ВИЧ инфицирования всех обследованных пациентов был подтвержден с помощью рефферентного ИФА на тест-системах в мультиреагенном вошере MRW-AM60.Vosher 203 и иммуноблотинга на тест системах в термостатируемом шейкере Elmi-ST-3. Иммуноферментный анализ проведен на оборудовании фирмы Rider texnologies(США). Диагнозы ВИЧ–инфекция и оппортунистических инфекций установлены на основании международной классификации ВОЗ с учетом клинических симптомов и подтверждены лабораторными данными, проведенными в соответствии с действующими инструкциями областного центра СПИД. В целом для Самаркандской области характерны региональные различия в уровне распространенности ВИЧ инфекции рост доли городских жителей (58,6%) по отношению к сельским (55,1%). Заболеваемость и пораженность Вич-инфекции на разных территориях и в разных группах населения постоянно изменяются. Среди больных лиц мужского пола оказалось больше (64,8%)по сравнению женским полом (35,1%). По возрастной категории высокий уровень показателя заболеваемости приходится на лиц от 40 до 50 лет. Анализ по диагнозам больных ВИЧ инфекцией показал, что высокий процент обратившихся больных с диагнозом: В 20 Хронический гастроэнтероколит, что составило (14,4%). Низкий процент обратившихся больных с диагнозами: В20 Бруцеллез, что составило (0.65%). Дефицит массы тела у большинства больных оказался более 10%-у (53,1%), менее 10%-у (42%) и в стадии выраженной кахексии поступил всего (11,2%).–инфекции. Анемия легкой степени выявлена у (44,8%), средней степени тяжести – у (39,3%) и тяжелой степени у(15,8%). Выводы: Для изучения динамики эпидемического процесса на отдельных территориях необходимо организовывать и использовать постоянный эпидемиологический мониторинг и поведенческие исследования выявления источников ВИЧ путем тестирования на маркеры вируса в интенсивных по ВИЧ инфекции групп населения. Внедрение профилактических программ среди уязвимых групп населения, что предотвращает поражение этих групп ВИЧ инфекцией и снижает риск заражения ВИЧ инфекцией представителей основной популяции. А также повышения информированности граждан по вопросам Вич-инфекции, информирование о способах защиты, формирование адекватного восприятия собственного риска и мотивацию к изменению опасного поведения используя схемы и иллюстрации с примерами в различных местах.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ДЫХАТЕЛЬНОГО КОЭФФИЦЕНТА У ЛЕГКОАТЛЕТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРАСТАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Моминов А.А., Муратходжаева Л.Э., 1-курс докторант в Республиканско научно-практическом центре спортивной медицины

Научный руководитель д.м.н., профессор Садиков А.А.

Цель исследования: Изучение и оценка состояния кардиореспираторной системы у спортсменов занимающихся легкой атлетикой с помощью кардиореспираторныхнагрузочных тестов. Материалы и методы исследования: Были обследованы 62 спортсменов из них 16 спортсменов – легкоатлетов, в возрасте от 18 до 30 лет. Из них 12 мужчин, 4 женщины. Для оценки кардиореспираторных возможностей организма спортсменов циклических видов спорта (легкая атлетика), выполнены исследования функционального состояния спортсменов на аппарате «h/p/cosmospulsar». Частота сердечных сокращений (ЧСС) и дыхательный коэффициент (ДК) определяли натощак, в покое и после физических нагрузок в виде бега на месте (на беговой дорожке, по нарастающей скорости, в 3 этапа). Полученные результаты: Исследования показали, что ЧСС у спортсменов в покое (до нагрузки) составил в среднем 73±4. Максимальное количество сердечных сокращении равнялся 90, минимальное 52 в минуту. После первого этапа нагрузки ЧСС увеличилась на 84% по сравнению с исходным (минимальное количество пульса составил 92, максимальное 169 в минуту). После второго этапа нагрузки ЧСС увеличилась, по сравнению с покоем на 131% (минимальное количество пульса составил 157, максимальное 184 в минуту). При нарастании нагрузки (3 этап), ЧСС продолжала нарастать и составила 134% от исходного (минимальное количество пульса составил 157, максимальное 187 в минуту). Определение ДК у этих же спортсменов в динамике показало равномерное нарастание от 0,89 ± 0,04 в покое до 0,99 ± 0,05 (111%) после второго этапа нагрузки и до 1,0±0,05 (112%) после третьего этапа. Несмотря на увеличение ЧСС после первого этапа нагрузки до 131%, дыхательный коэффициент практически не менялся. Выводы: Таким образом определение параллелей между ЧСС и ДК выявило закономерность, которая соответствует тренированным организмам, устойчивым к длительной физической нагрузке. В то же время встречаются спортсмены, у которых эти показатели исходно были неудовлетворительными и в процессе нагрузки со стороны сердечно сосудистой системы наблюдалось не адекватное реакция.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Муинова К. резидент магистратуры 1-курса по кардиологии, Хасанжанова Ф.О., Тогаева Б.М. ассистенты кафедры внутренних болезней №2

Кафедра внутренних болезней №2 (зав. каф. – д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель д.м.н., доцент Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования: анализировать обращаемость больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) за медицинской помощью в условиях экстренной медицинской помощи (ЭМП). Материалы и методы: За период с 2017 по 2018 г в Самаркандский филиал РНЦЭМП обратились 357 больных с ОИМ. Выявлено, что в течение часа от начала заболевания за медицинской помощью обратились в среднем 27 (7,5%) больных, от 1 часа до 6 часов 37 (10,3%) больных и от 6 часов до суток 192 (53,7%) больных. Позже одной сутки от начала заболевания обратились 101 (28,2%). В службу скорой медицинской помощи (СМП) обратились 180 (50,8%) больных, самообращение 177 (49,5%). Среди 357 больных с ОИМ у 262 больных наблюдалось ОИМ с зубцом Q, а у 95 больных наблюдалась ОИМ без зубца Q. Из них 46 больным было проведено системный тромболизис. 18 больным системный тромболизис проводилось в течение 2 часов, 16 больным до 6 часов, а 14 больным в течение 12 часов. Показано, что время от начала болевого синдрома до обращения за медицинской помощью зависит от характера ИМ интенсивного болевого синдрома, а также учреждения, куда обратились больные. Результаты исследования: Так, у больных с первичным ОИМ и интенсивным болевым приступом по сравнению с повторным ОИМ и неинтенсивным болевым синдромом среднее время от начала заболевания до обращения к врачу было достоверно меньше. Время обращения больных за медицинской помощью в ЭМП при определенном первичном ОИМ с неинтенсивным болевым синдромом составило в среднем 30,2 и 55,1 ч соответственно (2 = 16,3; р 0,001), а при повторном ОИМ 34,7 и 62,4 ч (2 = 29,1; р 0,01). В стационар непосредственно обратились больные с интенсивным болевым синдромом и первичным ОИМ, так и повторным ОИМ. Показано, что по мере увеличения возраста, как мужчины, так и женщины со стенокардией напряжения в анамнезе обращаются за медицинской помощью рано. Однако больные ОИМ, но без стенокардии напряжения в анамнезе, в большинстве случаев обращаются позднее 1 сутки от начала заболевания независимо от возраста. Это связано с низкой информированностью больных о признаках заболевания и мерах оказания доврачебной медицинской помощи. Выводы: Таким образом, поздняя обращаемость больных инфарктом миокарда за медицинской помощью объясняется отсутствием в анамнезе стенокардии напряжения, неинтенсивным ангинозным приступом независимо от пола и возраста.

ПРОГНОЗ И ДИАГНОСТИКА МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Муминов И.А., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Латипова К.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Термин «малые повреждения миокарда» (МПМ) в литературе появился относительно недавно. МПМ встречаются в 8-15% случаев после плановой чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и проявляются только повышением уровня кардиоспецифических маркеров, без клинических и электрокардиографических признаков повреждения миокарда. Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией. Материалы и методы исследования: Исследуемые пациенты были подразделены на группы, по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования - 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения функциональный классы II-III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения - 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II-III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (групп сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием/ Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II-III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в 1-е сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной у 3,2% пациентов возникли жалобы, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p<0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин - различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы - 10,23*109/л, у пациентов группы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p<0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны - к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (17,1%) после планового ЧКВ ($p<0,05$). По показателям ЭХО-КГ между группами пациентов различий не выявлено. При анализе данных, в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p<0,05$). В 1-е сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раз ($p<0,05$). Нами получены данные о превышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p<0,05$). На 1-е сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина ТО- 0,030 нг/мл, КФК-МВ 0,10 - 4,94 нг/мл, миоглобина 25,0 -72,0 нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т 0,030 - 0,072 нг/мл, КФК-МВ 4,94 - 5,58 нг/мл, миоглобина 72,0 - 93,6 нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда. Таким образом, по результатам, нами определены связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждениях миокарда в 1-е сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

ЗНАЧЕНИЕ «ФАРМАГНОЗИИ» БИРУНИ В РАЗВИТИИ ФАРМАКОЛОГИИ

Муминова С.С., студентка 104 группы фармацевтического факультета СамМИ

Кафедра гуманитарных и социально-экономических наук. (зав.кафедрой – к.ю.н. Садикова Ё.С.)

Научный руководитель: ст.преп. Мажидов Ш.Ф.

Цели исследования: в работе рассмотрен вклад в развитие фармакологической науки выдающегося представителя эпохи Восточного Ренессанса, нашего великого соотечественника Абу Рейхана Мухаммада ибн Ахмада ал-Бируни (973-1048). Краткое описание: гениальный учёный-энциклопедист Абу Рейхан ал-Бируни, которого по силе и разносторонности таланта называют Леонардо де Винчи XI века, является автором более 150 трудов по математике, астрономии, географии, минералогии, истории, этнографии, филологии, философии. Будучи ученым-естествоиспытателем, он сделал свой вклад в расширение понятия числа, теорию кубических уравнений, сферическую тригонометрию, составил тригонометрические таблицы. Основываясь на изучении летоисчисления разных народов, предложил общие принципы составления календарей, в том числе земледельческих. Владея арабским, персидским, греческим, сирийским языками, а также санскритом, он способствовал выработке принципов перевода естественно-научной терминологии с одного языка на другой. Результаты: одним из величайших фундаментальных трудов великого ал-Бируни является сочинение «Фармакогнозия», или «Китаб ас-Сайдана фит-тибб» («Книга фармакогнозии в медицине»), дошедшая до нашего времени в единственной рукописи, обнаруженной в 1927 г. в г.Бурса (Турция). Собрав с своём трактате сведения на арабском, греческом, индийском, персидском, согдийском и других языках о 4 тысячах видов растений, животных, минералов и получаемых из них веществ, он внес огромный вклад в упорядочение терминов фармацевтического дела. Для написания своего труда Бируни использовал около 250 первоисточников, созданных за полторы тысячи лет до него учеными Средней Азии, Ирана, Индии, Афганистана, Греции, Рима, Малой Азии. «Фармакогнозия» Бируни позволяет утверждать, что она дает наиболее полное представление о состоянии лекарствоведения и ботаники того времени. Лекарственные средства, применяемые во времена Бируни в медицинской практике, добывались как из растений, так и из животных и минералов. Но подавляющее большинство их получали из растений. Из 1116 параграфов, входящих в «Фармакогнозию», почти в 860 описываются лекарственные растения, их отдельные части и органы, а также продукты их выделений. Всего в книге упомянуто около 750 видов растений, 107 минеральных средств, 101 животный продукт. Кроме того, приводится около 30 наименований сложных лекарственных средств (териаки, некоторые виды лечебной пищи). Основное внимание в книге уделяется тому, что представляет собой средство, из какого растения или животного добывается, каковы признаки, указывающие на его чистоту и доброкачественность, а описание средств дополнено рисунками растений и животных. В предисловии к своей книге Бируни указывает, что в его распоряжении был список сочинения Диоскорида, в котором к описаниям растений прилагались их изображения. Выводы: Результаты исследования показывают, что «Фармакогнозия» Бируни это ценнейший памятник средневекового восточного учения о лекарственных растениях, которые применялись в медицине и фармации. Сочинение подвело итоги развитию фармакологических знаний древности и средневековья и явилось теоретическим фундаментом развития науки фармации в новое время.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕНОФОВИР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В

Муродуллаев П., Педиатрический факультет, 612 гр. Восеева Д.М. ассистент.

Кафедра Инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. каф. - к.м.н., доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: Самибаева У.Х.

Актуальность. Ежегодно от заболеваний печени обусловленных HBV умирает около 1 млн. человек, а среди причин смертности HBV занимает 10 место. Хронические вирусные гепатиты В занимающие лидирующие позиции в структуре всех заболеваний печени, являются одной из наиболее важных и сложных проблем мирового здравоохранения. Данная ситуация связана с их повсеместным распространением, высоким уровнем заболеваемости, а также существенными экономическими затратами на диагностические и лечебные процессы (Жданов К.В.,2000, Лобзин Ю.В.,2002, Онищенко Г.Г. 2003). Цель исследования: Оценка эффективности препарата Тенофовир у больных хроническими вирусными гепатитами В. Материалы и методы исследования: Материалом для исследования и анализа послужили 100 больных с диагнозом ХГВ. Комплексное обследование включало клинический осмотр больны, биохимическое исследование крови и исследование крови на специфические маркеры вирусных гепатитов с использованием метода ИФА и ПЦР. А также проводилось УЗИ гепатобилиарной системы и эластометрия печени методом (Метавир). Противовирусное лечение проводили на

основании определения уровня трансаминаз, вирусной нагрузки и фибросканирование печени. Первичная цель лечения ХВГ состоит в необходимости купирования активной фазы репликации ДНК вируса. Для проведения противовирусной терапии нами применено Тенофовир, который является ингибитором репликации вируса гепатита В и дает возможность приема 1 раз в день. Решение о необходимости лечения Тенофовиром принимали на основании показателей фиброскана выше F 2; длительное повышение аминотрансфераз, при положительном HBsAg, HBeAg, и существенной концентрации ДНК HBV в крови. Тенофовир является синтетическим аналогом нуклеозидов нового поколения. У наблюдаемых нами больных был установлен диагноз «Хронический гепатит В» умеренная степень активности- у 48% больных, выраженная степень активности 62% больных. У всех отмечалась репликативная фаза. Результаты и обсуждения: Из 100 пациентов 42 женщин и 58 мужчин. Давность инфицирования, которую определяли от момента появления одного фактора или перенесенного острого гепатита В составила от 6 мес до 5 лет. Степень цитолиза определяли по уровню аминотрансфераз, соответственно данные были следующие: АЛТ от 3 до 5 норм отмечалась у 68% обследуемых т.е умеренной активности, а высокая степень активности (АЛТ) параметров выше 5 норм выявлено у 32% больных. У наблюдаемых при серологическом исследовании HBsAg (+), HBeAg (+), т.е. выявлен «дикий штамм» вируса. Результаты ВН по данным ПЦР было следующим: У 17% ВН – 1,8-9,2+03, 13%- 1,6-9,7+04, 25% 1,1-9,2+05,36% 2,2-9,1+06. Степень развития фиброза определяли фиброскaном оценивая методом «Метавир» и результаты таковы: 35% степень фиброза печени соответствует F2 (7,2 кПа), у 28% больных степень фиброза печени соответствует от F2-F3 (7,2-9,0 к Па), у 18% больных степень фиброза равнялся от F3(9,0 кПа), у 19% больных степень фиброза равнялся от F3-F4 (9,0-12,0 кПа).Ответ на противовирусную терапию проведенной препаратом «Тенофовир» в течении 48 недель нами получены следующие результаты. После использования пациентами препарата Тенофовир вирусная нагрузка снизилась у 41,8% больных, отрицательный результат ПЦР ДНК HBV отмечено у 59,2%. За время наблюдения оценка состояния печени по данным эластометрии печени (фиброскан) после ПВТ было следующим: F2 (7,2 кПа) – F0 –F1 (1,5-5,8 кПа), F2-F3 (7,2-9,0 кПа)-- F2 (7,2 кПа), F3 (9,0 кПа)-F2 –F3 (7,2-9,0 кПа), F3-F4 (9,0- 12,0 кПа)--- F3 (9,0 кПа). К числу основных выявленных нежелательных явлений относились головная боль(17,9%), повышенная утомляемость (42%), диарея (3,2%), экзантема(0,9%). Выводы: Применение Тенофовира позволяет добиться ремиссии указывая на высокий фармакотерапевтический эффект сохраняя устойчивый биохимический и вирусологический эффект, а также улучшение оценки состояния печени по данным эластометрии. В целом основным путем повышения эффективности терапии пациентов с ХГВ является терапия включающие синтетические аналоги нуклеозидов Тенофовир, которая позволяет преодолеть резистентность к Ламивудину и снизить частоту регистрации нежелательных побочных явлений.

ДИАГНОСТИКА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Мусаев Э., клинический ординатор I курса СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф.- проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. Гайбиев А.А.

Цель исследования: изучить диагностические критерии полиневропатии. Материалы и методы. Было обследовано 2 группы пациентов. Первую группу составляли 20 пациентов (57, 14%) с острыми заболеваниями периферической нервной системы, контрольную группу составили 15 пациентов (42,85%). У всех пациентов было произведено определение антинейрональных антиганглиозидных антител с помощью набора «Ganglioside-Profile 2 EurolineIgMandIgG». Этот набор предназначен для определения антител класса IgM и IgG к ганглиозидам в сыворотке или плазме крови человека методом иммуноблотинга. Принцип метода заключается в том, что тест «Ganglioside-Profile 2 EurolineIgMandIgG» предназначен для качественного определения invitro антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLAв сыворотке и плазме крови человека. Результаты. Установлено, что группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы (ПНС) нами выявлена более высокая частота антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLAIgG – 85,7%,84,3% и 68,3% соответственно. Также обнаружено, что хотя бы один тип антител присутствует у 94,3% пациентов I группы. Показатели частоты выявления антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLAIgG или хотя бы одного типа антител в первой группе достоверно отличались как от показателей второй групп. Повышенная частота выявления антинейрональныхантиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLAIgG или хотя бы одного типа антител в группе пациентов сострыми заболеваниями периферической нервной системыдоказывает высокую диагностическую значимость качественного определения invitro антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLA в сыворотке и плазме крови пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы. По нашим данным частота встречаемости этого же антитела у пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы 25,7%. Антитела к дисиалоганглиозиду GD1b IgG описаны у пациентов с сенсорной невропатией. В группе пациентов сострыми заболеваниями периферической нервной системычастота встречаемости этого антитела 34,3% имеет достоверные различия с частотой встречаемости антител к дисиалоганглиозиду GD1b IgG 10,0% во II группе (P=0,036).антител при синдроме Гийена-Барре. Выводы. Таким образом, нами выявлена повышенная встречаемость антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLAIgG у пациентов с полиневропатии, что может служить новым диагностическим критерием данного аутоиммунного заболевания, что доказывает его генетическую предрасположенность.

ИЗУЧЕНИЕ ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЛАВОНОИДА РУТИН НА МОДЕЛЕ СТРЕССИДУЦИРОВАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Мухаммаджонова Мохира студентка 302-группы лечебного факультета ТМА

Межвузовская научно исследовательская лаборатория, г. Ташкент, Узбекистан.

Кафедра Патологическая Физиология (зав.каф.- проф. Ирискулов Б.У)

Научный руководитель доценты, Цеомашко Н.Е. и Рахманов А.Х, профессор.Ирискулов Б.У.

Актуальность:Современные гастропротекторы обладают рядом побочных эффектов и не всегда проявляют отчетливые клинические эффекты. Исходя из этого представляется актуальным поиск эффективныхгастропротекторов. Есть данные о гастропротекторной, антиоксидантной, капилляропротекторной, противовоспалительной и антигистаминной активности флавоноидов и их гликозидов (патент РФ 2014841, 1994). В этой связи интересно исследовать отечественные гликозидфлавоноидакверцетина – рутозид или рутин, выделенный избутонов японской сафорыSaphorajaponica в ФарМИ МЗ РУз на антиоксидантную и гастропротекторную активности. Материал и методы исследования:Нами была создана экспериментальная модельиммобилизационного стресса у крыс самцов с массой тела 155-180 г.,путем иммобилизацииживотных на специальных дощечках спиной вниз на 24 часа. Опытной группе крыс до моделирования язв в течение 9 дней и за 2 часа до воспроизведения модели патологии вводили внутрижелудочнорутин в дозе 150 мг/кг. Животным в контроле вводили воду. После иммобилизации животных умерщвляли путём декапитации, аликвоты крови брали на определение количества МДА (Конюхова В.С., 1989) и активности каталазы (Королюк М.А., 1988). Результаты: В результате эксперимента установлено, что у крыс подвергнутых иммобилизационному стрессу в течение 24 часа, отмечалось выраженное повреждение слизистой желудка проявляющихся в образовании мелкоточечных, круглых и овальных форм дефектов. Общая поверхность поражения составляет более 10% поверхности желудка. При этом наиболее часто отмечалось наличие мелкоточечных и овальных форм повреждения. В отличие от этого у животных получивших Рутин отмечалось значительное уменьшение площади повреждения слизистой желудка. Примечательно, что последнее проявлялось резким уменьшением как степени, так и площади изъязвления.Кроме того, установлено, что гликозид кверцектина – рутин активирует фермент каталазу и достоверно снижает количество малоновогодиальдегида в опытных группах экспериментальных животных, что позволяет также нейтрализовать негативные факторы иммобилизационного стресса. Выводы:Таким образом,рутозид или рутин, выделенный из бутонов японской сафорыSaphorajaponica в ФарМИ МЗ РУз проявивший себя в наших экспериментах, как хороший гастропротектор и активатор защитных свойств организма в стрессовых ситуациях заслуживает особого внимания и углубленного исследования с целью дальнейшего продвижения его как полифункционального препарата.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙБОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Мухаммадиев А. М. -магистрант 1 курс по специальности терапии.

Кафедра внутренние медицины №4 с гематологией (зав.каф.-д.м.н. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Аралов Н.Р.

Цель работа: Изучить кардиоваскулярных изменений при хронической обструктивной болезни лёгких. Материал и методы исследования: В исследование включили 59 больных ХОБЛ I и III стадии заболевания, средний возраст 54,3±11,7 и продолжительность заболевания 10,1±5,7.Пациенты были разделены на три группы: I группа - 19 больных (32,2%) ХОБЛ I стадии, II - 29 пациента (49,15%) со II стадией, III - 11 пациентов (18,64%) с III стадией болезни. Группу контроля составили 30 здоровых лиц. Диагноз ХОБЛ устанавливался согласно классификации GOLD (2006 г.). Всем больным в стационаре проводились общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи, мокроты), рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, спирография, пульсоксиметрия. Статистическую обработку проводили с помощью программы компьютера Pentum-IV. Вычислялся критерий Стьюдента. Результаты.У больных ХОБЛ без сопутствующей кардиальной патологии при I стадии выявляется небольшая относительная дилятация ПЖ и ПП, диастолическая дисфункции ЛЖ; при II стадии присоединяется диастолическая дисфункция ПЖ, при III стадии формируется гипертрофия ПЖ.ЭКГ-обследование больных ХОБЛ выявило признаки гипертрофии правого желудочка (ГПЖ) у 4,24%, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) - у 45,2%, ЭхоКГ - у 17,6 и 67,5% соответственно. Относительный риск формирования ГПЖ у пациентов с ХОБЛ III стадией оказался в 2 раз выше, чем у больных ХОБЛ I-II стадией. По ЭКГ среди пациентов ХОБЛ гипертрофию ПЖ (ГПЖ) выявили у 1 (3,5%) из 29 больных со II степенью ХОБЛ, у 2 (18,2%) из 11 больных с III степенью ХОБЛ. У больных ХОБЛ с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией отмечалось наличие гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) при II степени -у 45(75,9%), при III степени - у 42 (70,8%), в группе. Заключение. Традиционное ЭКГ-обследование больных ХОБЛ (п = 59) позволило выявить признаки ГПЖ у 4,24% лиц, ГЛЖ - у 45,2%, а ЭхоКГ -ГПЖ у 17,6%, ГЛЖ у 67,5%. Диагностическая значимость данных ЭКГ возрастает при наличии клинических признаков ХОБЛ, но в меньшей степени отражает структурно функциональные изменения сердца относительно ЭхоКГ. В связи с этим, необходимо включить ЭхоКГ в стандарт обследования пациентов с ХОБЛ с целью ранней диагностики и повышения эффективности медицинской помощи данной группе больных.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ О ФАКТОРАХ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Мухаммадсолих Ш.Б.,студет 2 курса, факультета высшего медсестринского дела ТашПМИ

Кафедра ВОП терапии и клинической фармакологии (зав.каф.-д.м.н. Бабаджанов А.С.)

Научный руководитель: асс. Валиева Т.А.

Актуальность. Наиболее актуальной и значимой в данное время является проблема распространенности гипертонической болезни (ГБ) среди населения. Число заболеваний сердечно- сосудистой системы возросло в связи с развитием технического прогресса, способствующего снижению физической активности человека, т.е. гиподинамии, нарушению режима питания и постоянным психоэмоциональным напряжениям. Цель исследования. Целью исследования явилось выявление уровня осведомленности пациентов о наличии факторов риска в возникновении ГБ. Материал и методы. Исследование было проведено среди 22 пациентов имеющих возраст 9% до 40 лет (2 человек); 23% (5) – 40-60 лет; 68% (15) старше 60 лет, получающих стационарное лечение во взрослой клинике ТашПМИ г. Ташкента с диагнозом ГБ. Для решения поставленной цели было проведено ознакомление с историями болезни пациентов, анонимноеанкетирование,которое включило в себя 14 вопросов, позволяющих выявить факторы риска ГБ и проведены антропометрические данные (рост, вес). Результаты и обсуждение. По результатам анонимного анкетирования, на вопрос: «Как давно вас беспокоит высокое артериальное давление?» 36,3% – беспокоит менее 5 лет; 27,2% утверждает на протяжении 5-15 лет; 36,5% утверждает на протяжении 15-25 лет. 81,8% респондентов считают необходимым постоянный прием лекарственных препаратов при ГБ, 18,1% не придерживаются этого мнения. В результате анализа группы вопросов по уровню холестерина и глюкозы в крови стало известно, что лишь 36% респондентов знают данные своих показателей и следят за ними. Выяснилось, что у 18,1% респондентов показатели выше нормы. На вопрос о том, до каких цифр повышается АД: у 27,2% – АД больше 140/90; 22,7% – АД больше 165/90; 22,7% – АД больше 170/100; 18,1% – АД больше 180-190/100; 27,2% – АД больше 200/100. Исходя, из показателей роста и веса были выведены разные категории ИМТ (Индекса массы тела). Пациенты, у которых имеется избыток массы тела, больше всего подвержены высоким показателям АД. Нормальный ИМТ – у 18,1%, избыточная масса тела – у 27,2%, I степень ожирения – имеют 36,3%, II степень ожирения – имеют 4,5%, III степень ожирения - имеют 13,6%. При проведении анкетирования пациентов оценивался дефицит знаний респондентов о факторах риска, влияющих на развитие заболевания. Исследование показало, что только 22% информированы о всех факторах риска, влияющих на развитие ГБ. Выводы.Таким образом, в ходе исследования выявлена низкая осведомленность населения о факторах риска ГБ.Недостаточная информированность населения о факторах риска ГБ и связанных с ней осложнениях приводит к недооценке рисков для жизни этого заболевания и, как следствие, к низкой обращаемости за медицинской помощью на ранних стадиях болезни. Следовательно, необходимо регулярно проводить мероприятия среди населения по раннему выявлению первичной и вторичной профилактике ГБ. Данные мероприятия включают в себя коррекцию факторов риска, что в свою очередь, препятствует повышению АД, а это способствует снижению заболеваемости и распространённости ГБ.

РОЛЬ И МЕСТО СЛОВЕСНОГО ДИАЛОГА В ПРОЦЕССЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ В ОБЩЕНИИ С БОЛЬНЫМИ

Мухаммедова Ф.М. студентка 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней СамГосМИ (зав. кафедрой – доцент Ярмухаммедова С.Х.)

Научный руководитель: доцент Самиев У.Б.

Актуальность: Передача информации в процессе общения осуществляется как с помощью слов, т.е. вербально, так и без слов. Для практической деятельности врача характерна и очень важна своя специфика вербального (словесного) общения. В процессе общения врач должен всегда помнить о том, что больным нужно говорить краткие, ясные понятные слова. Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения коммуникативных барьеров. В данном случае можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации у врача. Цель исследования: В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение разновидностей коммуникабельных барьеров в общении с больными и пути их преодоления. Материалы и методы исследования: Нами в процессе общения с больными кардиологического отделения 1-клиники СаММИ (48 пациентов)было изучено наличие тех или иных коммуникационных барьеров и оценка роли словесного диалога в пути преодоления этих барьеров. Результаты: На сегодняшний день выделяют барьеры фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений. Принято выделять два типа коммуникативного воздействия – авторитарный и диалогический, различающиеся характером психологической установки, возникающей у «говорящего» по отношению к «слушающему».В большинстве случаев установка не осознается автором сообщения, однако определяет стиль его коммуникативного воздействия. В случае авторитарного воздействия это – позиция «сверху», в случае диалогического – «рядом». Как врач, так и пациент могут занимать в диалоге позиции «сверху», «рядом», «снизу» - это зависит от типа лечебного учреждения, взаимоотношений медицинского персонала между собой, индивидуальных особенностей общающихся. При авторитарном воздействии «говорящий» предполагает подчиненное положение «слушающего», воспринимает его как пассивный объект воздействия, без учета его особенностей. Например, врач в данном случае полагает, что пациент должен внимать и некритически впитывать информацию, что у пациента нет устойчивого мнения по определенному вопросу, а если и есть, он может изменить его в нужном врачу направлении. Манипулирование пациентом в процессе передачи информации, с одной стороны, противоречит принципам и этическим нормам но, с другой стороны, является основной формой воздействия на пациента в наших

лечебно-профилактических учреждениях. Так каким же образом врач может стремиться к достижению взаимопонимания в беседе с пациентом? В данном контексте особое значение приобретает первая встреча врача с пациентом, результат которой зависит от ее установки на достижение взаимопонимания. Именно принятый врачом при первой встрече стиль общения в дальнейшем определит конструктивность общения в целом. Вывод: Таким образом, преодоление так называемых коммуникативных барьеров имеет важное значение в процессе общения с больным и врач в своей работе должен учитывать возможность наличия этих барьеров в процессе общения с больными.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мухтарова З. студентка лечебного факультета 406 группы

Кафедра: Внутренние болезни №1 и фтизиатрия.

Научный руководитель ассистент Саидова М.А.

Цель работы: Изучить особенности клиники и диагностики туберкулезного менингита в современных условиях. Материалы и методы исследования: Проанализированы результаты обследования и лечения 29 больных туберкулезным менингитом, находящихся на стационарном лечение в Самаркандском Областном противотуберкулезном диспансере за 3 года. Для определения особенности туберкулезного менингита были изучены медико-социальная и клинико-эпидемиологическая характеристики, проанализированы данные лабораторных и инструментальных исследований: бактериологических (бактериоскопия ликвора и мокроты), молекулярно-генетических -G-xpert (ликвор) и рентгенологических, исследований органов грудной клетки. Результаты исследования: Установлено что туберкулезным менингитом часто болели лица молодого и среднего возраста, в возрасте 31-40 лет было половина больных-51,2%, от 20-30 лет -29,3% больных, от 41-50 лет -19,5%,т.е все лица трудоспособного возраста. В большинстве случаев туберкулезный менингит был вторичным заболеванием (91,0%),при этом в структуре клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких-50,3%,острый диссеменированный туберкулез (милиарный)встречался 45,1%, фиброзно-кавернозный-4,6%. Большая часть больных (75%) были множественной лекарственной устойчивостью определен у бактериовыделителей.Особую тревогу вызывает факт высокой летальности, которая составляет 72,8%. Выводы: Таким образом, в современных условиях туберкулезный менингит встречается часто у лиц трудоспособного возраста от 20 до 50 лет. Трудность своевременной диагностики заключается в стертости характерных изменений спинномозговой жидкости у больных получивших препараты из группы фторхинолонов. Высокой диагностической ценностью постановки туберкулезного менингита обладает современный молекулярно-генетический метод G-xpert, позволяющий в течение 2 часов обнаружить микобактерии туберкулеза.

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ СТРЕСС-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В «ЦЕНТР ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ».

Наговицына Е.А., аспирант кафедры нормальная физиология ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф.-д.м.н., профессор Исакова Л.С.)

Научный руководитель д.м.н., доцент Васильева Н.Н.

Введение:Люди с ограниченными возможностями здоровья - одна из социально уязвимых групп населения, так же это относится и к вопросам трудовой занятости данной категории граждан. К трудоустройству инвалида необходимо подходить комплексно, недостаточно сопоставить его образование с открытой вакансией в списке работодателей, как зачастую это происходит в центрах занятости населения, человека нужно подготовить к трудовой деятельности, особенно тех, кто недавно получил инвалидность и тех, у кого это первая работа. Так же определить психологическую и соматическую готовность к работе, дать квалифицированные врачебные рекомендациипо подбору профессии, исходя из полученной травмы или заболевания так, чтобы труд реабилитировал инвалида. Цель работы:Изучить физическое состояние и уровень стресс-чувствительностиу лиц с ограниченными возможностями здоровья при поступлении в «Центр трудовой реабилитации и абилитации». Материалы и методы исследования:Нами было обследовано 35 человек с ограниченными возможностями здоровья при поступлении в «Центр трудовой реабилитации и абилитации» («ЦТРА»)в возрасте 19-56 лет.На основе следующих показателей: частота пульса,уровень артериального давления в покое, масса тела и рост, былопределен уровень физического состояния по Е.А. Пироговой. По данным анкетирования определялистресс-чувствительность данной категории людей. Обработку полученных данных осуществляли с использованием пакета стандартных статистических методов программы «Microsoft Excel 2010». Результаты:При подсчете уровня физического состояния мы получили следующие результаты: среднее значение данного показателя у мужчин составил 0,589, что оценивается как средний уровень физического состояния. У женщин показатель физического состояния составил 0,487, что расценивается как уровень выше среднего. Таким образом, большинство респондентов (26%) имели средний уровень физического состояния, выше и ниже среднего - по 23% каждый. Высокий уровень физического состояния наблюдался у 14% обследуемых, низкий уровень физического состояния так же был обнаружен у 14% данной категории граждан. При анализе теста на стресс-чувствительность, в котором предлагалось оценить по 10-бальной шкале вклад отдельных проблем в общую картину стресса, было выявлено, что большинство респондентовимеют нормальную чувствительность к стрессу (55%), однако у достаточно большого процента обследуемых (45%) чувствительность к стрессу повышенная. Устойчивых к стрессу людей среди данной группы нет. Среднее значение стресс-чувствительности составило 74 балла, что соответствует значению нормы. Выводы: 1. В результате проведенного исследования было выявлено, что уровень физического состояния и уровень стресс-чувствительности у людей с ограниченными возможностями здоровья, поступающих в «ЦТРА»,находятся на среднем уровне, однако имеется большой процент стресс-чувствительных граждан среди данной группы людей. 2. Изучение физического состояния и уровнястресс-чувствительности у лиц с ограниченными возможностями здоровья при поступлении в «ЦТРА» необходимо для определения уровня нагрузки, режима трудовой деятельности и последующего мониторирования данных показателей.

КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЛЕНЭКТОМИИ

Назаров Н.Н. Студент 401 группы медико – педагогического факультета ТМА

Кафедра гематологии,трансфузиологии и лабораторного дела (зав.каф. д.м.н. Саидов А.Б.)

Научный руководитель д.м.н. Сулейманова Д.Н.

Актуальность. Талассемия - редкое наследственное заболевание крови, характеризующееся нарушением образования гемоглобина. Заболевание относится к группе наследственных гемолитических анемий. Основным проявлением талассемии является гемолиз – ускоренная гибель эритроцитов, основным осложнением является развитие гемосидероза внутренних органов при отсутствии хелаторной терапии и профилактики гемосидероза. Наиболее часто талассемия встречается в таких регионах Земли, как Средиземноморье, Аравийский полуостров, Турция, Иран, Индия и Юго-Восточная Азия. Республика Узбекистан также входит в «пояс талассемии».В Республике Узбекистан в настоящее время на учете состоит 184 больных с талассемией, которые с 2015 года по настоящее время получают бесплатно препарат «Эксиджад» для хелаторной терапии, что позволяет продлить жизнь пациентов до пожилого возраста.. Наибольшее число больных зарегистрировано в Сурхандарьинской области, Кашкадарьинской, Самаркандской, Бухарской, где распространены родственные браки.Меньше всего больных в Республике Каракалпакстан, Ферганской долине, где родственные браки встречаются редко. Многим пациентам была проведена спленэктомия по соответствующим показаниям. Изучение влияния спленэктомии на клинико –лабораторные показатели пациентов с талассемией в Узбекистане ранее не проводилось. Цель исследования - изучить некоторые клинико-лабораторные показатели у больных с талассемией в зависимости от спленэктомии. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с талассемией из клиники НИИГиПК за 2018 г. Из них 21 мужского пола, 19 женского, возраст которых составил от 1 года до 27 лет. Изучены показатели периферической крови, исследованные на современном гематологическом анализаторе, биохимические показатели

функции печени, исследованные на биохимическом анализаторе, показатели печени и селезенки по данным УЗИ. Проведена сравнительная оценка результатов исследований в зависимости от спленэктомии. Результаты и обсуждение. Оценка размеров печени в зависимости от спленэктомии показала, что в группе пациентов, у которых проведена спленэктомия, размеры печени были увеличены в среднем на 2,62±0,22 см, у пациентов без спленэктомии эти показатели составили 1,85±0,15, разница достоверна. Таким образом, спленэктомия не способствовала снижению размеров печени. В результате исследования показатели периферической крови (уровень гемоглобина, число эритроцитов и др.), непрямого билирубина, общего белка крови в обеих группах достоверно не отличаются, однако, число лейкоцитов, АЛТ, АСТ достоверно выше в группе пациентов со спленэктомией. Выводы 1.У больных со спленэктомией показатели АЛТ, АСТ и количество лейкоцитов достоверно выше по сравнению с больными без спленэктомии. 2. У больных со спленэктомией размеры печени увеличены достоверно выше, чем у больных без спленэктомии. 3. Спленэктомия не улучшает функции печени, а наоборот, показатели функции печени имеют негативную динамику после спленэктомии.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЛЕНЭКТОМИИ

Назаров Н.Н., Усманов Ш.А. студенты IV курса 401 группы медико – педагогического факультета ТМА

Кафедра гематологии,трансфузиологии и лабораторного дела – заведующий кафедры д.м.н. Саидов А.Б.

Научный руководитель д.м.н. Сулейманова Д.Н.

Актуальность. Талассемия - редкое наследственное заболевание крови, характеризующееся нарушением образования гемоглобина. Заболевание относится к группе наследственных гемолитических анемий. Основным проявлением талассемии является гемолиз – ускоренная гибель эритроцитов, основным осложнением является развитие гемосидероза внутренних органов при отсутствии хелаторной терапии и профилактики гемосидероза. Наиболее часто талассемия встречается в таких регионах Земли, как Средиземноморье, Аравийский полуостров, Турция, Иран, Индия и Юго-Восточная Азия. Республика Узбекистан также входит в «пояс талассемии». В Республике Узбекистан в настоящее время на учете состоит 184 больных с талассемией, которые с 2015 года по настоящее время получают бесплатно препарат «Эксиджад» для хелаторной терапии, что позволяет продлить жизнь пациентов до пожилого возраста.. Наибольшее число больных зарегистрировано в Сурхандарьинской области, Кашкадарьинской, Самаркандской, Бухарской, где распространены родственные браки.Меньше всего больных в Республике Каракалпакстан, Ферганской долине, где родственные браки встречаются редко. Многим пациентам была проведена спленэктомия по соответствующим показаниям. Изучение влияния спленэктомии на клинико –лабораторные показатели пациентов с талассемией в Узбекистане ранее не проводилось. Цель исследования - изучить некоторые клинико-лабораторные показатели у больных с талассемией в зависимости от спленэктомии. Задачи исследования: 1. В зависимости от спленэктомии изучить размеры печени по данным УЗИ. 2. Изучить влияние спленэктомии на показатели периферической крови. 3. Изучить влияние спленэктомии на некоторые биохимические показатели функции печени у больных талассемией. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с талассемией из клиники НИИГиПК за 2018 г. Из них 21 мужского пола, 19 женского, возраст которых составил от 1 года до 27 лет. Изучены показатели периферической крови, исследованные на современном гематологическом анализаторе, биохимические показатели функции печени, исследованные на биохимическом анализаторе, показатели печени и селезенки по данным УЗИ. Проведена сравнительная оценка результатов исследований в зависимости от спленэктомии. Результаты и обсуждение. Оценка размеров печени в зависимости от спленэктомии показала, что в группе пациентов, у которых проведена спленэктомия, размеры печени были увеличены в среднем на 2,62±0,22 см, у пациентов без спленэктомии эти показатели составили 1,85±0,15, разница достоверна. Таким образом, спленэктомия не способствовала снижению размеров печени. Выводы 1.У больных со спленэктомией показатели АЛТ, АСТ и количество лейкоцитов достоверно выше по сравнению с больными без спленэктомии. 2. У больных со спленэктомией размеры печени увеличены достоверно выше, чем у больных без спленэктомии. 3. Спленэктомия не улучшает функции печени, а наоборот, показатели функции печени имеют негативную динамику после спленэктомии.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ РУССКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Назарова С., студентка 101группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра педагогики и психологии, русского и узбекского языков (зав.кафедрой Каршибаева У.Д.)

Научный руководитель: ст.преп. Игамова И.С.

Русский язык – это не только язык Пушкина, Достоевского, Толстого –это язык величайшей культуры и цивилизации. Цель работы: Обучение русскому языку как неродному требует уделять больше внимания, потому что современный врач должен уметь построить любое монологическое высказывание в устной и письменной форме в зависимости от адресата. Краткое описание. Русский язык выступает в качестве реального общения, формирования экономического, культурного, информационного сфер. Владение русским языком, наряду с другими мировыми языками является одним из условий подготовки высококвалифицированных специалистов. Особенно знание русского языка играет важную роль для будущих медиков. Обучение русскому языку в нашем институте организовано так, что студенты с первых дней обучения осознают необходимость знания русского языка в овладении специальностей терапевта, педиатра или же узких специалистов. Обучение языка мы начали с вводного курса «Моя семья», «Автобиография», «Моя Родина». Грамматический материал мы тоже получаем в доступной форме на занятиях, а также в системе электронного обучения нашего института moodle.sammi.uz, где в очень доступной форме имеются и грамматический материал, и тексты связанные с анатомией человека, и упражнения к темам, а также тестовые вопросы, которые мы решаем с удовольствием. На первом этапе обучения языку специальности в основном ведется лексическая работа по медицинской терминологии, которая делится на группы: а) анатомические термины; б) клинические термины; в) фармакологические термины. Помимо грамматических правил русского языка, мы ведем работу с текстами по специальности, которые содержат интересные познавательные сведения и являются доступными для понимания. Специальные учебные тексты, которыми мы пользуемся представляют собой комплекс лексико-грамматического материала: связанный текст, в котором содержатся, изучаемые грамматические конструкции, перевод слов и словосочетаний, задания и вопросы к тексту. Выводы. Таким образом, такая работа позволит студентам осознать необходимость изучения материала и дает возможность стимулировать речевую деятельность обучающихся на русском языке.

ВИТАМИНИЗАЦИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОВИТАМИНОЗОВ

Наимов С. А. студент 2 курса 201-группыфакультет высшего сестренскогодела

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав.каф.-Ph.D. Аминов З.З.)

Научный руководитель:ассистент Баратова Р.Ш.

Недостаточное поступление витаминов в организм является тем фактором, который неблагоприятно влияет на здоровье, рост, развитие и жизнеспособность населения. Дефицит витаминов в детском и юношеском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости, способствует постепенному развитию обменных нарушений, хронических заболеваний и в конечном итоге препятствует формированию здорового поколения. Неблагоприятное влияние недостаток витаминов оказывает и на здоровье трудоспособного населения. В настоящее время профилактика витаминной недостаточности является важной задачей здравоохранения и общества в целом. А витаминизация продуктов питания – это неотъемлемая часть профилактики гиповитаминозов. Цель исслепования: Анализ современных аспектов витаминизации пищевых продуктов массового потребления, используемых в повседневном питании. Материалы и методы:Проведен обзор 25источников литературы. Глубина научного поиска – последние 3 лет. Результаты:Основными группами продуктов питания для обогащения витаминами являются: 1) мука и хлебобулочные изделия – витамины группы В; 2) молочные продукты – витамины А, D, E, C; 3) фруктовые соки – все витамины, кроме А, D. Витаминизация муки

высшего и первого сортов, хлеба осуществляется путем ввода синтетических витаминов группы В (В1, В2 и РР). Эти витамины содержатся в зерне, но при переработке зерна в муку (особенно тонкого помола) они остаются в отрубях. Ржаная мука витаминизируется витаминами В1 (0,4 мг на 100 г муки), РР (3 мг на 100 г муки). Для хлебобулочных изделий профилактического назначения в рецептуры включаются повышенные дозы витаминов В1, В2 и РР, а также эти изделия обогащаются витамином В6. Для производства хлебобулочных изделий повышенной витаминной ценности используется обогащение их бета-каротином. Это один из наиболее распространенных природных пигментов, используемый организмом в качестве провитамина для образования витамина А. Восполнение недостаточного потребления каротина путём обогащения им продуктов питания, в том числе хлебобулочных изделий, способствует повышению иммунитета, снижению риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, гастрита, язвенной болезни, уменьшению отрицательных последствий радиации.Принимая во внимание важную роль молока и молочных продуктов в питании детского и взрослого населения, наиболее перспективным способом витаминизации молока признано добавление сбалансированных стабильных поливитаминных комплексов.Соотношение витаминов в поливитаминных комплексах строго соответствует потребностям в них организма человека и учитывает особенности структуры питания и обеспеченности витаминами детского и взрослого населения. Выводы: Витаминизация позволяет повысить качество продуктов питания, восполнить потери витаминов в ходе приготовления пищи, способствует сохранению здоровья человека, повышает его работоспособность. Таким образом, она является эффективным и незаменимым способом профилактики витаминной недостаточности.

ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Нарзуллаева Д.А. резидент магистратуры 3 курса, Рузиева К.А.,студентка 407 группы стоматологического факултета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н.Каримова Н.А.

Цель исследования: Установить основные клинические аспекты развития нарушений фосфорно-кальциевого обмена у больных сахарным диабетом 1 типа с диабетической нефропатией в зависимости от функционального состояния почек. Задачи исследования: Определить частоту, структуру нарушений и динамику изменений показателей фосфорно-кальциевого обмена у больных сахарным диабетом 1 типа с диабетической нефропатией в зависимости от функционального состояния почек. Материал и методы исследования: Исследование было одно центровым, поперечным, соответствующим требованиям Самаркандской областной Эндокринологического диспансере. В исследование включались больные, возраст которых составил 18 лет и старше. Медиана (Ме) возраста – 34 года. Подавляющее большинство больных (46%) были молодого возраста – от 18 до 30 лет; на долю лиц зрелого возраста (старше 50 лет) пришлось 14,9% Длительность сахарного диабета (СД) в группе обследованных составила от 1 месяца (впервые диагностированный) до 45 лет. Медиана (Ме) длительности СД – 12 лет. Практически треть больных (28,5%) имела длительность заболевания менее 5 лет, 11,9% больных – более 25 лет. Диабетическая нефропатия (ДН)была диагностирована у 43% (n = 40) больных, которые составили основную клиническую группу. В зависимости от стадии диабетической нефропати ДН больные были распределены следующим образом: стадия микроальбуминурия (МАУ) хронической болезнью почек (ХБП 1, 2, 3 или 4 стадии) – 26,7% (n = 20), стадия протеинурия (ПУ) (ХБП 1, 2, 3 или 4 стадии) – 36,5% (n = 5), ХБП 5 стадии (заместительная почечная терапия) – 16,8% (n = 10). Стадия микроальбуминурия (МАУ) диагностировалась при повышении концентрации альбумина в моче до 300 мг/сут; стадия протеинурия (ПУ) – при повышении концентрации альбумина в моче > 300 мг/сут или при появлении стойкой протеинурия (ПУ); хронической болезнью почек ХБП 5 стадии – при выраженном снижении почечной функции (СКФ < 15 мл/мин / 1,73 м2) и начале заместительной почечной терапии. Распре деление больных с диабетической нефропатией ДН (ДН(+)) по стадиям хронической болезнью почек. Нарушений функции почек (ДН(–)) не имели 45% (n = 35) больных, которые составили группу клинического сравнения. Результаты: При изучении показателей больных двух групп установлено, что они не различались по возрасту: Ме возраста в группе ДН(–) – 31,5 года [24; 45], в группе ДН(+) – 35 лет [24; 43] (p> 0,05). В то же время длительность сахарного диабета СД статистически значимо различалась: Ме длительности сахарного диабета СД в группе диабетической нефропатии ДН(–) – 6 лет [2; 14], в группе ДН(+) – 16 лет [12; 23] (p< 0,05). Тяжесть анемии устанавливалась в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1968): анемия легкой степени тяжести – при уровне Hb> 90 г/л; анемия средней степени тяжести – при уровне Hb 90–70 г/л; анемия тяжелой степени – при уровне Hb< 70 г/л. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле I = m :l2 (m – масса тела в кг, l – рост в м) и выражался в кг/м2. Вывод: У больных сахарным диабетом 1типа с диабетической нефропатией наибольшая частота нарушений фосфорно-кальциевого обмена ввиде гиперфосфатемии наблюдается на 4 и 5 стадиях хронической болезни почек(37,5%и82,4%) и ввиде гипокальциемии на 5стадии хронической болезни почек(47,1%). Данные изменения фосфорно-кальциевого обмена, характерные для почечной недостаточности, развиваются вследующей последовательности: на 4 стадии хронической болезни почек повышение уровня фосфора в крови, на 5 стадии хронической болезни почек–снижение уровня кальция в крови.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нариманова З.,клинический ординатор 2 курс

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринологии СамМИ. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Курбонова Н.С.

Цель: изучить влияние препарата ТАД у больных сахарным диабетом 2 типа осложненного жировым гепатозом. Материалы и методы: проведено обследование 30 больных сахарным диабетом 2 типа осложненного жировым гепатозом, средний возраст – 55,5±10,5 лет; женщин – 17 (78,8%), мужчин 13 средний возраст – 55,3±9,5 лет. Методом иммуноферментного анализа больным проводилось исследование на аппарате “Beckman”, где определяли основные показатели липидограммы (общий холестерин, липопротеиды очень низкой плотности, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды, коэффициент атерогенности). По данным УЗИ диагностировали жировой гепатоз. Больные были переведены на инсулинотерапию. В комплексную терапию включали препарат ТАД в качестве антиоксиданта. Результаты: По данным обследования больные были разделены на две группы: 1 группа –получала комплексную стантартную терапию (13больных или 45%) и 2 группа - (17 больных, или 56,6%).получала дополнительно ТАД в/в 600мг внутривенно 10 дней Учитывая разницу при анализе показателей липидограммы было выявлено, что практически все параметры были статистически значительно ниже, у больных 2 ой группы чем у 1ой группы. Медиана общего холестерина во второй группе составила 4,5 ммоль/л, в первой – 5,0 ммоль/л (p=0,007). Медиана содержания триглицеридов – 1,3 и 2,3 ммоль/л (p=0,002); липопротеиды низкой плотности – 2,2 и 3,1 ммоль/л (p=0,002); липопротеиды очень низкой плотности – 0,6 и 1,3 ммоль/л (p=0,044); коэффициент атерогенности – 2,5 и 3,9 (p=0,018). Причем уровень липопротеидов высокой плотности был одинаков у больных обеих групп - 1,3 (1,0-1,5) ммоль/л. Выводы: Таким образом полученные результаты свидетельствуют об эффективности антиоксидантной терапии в лечении жирового гепатоза у больных сахарным диабетом 2 типа использование ТАД восстанавливает нарушение функционального состояния печени и липидном метаболизме.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Насимова Ш.К., студентка 204 группы факультета ВСД, ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: к.м.н. Шарипова Ф.К.

Актуальность: по оценкам зарубежных исследователей риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10% популяции, разработчики виртуальных игр в погоне за баснословными прибылями не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, создавая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров. Цель исследования: изучить биопсихосоциальные факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекции поведенческих нарушений данного контингента населения. Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов

и интернет-кафе в возрасте от 12 до 17 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования компьютерной интернет-аддикции. Результаты и их обсуждения: основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем опроса среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. Анализ полученных данных установил лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 4 подростков (5%). Выводы: проведённое исследование установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, из психологических факторов выявило склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и развития зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ с целью формирования гармонично развитой личности.

СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ИБС В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИОКСИДАНТАМИ

Насирдинов Н., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Юлдашева Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью работы явилось изучение нарушения активности симпатико-адреналовой системы (САС) по уровню суточной экскреции КА и активности моноаминоксидазы (МАО) у пожилых больных ИБС. Материалы и методы исследования: Обследовано 45 больных ИБС и 20 клинически здоровых лиц (группа контроля). У обследованных собиралась суточная моча для исследования коньгированного, свободного и суммарного адреналина, норадреналина, дофамина и предшественника их ДОФА флуометрическим методом. Результаты и обсуждения исследования: У больных ИБС отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля (P<0,001). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС было достоверно уменьшено на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля (P<0,001). Параллельно было отмечено уменьшение дофамина (ДА) у больных ИБС на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля (P<0,001). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза) (P<0,01). Отмечалось снижение активности МАО у больных ИБС (0,03±0,001 ед/экст, P<0,01). Данные исследования говорят о суммации патогенетических звеньев. С этой целью в терапию включена антиоксиданты. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение А на 48,1%, НА - на 51,2%, ДА - на 70,5%, ДОФА - на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составили 0,07 ед/экст. Заключения: Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС, можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией данной категории больных.

ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Насирова А.А., Курбанова З.П., Ибадова О.А.

Кафедра внутренних болезни №3 и эндокринологии СамМИ (зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Цель работы: Оптимизировать роль лекарственных средств, при лечении бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в реальной клинической практике. Материалы и методы исследования: Обследовано на базе ЦБ ГМО города Самарканд в отделении аллергологии и пульмонологии было проведено анкетирование 46 врачей для определения приверженности врачей к назначению современных лекарственных средств (ЛС) в соответствии с международными и национальными рекомендациями по фармакотерапии БА и ХОБЛ. Результаты: Установлено, что при оценке приверженности врачей к назначению разных групп противоастматических препаратов выяснилось, что 64% терапевтов ГМО рекомендуют использование комбинированные ЛС (салметерол+флутиказонапропионат) для базисной терапии БА. При этом в большинстве (53%) случаев врачи-терапевты назначают препараты этой группы. 37% опрошенных считают основными ЛС группу м-холиноблокаторов (ипратропиум бромид), В2-агонистов длительного действия (форматерол) и их комбинацию (ипратропиумбромид+форматерол). Более 63% врачей считают необходимым назначение таблетированных бронходилататоров (теопек, теотард). В качестве вспомогательной терапии все респонденты отметили возможным применение муколитических средств в комплексной терапии заболевания. Среди антибактериальных препаратов врачи отдают предпочтение цефалоспоринам III поколения, фторхинолонам (преимущественно ципрофлоксацин), макролидам (азитромицин, кларитромицин). При оценке структуры потребления ЛС больными ХОБЛ выявлено, что наиболее востребованными являются пролонгированные формы теофиллина (теопек/ теотард); на втором месте - муколитические средства (амброксол, бромгексин). М-холиноблокаторы, B_2- агонисты длительного действия и их комбинация занимают третье место в структуре потребления ЛС. Следует отметить, что комбинированные ЛС (салметерол+флутиказонапропионат) приобретают не менее 20% больных ХОБЛ. Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о выявленных различиях в приоритетах использования лекарственных средств терапевтами лечебно-профилактических учреждений разного уровня при фармакотерапии БА и ХОБЛ. При этом одним из определяющих аспектов в предпочтении промежуточных и конечных потребителей лекарственной помощи является экономическая доступность лекарственных средств. Вместе с тем полученные результаты диктуют необходимость проведения образовательных программ среди врачей и больных с последующей обратной связью относительно тактики лечения БА и ХОБЛ.

РОЛЬ УРИКОЗУРИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ОКС С БЕССИМТПОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Насырова З.А., Нажмиддинова Н.К. докторант по специальности кардиологии,

Курбанова Ю.Ю., Алиева Н. К., резиденты магистратуры по специальности кардиология

Насырова Д.А. студентка 306 группы медико –педагогического факультета

Кафедра внутренние болезни №2 (зав.каф.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования: изучить роль урикозурических препаратов на течение острого коронарного синдрома. Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в Самаркандском Филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи в отделениях экстренной терапии и соматической реанимации. В исследование были включены 134 больных ОКС с повышенным уровнем мочевой кислоты (выше 410 ммоль/л) с трансформацией в прогрессирующую стенокардию напряжения - 39 больных, что составило (29,1%), 47 больных ОИМ с ST(35,1%), 48 – ОИМ без ST(35,8%). Среди больных преобладал мужской пол (70 мужчин и 64 женщин; средний возраст 50,82±12,01 года). Больные методом случайной

выборки были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 67 (50%) пациентов, которым проводилась общепринятая традиционная терапия (ТрТ). Во 2-ю группу включены тоже 67 (50%) больных, которые помимо традиционного лечения получали препарат фебуксостат по 0,08-0,16 г/сут. Длительность наблюдения – 3 месяца. Традиционная терапия включало в себя внутривенную инфузию нитратов в течение 12-24 часов, затем пролонгированные нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты, антикоагулянты, статины. Результаты: Проведенные исследования показали, что после 3-месячной традиционной терапии (1-я гр.) и лечения с включением фебуксостата (2-я гр.) регистрировались однонаправленные изменения биохимических параметров в крови больных с ОКС. При этом наиболее заметные изменения происходили у больных 2-й группы. У пациентов 1-й группы к концу лечения уровень МК, КН, глюкозы, мочевины и СКФ, а также содержание $ХС_{общ}$ и ТГ существенно не изменились. У пациентов 2-й группы уровень МК снизился на 22,5% (P<0,001), КН – на 4,6% (P>0,05), глюкозы – на 11,3% (P>0,05), показатель СКФ – на 13,7% (P<0,05), содержание мочевины повысилось на 26,7% (P<0,01), а $ХС_{общ}$ и ТГ снизилось на 14,9 и 12,9% (P<0,05). В мембранах эритроцитов повышался уровень NO на 7,3% (P>0,05), активность NOS – на 20,5% (P<0,01), снижалась активность НР – на 21,0% (P<0,001), $ONOO^-$ – на 16,7%, а скорость реакции СОД повысилась на 48,6% (P<0,05). Следует подчеркнуть, что у больных 1-й группы все показатели азотисто-углеводно-холестеринового обмена, а также большинство параметров NO-системы после 3-х месяцев терапии практически не отличались от исходных цифр. У пациентов 2-й группы существенно различались практически все показатели. Выводы: Таким образом, проведенные исследования показали, что повышенный уровень МК у больных ишемической болезнью сердца способствует ухудшению общего состояния больного, что влияет на прогноз и исход заболевания. Включение в схему общепринятой терапии фебуксостата снижает уровень МК, повышает эффективность терапии, снижает показатель неблагоприятного прогноза и исхода у больных с бессимптомной ГУ.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Насырова З.А., Рофеев Ж., Юнусзода М. (клинические ординаторы 1-года обучения по специальности «Терапия»)

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (директор д.м.н. Тиляков А.Б.)

Научный руководитель д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования: изучить особенности нарушение функции печени у больных нестабильной стенокардией с повышенным уровнем мочевой кислоты в крови. Материалы исследования: исследование проведено у 114 больных с НС, поступивших в 2016-2018 гг. в отделение соматической реанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП впервые 2-6 ч от начала ангинозных приступов. Особое внимание обращали на связь уровня МК в крови с тяжестью клинического течения НС. Результаты исследования: у больных с НС до проведения интенсивной терапии с умеренно высоким содержанием МК уровень креатинина (КН) в сыворотке крови превышал контроль на 14,2% (P<0,05), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 12,0%, глюкозы – соответственно на 17,0 (P<0,05) и 38,5 (P<0,001)%, на фоне снижения концентрации мочевины – на 18,8 и 17,9% (P<0,01) и увеличения количества СКФ – на 8,3 (P<0,05) и 27,0% (P<0,01). У больных с чрезмерно высоким содержанием МК активность АСТ и АЛТ превышала контроль на 108,6 и 88,6% (P<0,001), уровень билирубина (общий и прямой) и ЩФ – на 94,2, 118,2 и 62,9% (P<0,001), содержание общего белка снизилось на 22,0% (P<0,02), ОХ и ЛПНП увеличилось на 32,3 и 60,1% (P<0,001), а ЛПВП снизилось на 36,6% (P<0,001), на фоне уменьшения протромбинового индекса на 19,8% (P<0,05) и увеличения показателя тимоловой пробы на 93,5%. Изменения уровня кардиоспецифических ферментов крови МВ КФК также были связаны с различным уровнем МК в крови. Так, у больных с умеренно высоким содержанием МК активность КФК и МВ КФК превышала контроль на 21,8 и 15,2% (P<0,05 и P>0,05), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 37,9 и 85,3%. Действительно, у больных с НС с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечаются более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с НС ФВЛЖ составила 38,8±1,20%, КДИ – 65,5±2,42 мл/м^2, КСИ – 33,6±2,21 мл/м^2. Выводы: таким образом, необходимо отметить, что наиболее выраженные изменения изучаемых показателей отмечались у больных с чрезмерно высоким содержанием МК. Следовательно, глубина нарушений функций печени у больных с НС зависит от уровня МК в крови и обусловлена, по-видимому, сочетанием элементов циркуляторной и тканевой гипоксии, что существенно увеличивает риск развития рецидива НС, острой левожелудочковой недостаточности. Полученные данные обосновывает необходимость использования в этот период заболевания гепатопротекторов и урикодепрессантов.

РОЛЬ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Насырова З.А., докторант по специальности кардиологии, Насырова Д.А., студентка 306 группы медико –педагогического факультета,

Мирмухаммедов Н. Д. студент 425 группы лечебного факультета

Кафедра внутренние болезни №2(зав.каф.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: изучить влияние депрессивного синдрома на уровень цитокинов при нестабильной стенокардии. Материалы и методы исследования: в Самаркандском Филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи было обследовано 123 больных (70 мужчины и 53 женщина) в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 57,64±10,76 года), страдающих нестабильными формами ИБС. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилось тестирование по госпитальной шкале HADS по шкале Спилбергу –Ханина. Взятие крови производилось натощак, между 8 и 9 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков с помощью прибора BioPlex (фирма BioRad, США), для определения IL-1β, IL-4, IL-10 и TNFα. На основании полученных данных по шкалам HADS и Спилберга –Ханина все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составило 56 больных ИБС с клинически значимыми тревожно - депрессивными нарушениями, вторую – группу сравнения – 47 больных ИБС без депрессивного синдрома. Результаты: анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у больных ИБС в сочетании с депрессивным синдромом уровни IL-4 и TNFα были выше, чем в контрольной группе сравнения ИБС без нарушений настроения и эти различия были статистически достоверными (p < 0,05). Различие по уровню IL-1β было статистически недостоверным. Кроме того, были определены уровни цитокинов в группах больных ИБС, страдающих изолированными депрессивными, изолированными тревожными расстройствами и тревожной депрессией, в сравнении с группой контроля. В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-4. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-4 и TNFα. В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNFα. Различия уровней цитокинов между подгруппами были статистически недостоверными. Эти комбинированные эффекты стрессорных факторов и гиперпродукции цитокинов на эндотелий сосудов, тромбоциты и липопротеиды могут вести к развитию атеросклероза и ИБС. Выводы:Таким образом, при сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия аффективных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-4 и TNFα у лиц с коморбидной патологией.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Насырова Д.А. студентка 306 группы медико –педагогического факультета,

Насырова З.А. докторант по специальности кардиологии, Кадырова Ф.Ш. резидент магистратуры,

Кафедра внутренние болезни №2 (зав.каф.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования: изучить результаты эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС). Материалы и методы исследования: среди пациентов, обратившихся в СФРНЦЭМП, было проведено ретроспективное исследование 280 больных. Распространенность ХСН составило 42,5% среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Мужчины составили-55,35%, женщины – 44,65%. Средний возраст больных составил 54±9,02 лет с избыточной массой тела 27,4±9,4 кг /м^2. В исследуемой группе

107 (38,2%) пациентов перенесли инфаркт миокарда (ПИКС), у 192 (68,57%) отмечалась артериальная гипертензия (АГ), из них у 167 (59,64%) – АГ 3 ст. Пациентов без АГ и ПИКС было 36 (12,85%). Также следует отметить, что у 61 (21,8%) пациентов выявлено нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП). Всем исследуемым проводилась стандартная ЭхоКГ. Результаты исследования: в исследуемой группе по результатам ЭхоКГ, фракция выброса (ФВ) составила 46±11%, конечно-систолический размер (КСР) 4,3±1,02 см, конечно-диастолический размер (КДР) 5,7±1 см, объемы (КДО) – 160,7±66 мл, КСО – 90,5 ±48 см. У 62,3% установлена диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ). У 82% выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), индекс миокарда составил – 189±70г/м^2. В группе пациентов с ИБС в сочетании с ПИКС, АГ были установлены ФВ – 46±9%, КСР – 4,4±1см, КДР – 5,8±1см, КДО – 161±69 мл, КСО – 90±52см, ДДЛЖ выявлена у 43,5%. У 55,8% пациентов обнаружена ГЛЖ, при этом ИММ ЛЖ составил – 189±72г/м^2. В группе ИБС в сочетании с АГ получены следующие данные: ФВ – 53,9±11%, КСР – 5,3±0,9см, КДР – 3,7±0,9см, КДО – 137±51,6мл, КСО – 67±34см, ДДЛЖ выявлена у 73%. ГЛЖ установлена в 88% случаев, ИММ ЛЖ – 161±43,6г/м^2. В группе пациентов с ИБС, без ПИКС, АГ в анамнезе, ФВ составила – 55,5±9%, размеры полостей (КДР, КСР) 5,3±0,8см и 3,7±0,8см соответственно, размеры полостей составили 132±56мл и 61±32,7мл. В 80,6% случаев у пациентов обнаружена ГЛЖ, ИММ ЛЖ составил 167±70г/м^2. Наиболее чаще ФП встречалась в группе пациентов ИБС в сочетании с ПИКС, АГ. Выводы: наиболее сниженная систолическая функция миокарда установлена в группе пациентов, страдающих ИБС, в сочетании с ПИКС, АГ. В свою очередь наличие ФП усугубляет течение ХСН, о чем свидетельствуют результаты ЭхоКГ.

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ И НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Насырова Д.А. студентка 306 группы медико –педагогического факультета, Насырова З.А. Докторант по специальности кардиологии,

Муинова К.К, Расули Ф.О. резиденты магистратуры

Кафедра внутренние болезни №2 (зав.каф.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: изучить влияние депрессивного синдрома на уровень цитокинов при нестабильной стенокардии. Материалы и методы исследования: в Самаркандском Филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи было обследовано 123 больных (70 мужчины и 53 женщина) в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 57,64±10,76 года), страдающих нестабильными формами ИБС. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилось тестирование по госпитальной шкале HADS по шкале Спилбергу –Ханина. Взятие крови производилось натощак, между 8 и 9 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков с помощью прибора BioPlex (фирма BioRad, США), для определения IL-1β, IL-4, IL-10 и TNFα. На основании полученных данных по шкалам HADS и Спилберга –Ханина все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составило 56 больных ИБС с клинически значимыми тревожно - депрессивными нарушениями, вторую – группу сравнения – 47 больных ИБС без депрессивного синдрома. Результаты: анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у больных ИБС в сочетании с депрессивным синдромом уровни IL-4 и TNFα были выше, чем в контрольной группе сравнения ИБС без нарушений настроения и эти различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). Различие по уровню IL-1β было статистически недостоверным. Кроме того, были определены уровни цитокинов в группах больных ИБС, страдающих изолированными депрессивными, изолированными тревожными расстройствами и тревожной депрессией, в сравнении с группой контроля. В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-4. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-4 и TNFα. В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNFα. Различия уровней цитокинов между подгруппами были статистически недостоверными. Эти комбинированные эффекты стрессорных факторов и гиперпродукции цитокинов на эндотелий сосудов, тромбоциты и липопротеиды могут вести к развитию атеросклероза и ИБС. Выводы:Таким образом, при сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия аффективных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-4 и TNFα у лиц с коморбидной патологией.

ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМИЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

Ниёзов Г.К., магистр 1 курса по направлению «Детская неврология» СамГМИ, Файзимуродов Ф., магистр 1 курса по направлению «Детская неврология» СамГМИ, Ниёзов Ш.Т.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Цель. Изучить электроэнцефалографическое исследование головного мозга у детей с церебральными параличами при отсутствии эпилепсии. Материалы иметоды исследования.Группа обследованных детей состояла из 33 детей с диагнозом ДЦП и отсутствием эпилепсии, возраст которых на начало исследования составил от 2 до 5 лет. Клинические методы исследования включали: клинико-неврологический анализ, оценка неврологического статуса проводилось с учетом формирования двигательных навыков и умений, оценку состояния тонуса мышц с применением модифицированной шкалы Эшворта, так же проводилось ЭЭГ- обследование. Результаты исследования. Изменения на ЭЭГ были выявлены у 93,3% обследуемых детей с церебральными параличами. Патологические изменения на ЭЭГ были представлены неспецифической патологической активностью у 88% детей и эпилептиформной активностью у 44,5% детей. Неспецифические патологические изменения были представлены чрезмерным убыстрением ритмики у 38,7% детей, патологической региональной медленноволновой активностью у 65,1% детей.У детей с отсутствием патологических изменений на ЭЭГ степень тяжести двигательных нарушений была достоверно легче. Анализ детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ выявил преобладание детей в возрасте от 2 до 3 лет.У всех детей при проведении ЭЭГ-обследований регистрировалась региональная ЭА. Региональная ЭА нередко сочеталась с различными вариантами распространения: регистрировались диффузные разряды, латерализованные, и билатерально синхронные разряды. При анализе всех проведенных ЭЭГ-обследований выявлено достоверное преобладание региональной ЭА в задних отделах в 60,6% случаев. Локализация ЭА в средних отделах выявлена в 28,7% случаев, в передних отделах в 10,7% случаев.Анализ рутинных ЭЭГ обследований выявил хронологические изменения ЭА у 91,4% детей, которые были представлены миграцией фокуса ЭА у 24,7% детей и изменением количества фокусов ЭА у 66,7% детей. Большинство хронологических изменений характеризовались вовлечением обоих полушарий головного мозга у 16 детей из с миграцией ЭА при сохранении количества фокусов и у 11детей с изменением количества фокусов ЭА. Отдельной графой хронологических изменений выделено отсутствие ЭА, которое выявлено у 32 детей (34,4% от всех детей), при этом в большинстве случаев оно носило транзиторный характер. Стойкий характер отсутствия ЭА выявлен у 12 детей, что было расценено как редукция ЭА. Выводы. У детей с церебральными параличами при отсутствии эпилепсии эпилептиформная активность на ЭЭГ выявляется в 44,5%. С учетом морфологических критериев эпилептиформная активность, соответствующая доброкачественным эпилептиформным паттернам детства, верифицируется в 48,3% случаев от всей регистрируемой ЭА.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I – II СТАДИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Новиченко С.Д.

Высшее государственное учебное заведение Украины, «Буковинский государственный медицинский университет»

Кафедра фармакологии (зав. – проф. Заморский И.И.)

Цель работы: Изучить взаимосвязь между показателями морфофункционального состояния эритроцитов и доплерографическими показателями у больных хронической болезнью почек I и II стадии (пиелонефрит, гломерулонефрит и диабетическая нефропатия) с артериальной гипертензией

II степени. Материалы и методы: Было проведено 131 ультразвуковое исследование с применением дуплексного цветного картирования сосудов почек у больных ХБП с ренопаренхимной артериальной гипертензией больным, находящимся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ОКУ «Черновицкая областная клиническая больница» г. Черновцы. Продолжительность ХБП с момента постановки диагноза составляет от 5 до 10 лет. Возраст больных колеблется от 29 до 65 лет, в среднем 46,5± 2,25 лет. Среди обследованных мужчин было 41,98% (55 человек), женщин – 58,02% (76 человек). Было сформировано группы исследований: I группа – больные ХБП I–II ст. с хроническим пиелонефритом (47 человек), II группа - больные ХБП I–II ст. с диабетической нефропатией IVст. 9 48 человек), III группа – больные ХБП I–II ст. с хроническим гломерулонефритом (36 человек). Для формирования группы сравнения было обследовано 20 практически здоровых человек. Результаты: Установлено, что показатели относительной вязкости эритроцитарной суспензии и перекисный гемолиз эритроцитов достоверно увеличиваются при артериальной гипертензии II степени и в большей мере проявляются у пациентов с диабетической нефропатией даже без АГ, но при наличии АГ изменения прогрессируют. У пациентов с ХГН и ХПН динамика нарушений морфофункциональных особенностей эритроцитов аналогична, но более выраженные патологические изменения происходят у больных с ХГН. Показатели ИДЭ снижаются у всех больных ХБП, однако АГ их усугубляет. Это указывает на значимость нарушения данных механизмов для микроциркуляторных расстройств у данной категории больных. Выявленные нами многочисленные корреляционные связи между показателями морфофункционального состояния эритроцитов и основными доплерографическими показателями почечного кровотока на уровне мелких сосудов почек доказывает предположение о чрезвычайной важности и высокой информативности неинвазивного метода диагностики – цветной дуплексной доплерографии сосудов почек на уровне a. interlobaris. Выводы: Таким образом, изменения морфофункциональных изменений эритроцитов у больных ХБП с артериальной гипертензией влияют на ухудшение почечного кровотока в паренхиме почек. При оценке результатов исследования выявлено выраженное снижение ИДЭ у больных с диабетической нефропатией. Нарушение морфофункционального состояния эритроцитов имеет огромное значение для нарушения почечного микрокровотока а, в дальнейшем, для прогрессирования ХБП с артериальной гипертензией. Выявленные нами сильные корреляционные связи между показателями относительной вязкости эритроцитарной суспензии и перекисным гемолизом эритроцитов с основными доплерографическими показателями почечного кровотока на уровне мелких сосудов почек, а именно a. interlobaris, доказывают наше предположение о высокой информативности данного метода исследования в нефрологии для раннего выявления и предупреждения прогрессирования ХПН.

СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧКСКОЙ ДИСФУНКЦИИПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Норматова К., магистр 1-го курса

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и тяжелая бронхиальная астма с наличием хронического легочного сердца (ХЛС) из-за широкой распространенности и высокого уровня смертности считается медико-социальной проблемой. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и тяжелая бронхиальная астма (БА) являются одними из основных причин развития легочной артериальной гипертензии и составляют более 50% в структуре формирования легочной гипертензии и хронического легочного сердца. Идея. Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной легочной гипертензии в динамике комплексного лечения самлодипином. Цель. Оценка влияния комплексной терапии на показатели эндотелиальной функции периферических сосудов. Материалы и методы.Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст 49,7±2,8 лет, стаж заболевания 10,7±2,9 лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Больные по методу лечениябыли рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 - 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 - 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсерднего наполнения (ФПН,%) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст). Проводилось допплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике HatleL., AngelsenB. Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Гриссаоценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) – нитритов и нитратов в плазме крови. Эндотелий зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью допплерографии плечевой артерии (ПА) с использованием ультразвуковой системы ToshibaSSH 60A, (Япония) в постоянноволновом режиме. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с) и индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) в ответ на компрессионную пробу (КП). Результаты. Результатами исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсерднего наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, (p<0,05). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1%, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 4,1%, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5% (p<0,05). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3% (p<0,05) Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления. Заключение. Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких осложненной ЛС более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой. Амлодипинкоррегирует показатели СмNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИОФОРОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Норшодиева Р.У., 3 курс резидент магистратуры

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии №3 (зав. курс.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель асс. Собирова Д.Ш.

Цель работы: Уменшить степень инсулинорезистентности и сердечно сосудистое осложнение. Материал и методы исследования: В исследование были включены 30 мужчин с индексом массы тела 25,0-33,0 кг/м2 в возрасте от 35 до 70 лет. У всех обследуемых лиц определяли антропометрические данные (рост, вес, индекс массы тела, окружность талии и окружность бедра, липидный спектр крови- общий холестерин (ОХС), а-липопротеиды (а-ЛП), В-липопротеиды (В-ЛП), триглицериды (ТГ) и ТТГ. Результаты:Установлена что исследуемые лица на фоне гипокалорийного питания принимали сиофор (метформин) в суточной дозе 500 мг ежедневно 1 и 2 раза в день в течение 3-х месяцев.Больные были разделены на 2 группы: 1 группа получали сиофор 500 мг 1 раз в день, 2 группа получали сиофор 500 мг 2 раза в сутки.При анализе результатов биохимических исследований в первой группе на фоне проводимой терапии не было отмечено статистических достоверных различий по уровням ОХС, а-ЛП, В-ЛП, ТГ а также ТТГ. На фоне 3-х месячной терапии сиофором 500 мг 2 раза в день во 2 группе были выявлены снижение ОХС на 13,1%, В-ЛП на 23,2%, достоверное повышение а-ЛП на 30%, снижение ТГ на 20,1%. При анализе изменений уровня показателей ТТГ, вычисленных натощак, через 60 и 120 мин после сахарной нагрузки, выявлена тенденция к уменьшению данного показателя на 3,1%. Выводы:Анализ полученных данных показывает, что в результате

лечения больных с МС с включением в терапию сиофора было выявлено более достоверное снижение САД в ночное время. Также в результате 3-х месячного лечения было достигнуто достоверное увеличение а-ЛП и снижение уровня ТГ у больных 2 группы, а также тенденция к снижению ТТГ, что свидетельтсвует о том, что терапия сиофором ведет к уменьшению степени инсулинорезистентности и опосредованному влиянию на липидный обмен.

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПНЕВМОНИИ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Носирова Д.Э., стажёр-ассистент, лечебный факультет, СамМИ,

Кафедра внутренние болезни №4 с гематологией (зав.каф. –д.м.н., доц Аралов Н.Р.)

Научный руководитель - ассистент Мамурова Н.Н.

Цель исследования. Изучить качество жизни больных с пневмониями коморбидным течением при оказаниимедицинской помощи в стационаре. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 50 больных в отделении пульмонологии городской больницы №1 г. Самарканда. В среднем нахождение всех больных в стационаре - койка дни составило 9 дней. Больные были разделены на две группы: 1-ая группа – больные в возрасте 17-35 лет в количестве 18 человек-(36%). В этой группе больные с сопутствующими заболеваниями составили 13 человек (72%). В первой группе среднее нахождение больных в стационаре - койка дни составило 10 дней. 2-ая группа – старше 50 лет в количестве 32 больных (64%). Во 2-ой группе с сопутствующие заболевания были определены у 22 больных (69%). Во второй группе среднее нахождение больных в стационаре - койка дни составило 9 дней. Результаты. Как видно из наших исследований, больные пожилого возраста находились меньше на стационарном лечение, чем молодые. К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение относят пожилой возраст (>65 лет), наличие хронических сопутствующих заболеваний. Рекомендуется для повышения эффективности лекарственной терапии и улучшения качества оказания медицинской помощи пожилым больным, увеличить их нахождение на этапе стационарного лечения, так как, у пожилых лиц клиническая картина пневмонии может быть иной. Выводы. Основные сложности ведения пожилых пациентов возникают уже на этапе диагностики (атипичное течение, внелегочная симптоматика и др.) и сохраняются при лечении (выбор антибиотика, оценка эффективности, коррекция коморбидных состояний).

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБРАЗОВАНИЯ

Нурматов А., студент 312 группы академического лицея СамМИ

Научный руководитель: Турдиев Ш.Х.

После независимости в Узбекистане осуществляются коренные реформы во всех областях социально-экономической жизни. Быстрыми темпами меняются социальная жизнь и социально-экономические отношения между членами общества, происходит трансформация ценностей в соответствии с современными вызовами. Конечно, все это приводит к модернизации всех сфер общества: экономики, политики, духовной жизни, культуры, системыобразования и других. В настоящее время модернизация, инновация, творческий подход становятся основой демократизации сферыобразования и неотделимой частью жизни ее субъектов. В процессе модернизации системы образования страны, большое значение имело принятие в 1997 году Закона Республики Узбекистан «Об образовании», на основе которого была разработана и утверждена Национальная программа по подготовке кадров. Модернизация в системе образования не нарушает вышеназванные принципы. Цель модернизации образования состоит в создании механизма устойчивого развития системы образования, обеспечения ее соответствия вызовам XXI века, социальным и экономическим потребностям развития страны, запросам личности, общества, государства. Технология (от греч. “téchne” - искусство, мастерство, умение и “logos” -учение) – совокупность приемов, применяемых в каком-либо деле, мастерстве, искусстве (производство, социальный, экономический, обучение и т.д.) Технология обучения (от анг. “aneducationaltechnology”) – организация на уровне искусства, процесс образования (обучения) высокого мастерства. Педагогическая технология – это системный подход создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействия, ставящей своей задачей оптимизацию форм образования (ЮНЕСКО). Возрождение национального самосознания не может быть оторвано от идеалов мировой гуманистической культуры и общечеловеческих ценностей, традиций нашего многонационального общества. Молодёжь с её талантами и жаждой знаний - вот с кого начинается достижение и развитие духовности. В отличие от производственных процессов процесс воспитания имеет целостный характер, его трудно разорвать на отдельные операции, осуществлять педагогические воздействия в виде мелких шагов или последовательного формирования отдельных качеств. Воспитательные воздействия осуществляются не по последовательно-параллельной схеме, а комплексно. Личность не формируется «по частям». И только личность создает личность. А поэтому воспитатель поставлен перед необходимостью вести технологический процесс от начала и до конца. Здесь мы имеем и всегда будем иметь, дело с индивидуальным мастерством, опирающимся на общую технологию. Эта программа - результат работы группы учёных и педагогов высших и средних специальных учебных заведений, созданной мастерством. В основе методико-ориентированных инновационных процессов лежат реализации той или иной образовательной технологии и методики, например: - применение современных информационных технологий; - применение принципа интеграции содержания образования; - развивающее обучение; - дифференцированное обучение; - проектное обучение; - проблемное обучение; - программированное обучение; - модульное обучение. В рамках методико-ориентированных педагогических технологий обязательным условием профессиональной практической деятельности, подготовленности, компетентности и педагогического мастерства преподавателя должны стать следующие подходы к современной организации обучения: - личностно-ориентированный подход. Для достижения личностного роста студентов используется стратегия сотрудничества, помощи, понимания, уважения и поддержки при выборе методов и средств работы; - сущностный подход отражается во взаимодействии преподавателей в направлении развития способностей студентов на основе формирования сущностных системных знаний при установлении междисциплинарных связей; - операционно-деятельности подход основывается на ключевых позициях государственных образовательных стандартов.

ТЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

Нуртазина М.Р., магистрант 1-го года обучения по специальности «Медицина» МУК

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней (зав. каф. – д.м.н. Табриз Н.С.)

Научный руководитель профессор, к.м.н. Шайзадина Ф.М.

Цель работы:Выявить особенности течения эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди населения республики. Материалы и методы:Учетно-отчетная документация центра по профилактие и борьбе со СПИД, результаты дозорного эпидемиологического исследования, наблюдательные дескриптивные методы эпидемиологического исследования, уровень и структура заболеваемости и ее исходов оценивались по интенсивным и экстенсивным показателям. Результаты: ВИЧ-инфекция по-прежнему остается одной из актуальнейших проблем во всем мире и в Республике Казахстан.Эпидемиологическая ситуация в 2018 году как в Республике Казахстан, так и в Карагандинской области соответствует общей тенденции распространения ВИЧ и остается стабильной.За данный период года в республики зарегистрировано 3100 случаев, показатель на 100 тысяч населения составил –16,9,а в области 438 случаев с показателем - 31,7. В 2018 годупреобладает половой путь инфицированияи составил в области 66,2%, в республике - 68,4%. В течение последних 5 лет в большинстве регионов республики сохраняется тенденция роста полового пути передачи ВИЧ. Вместе с тем, остается актуальной парентеральный путь за счет заражения при употреблении инъекционных наркотиков. Инфицирование данным способом в области произошло в 30,5%, в республике - 28,3%. Рост парентерального пути передачи возбудителя связан с изменением наркологической ситуации, а именно, частое внутривенное употребление наркотиков, порой до 10 раз в сутки, и одновременное групповое употребление до 5 человек.Заболеваемость среди мужчин составило 57,0% по области и 62,0% по республике. Увеличение количества зарегистрированных случаев среди женщин связано с активизацией полового пути передачи. Сохраняется высокий удельный вес лиц молодого дееспособного сексуально активного возраста от 20 до 49 лет - 87,2% и 84,4% соответственно. В основном заболеваемость регистрируется среди неработающих лиц 53,7% и 53,1% аналогично. По данным быстрой оценки

ситуации в области насчитывается 1500 представителей работников секса (РС), услугами которыхпользуются около 10% мужчин. Эпидемиологическая ситуация по итогам 2018 года среди РС по области остается стабильной и составила от всех выявленных случаев 0,2%.В области насчитывается 4900 представителей мужчин имеющих секс с мужчинами(МСМ). Эта группа наиболее труднодоступна для изучения эпидемиологических особенностей и проведения профилактических вмешательств, что обусловлено их социальной закрытостью и стигматизацией. Выявлено 12 случаев ВИЧ-инфекции с гомосексуальным путем заражения,из них 58,3% зарегистрированосреди студентов ССУЗов и ВУЗов.Среди МСМ инфицирование регистрируется в возрасте от 17 до 29 лет и составило более 85%. У лиц с гомосексуальным путем заражения 99% на момент выявления ВИЧ-инфекции не имели постоянного полового партнера. Число случайных половых партнеров в течение 12 месяцев варьировал от 2-х до 7 человек.Об опасности полового поведения свидетельствуют распространенность симптомов ИППП, которые наблюдались у 16,8% МСМ, распространенность сифилиса в 5,4% случаев. Выводы:В республике эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в 2018 году остается стабильной и сохраняется высокая доля лиц молодого дееспособного возраста. Основным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией является активное сексуальное поведение, частая смена половых партнеров, не использование презервативов и лубрикантов, то есть пренебрежение средствами защиты,недостаточная информированность и стигматизация уязвимых групп населения.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Нуруллаева А.А. студентка 501 группы педиатрического факультета СамМИ,

Сулаймонов А.Л. резидент магистратуры 2-года обучения по специальности кожных и венерических болезней СамМИ

Рахматова А. Х. студентка 501 группы педиатрического факультета СамМИ,

Кафедра инфекционных заболеваний, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний (зав. каф.- доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: ассистент Ахмедов Ш.К.

Цель: изучение клинической эффективности нитрофуранового препарата («Фурамаг») с линиментом акнил при лечение угревой болезни. Материлаы и методы: Под нашим наблюдением находилось 36 больных (мужчин-20, женщин-16) в возрасте от 18 до 30 лет. Давность заболевания составляла от 4 месяцев и более 8 лет. У 22 пациетов с кожи лица был выделен Demodex folliculorum. Бактериологическими методами у 29 (80%) больных угревой болезнью был выявлен патогмоничный Propionibacterium acnes. Обоснование использования нитрофуранов: 1. Отсутствует угнетение физиологической флоры кишечника 2. Повышает иммунную систему организма 3. Устраняет явления эндотоксикоза 4. Оказывает как бактериостатическое, так бактерицидное действие. 5.Производные нитрофуранов способны оказывать антибактериальный эффект на штаммы Helicobacter pylori, антитела к которым методом ИФА были выявлены у 73,5% больных угревой болезнью. Всем пациентам предложено слудующая схема лечения 1. Антигистаминные препараты 2. Противовоспалительные препараты 3. Нитрофураны (препарат «Фурамаг» по 2 (100 мг) таблетки 2 раза в день в течение 14 дней) 4. Линимент «Акнил» на кожу лица 2 раза в день в течение 20 дней (препарат содержит клиндамицин и метронидазол). Результаты: терапевтический эффект был достигнут у 33 из 36 (91,6%) больных угревой болезнью. Выводы: Таким образом, для лечения больных угревой болезнью был разработан алгоритм, заключающийся в использовании нитрофуранового препарата («Фурамаг»), способного санировать организм не только от Demodex folliculorum, но и от Helicobacter pylori, что положительно сказывается на общем течении угревой болезни.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Нуруллаева А. А., Рахматова А. Х. студенты 501 группы педиатрического факультета СамМИ,

Абдуллаев Х. Д. резидент магистратуры 3-года обучения по специальности кожных и венерических болезней СамМИ

Кафедра инфекционных заболеваний, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний (зав. каф.- доц. Ярмухамедова Н. А.)

Научные руководители: ассистент Ахмедов Ш. К., Орипов Р.А.

Цель: Определить особенности течения псориаза у детей в возрасте от 2 до 16 лет. Материал и методы. Было проанализировано амбулаторных карт 33 детей (17 мальчиков и 16 девочек), получавших консультативную помощь и наблюдавшихся в Сам Гор КВД Результате: Было выделено несколько клинических форм, характерных для детского возраста. Вульгарный псориаз представляет собой резко разграниченные, темно-красные бляшки с серебристыми чешуйками. Проявления у детей могут быть нетипичными: псориатические опрелости, пятнистый тип, острый каплевидный, что затрудняет диагностику в таких случаях. Помочь в идентификации могут определение феномена Auspitz, при котором определяется точечное кровотечение после удаления чешуек; характерные для псориаза изменения ногтевых пластинок, синдром масляных пятен, онихолизис, подногтевой гиперкератоз и симптом наперстка (наиболее частая находка), которые чаще наблюдаются у подростков (у каждого 5) и являются ценными подсказками в установлении диагноза. Вовлечение лица и складок более распространены у детей чем у взрослых, и в младенчестве распространены псориатические бляшки в областях, контактирующих с пеленками. Бляшки у детей меньше, тоньше, менее шелушатся, чем у взрослых. Наслоения чешуек при псориазе обычно наблюдаются на коже головы. Высыпания на голове могут приводить к временной потере волос и алопеции. Псориатические опрелости являются следующим наиболее распространенным вариант с высокой распространенностью у детей в возрасте до 2 лет. Псориатические опрелости представлены ярко-красными, с четкими краями, стекловидной поверхностью, очагами. В отличие от пеленочного дерматита они плохо поддаются обычному лечению по следнего. У 3 (15,5%) детей в возрасте от 5 до 13 лет был диагностирован пятнистый тип псориаза. Пятнистый тип псориаза представляет собой кольцевидные, локализованные, красные бляшки с гиперкератозом, обычно расположенные на туловище, животе и спине. Стрептококковый фарингит и перианальный дерматит предшествовали резким обострениям каплевидного псориаза у 5 (22,2%) детей. Острый каплевидный псориаз, которому может предшествовать инфекция верхних дыхательных путей, может разрешиться самостоятельно через 3-4 месяца. Однако у значительной части пациентов в конечном итоге заболевание приобретает хроническое течение. Наблюдение за пациентами показало, что риск развития тяжелого заболевания выше, если псориаз дебютировал как каплевидный псориаз с сохранением высыпаний на протяжении более чем 4 месяца. Выводы. Псориаз хроническая болезнь, но если начать лечение вовремя и правильно подобрать препараты, можно добиться стойкой ремиссии - возможно, в будущем проявления этого заболевания вообще не будут беспокоить ребенка. Для того чтобы правильно лечить детей и подростков, важно учитывать особенности заболевания в данном возрасте.

РЕЗИСТИН КАК МАРКЕР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Огнева Е.В., к.мед.н., доц., Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №3 и эндокринологии (зав. каф. – д.мед.н., профессор Журавлева Л.В.)

Научный руководитель - д.мед.н., профессор Журавлева Л.В.

Цель исследования – оптимизировать диагностику неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) путем установления взаимосвязей между уровнем резистина и показателями функционального состояния печени. Материалы и методы. Обследовано 70 больных: 1-я группа (n = 20) - больные с НАЖБП, СД-2 и нормальной массой тела, 2-я группа (n = 50) - больные с НАЖБП, СД-2 и ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м^2). Контрольная группа (n = 20) - практически здоровые лица. Показатели ферментного и пигментного обменов определялись биохимическим методом (реактивы «Dac-SpectroMed»). Уровень резистина определялся иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»). Результаты. Установлено, что средний уровень резистина достоверно (p <0,001) повышался во всех группах больных (1-я группа - 8,06 ± 0,23 нг/мл, 2-я группа -

10,0 ± 0,11 нг/мл) при сравнении с показателями в группе контроля (4,87 ± 0,11 нг/мл), а показатели резистина во 2-ой группе значимо (р <0,001) отличались от показателей данного адипокина в 1-ой группе. В группе больных с коморбидной патологией и ожирением выявлены корреляции между резистином и аспартатаминотрансферазой (r = 0,57; р <0,05), аланинаминотрансферазой (r = 0,49; р <0,05), щелочной фосфатазой (r = 0,82, р <0,05), общим (r = 0,59; р <0,05) и конъюгированным билирубином (r = 0,71; р <0,05). В 1-ой группе больных резистин достоверно коррелировал с конъюгированным билирубином (r = 0,46, р<0,05). Выводы. Таким образом, повышение уровня резистина у больных с данной коморбидной патологией может свидетельствовать о дисфукции жировой ткани у больных с НАЖБП в сочетании с СД-2, особенно при наличии ожирения. То, что корреляционные связи между изучаемыми показателями имели место и были достоверными преимущественно в группе с НАЖБП, СД-2 и ожирением, позволяет предположить, что при ожирении активируются и усугубляются механизмы влияния резистина на процессы развития цитолиза и холестаза, прогрессирование нарушений функционального состояния печени.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Олимов А.А. студент 5 курса 515 группы лечебного факультета нормаль и патологической физиологии

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Актуальность. Личностные особенности личности у больных героиновой наркоманией имеют характер необратимости дефекта, в рамках хронизации процесса, который нивелирует личность больных, стирает компенсаторные возможности организма, углубляет социальную дезадаптацию, делая больных фактически нетрудоспособными. Цель работы: определить характер и выраженность изменения личности, дать клинико-психопатологическое описание изменений личности у больных героиновой наркоманией. Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 18 больных героиновой наркоманией. Все больные мужского пола в возрасте от 18 до 37 лет. Длительности наркотизации - от 1 года до 24 лет. На начальных этапах обследования часто встречалось употребление опиатов с антигистаминными препаратами. У большинства больных наследственность была отягощена алкоголизмом одного или обоих родителей, но чаще по отцовской линии. В преморбиде выявлены: психическая неустойчивость, повышенная возбудимость, истероформные реакции, патологическая конформность, психический инфантилизм, личностная примитивность. В процессе наркотизации отмечалась постепенная утрата интереса к общественной жизни, больные все более замыкались в узком кругу знакомых, подобных себе по образу жизни, у них сужался круг интересов - все мысли сосредотачивались на наркотиках, В высказываниях наблюдалась примитивность суждений, застреваемость на «мелочах», неспособность обобщать и выделять главное. В беседе больные быстро утомлялись, не могли сконцентрироваться, теряли нить разговора. Среди мотивов первого употребления наркотиков наиболее часто встречались - любопытство, подражание приятелям, при осознании исхода употребления наркотиков, непризнание возможности возникновения патологической зависимости, реже - пассивное подчинение. Были выявлены следующие патологические черты характера: повышенная возбудимость (41,18%), нарастающие аффективные расстройства в виде дисфорических депрессий (34,31%), преобладание истериовозбудимых форм реагирования (50,98%), морально-этическое снижение в виде угасания интересов, ослабление личных привязанностей, цинизма (61,76%), аномалии эмоционально-волевой сферы (83,33%), расстройства влечений и сексуальная расторможенность (47,06%), эксплозивность (64,71%) Вывод. Наиболее важными проявлениями изменений личности по наркоманическому типу были признаки морально-этического и интеллектуально- мнестического снижения. Личностные изменения нарастали постепенно и начинались с заострения преморбидных черт характера. Частота и выраженность этих изменений зависит от преморбидных особенностей больных: наследственности, перинатальной патологии, аномалий и степени выраженности личностных черт, что определяет клиническую картину заболевания и может служить значимым неблагоприятным прогностическим фактором.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА БОЛЬНОГО НА НАЧАЛО УПОТРЕБЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Олимов А.А. студент 5 курса 515 группы лечебного факультета нормаль и патологической физиологии

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Актуальность. В последние годы произошли существенные изменения в структуре, клинике и течении наркомании. Показано, что у больных осложненной опийной наркоманией при большой давности заболевания - от 5 до 10 лет - наблюдается выраженная психопатизацня личности, а в ряде случаев - деградация с морально- этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями. Цель исследования - определить влияние возраста на начало употребления наркотиков п на скорость формирования изменении личности. Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 18 больных героиновой паркоманей. Возраст больных колебался от 15 до 49 лет (средний возраст - 25 ±6,65 года). Длительность наркотизации составляла от 1 года до 24 лет (в среднем - 3,5±2,25 года), Значительная часть больных - 14 человек начали употреблять наркотики в молодом возрасте - до 22 лет, в том числе 5 человек из них - до 15 лет. Как показали проведенные исследования, героиновая наркомания чаще встречалась в возрастной группе от 19 до 22-х лет - 85,7% больных. С увеличением возраста начала наркотизации наблюдалось нарастание количества соматических осложнений. Сравнение между собой различных по возрасту начала потребления групп по частоте и выраженности медицинских и социальных последствий заболевания показало, что раннее приобщение к наркотикам способствует формированию наиболее выраженных н тяжелых медицинских и социальных последствий. Этот фактор существенно влиял на развитие изменений личности, в том числе таких тяжелых их форм, как психопатоподобные изменения и деградация личности с выраженным морально-этическим снижением, интеллектуально-мнестическими расстройствами, нарушениями трудовых и семейных взаимоотношений. Значительное число больных совершали правонарушения, многие - неоднократно. Тем не менее, можно отметить, что с более ранним началом наркотизации правонарушения совершались чаще. Вывод. Анализ клинического материала показал, что наиболее значимыми неблагоприятными прогностическими факторами, определяющими скорость формирования и выраженность медицинских и социальных последствий заболевания, является ранний возраст начала употребления наркотиков и давность наркотизации.

СЛУЧАЙ НЕКОНТРОЛИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ САМОЛЕЧЕНИИ

Ольховская С.В., студентка 14 группы, 4 курса, 1-го медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета

Кафедра внутренней медицины №3 и эндокринологии (зав. каф. – проф., д.мед.н. Журавлёва Л.В.)

Научный руководитель: ассистент, к.мед.н. Олейник М.А.

Актуальность. В наше время использование гормональной терапии является распространённым. Несмотря на необходимую осторожность в применении гормональных препаратов, пациенты часто не придерживаются рекомендаций врачей или же выбирают самолечение, пренебрегая консультацией специалиста. Цель. Клинический случай бесконтрольного употребления кортикостероидов у ревматологического больного. Клинический случай. Больная М., 46 лет, поступила в ревматологическое отделение Харьковской областной клинической больницы с жалобами на постоянные боли в суставах, усиливающиеся во время движения, наличие подкожных кровоизлияний, образование не заживающей раны после травмы, общую слабость. Из анамнеза: в 2014 году был установлен диагноз: Криоглобулинемический васкулит (эссенциальный), развёрнутая стадия с поражением кожи (криоглобулинемическая пурпура с очагами гиперпигментации), суставов (полиартралгии). Получала терапию: метипред 8 мг со снижением дозы до полной отмены под контролем клинико-лабораторно активности, однако в дальнейшем пациентка за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала дексаметазон в дозе 1,5 мг/день (полгода), затем самостоятельно увеличила дозу до 3 мг/день, которую принимала в течение года. Ухудшение состояния в течение 2-х недель, когда появились боли в суставах, самостоятельно изменила пероральный прием на инъекции дексаметазона в дозе 4 мг/день, без эффекта. В связи с нарастанием жалоб была госпитализирована в ревмоотделение ОКБ. Объективно: ИМТ 33,3. Лунообразное лицо. В области передней брюшной стенки, бёдер, в подмышечных областях стрии. На коже в области левой голени язвенные дефекты. Умеренная

деформация коленных, голеностопных суставов, болезненность при пальпации коленных суставов, объём движений умеренно ограничен. АД 140/90 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см. Были проведены следующие дополнительные методы исследования: рентгенограмма суставов (без видимых патологических изменений); УЗИ органов брюшной полости (гепатомегалия, признаки адипоза печени); клинический анализ крови: лейкоциты – $9,6*10^9$/л, нейтрофилы – 75,8%, СОЭ – 27 мм/ч (нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ увеличена); биохимический анализ крови: АлАТ – 62,30 Ед/л; АсАТ - 48,60 Ед/л; холестерин – 9,80 ммоль/л; мочевая кислота – 416,20 мкмоль/л. На основании жалоб больной, анамнеза заболевания, дополнительных методов исследования и консультации специалистов был установлен диагноз: Первичный полиостеоартроз. Состояние после перенесённого недифференцированного васкулита и самостоятельного необоснованного приёма глюкокортикоидов. Гормонзависимость. Стероидная васкулопатия. Кушингоидный синдром в виде ожирения 2 ст., симптоматической артериальной гипертензии, стрий в области передней брюшной стенки, подмышечных областях. Трофические язвы левой голени. Хронический некалькулёзный холецистит. Хронический неалкогольный стеатогепатит. Больная была переведена на прием метипреда (в связи с меньшим количеством побочных явлений) и рекомендацией снижения дозы препарата под контролем клинико-лабораторной активности процесса. Вывод. Описанный клинический случай представляет интерес в связи с яркой выраженностью побочных эффектов при не контролированном приёме гормональных препаратов. Учитывая тяжёлое состояние пациентки и наличие нежелательных явлений, связанных с приёмом гормональных препаратов, врачебный контроль является крайне необходимым для предупреждения развития побочных эффектов.

ОФЛАКСАЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

Омонов Ш.А. студент 410гр. педиатерического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.-доц. Шодикулова Г.З).

Научный руководитель: асс. Саматов Д.К.

Цель исследования: Под наблюдением находилось 50 больных с хронической обструктивной болезнью легких, среди которых 35 мужчин и 15 женщин. Материалы и методы: Лечение проводилось в соответствии с Международной программой «Глобальная стратегия, диагностика, лечение и профилактика ХОБЛ». Результаты: Больные были разделены на две сопоставимые по клиническим характеристикам группы (по 25 человек). У всех пациентов имело место усиление кашля, увеличение количества мокроты или ее гнойный характер, симптомы поражения верхних дыхательных путей, нередко - лихорадка, повышение частоты дыхания и сердечных сокращений более 20% от исходных данных, воспалительные изменения в крови, соответствующие рентгенологические явления. Всем пациентам назначались антибиотики: в 1-й группе (основная) - офлаксацин (по 0,2 г 2 раза в сутки внутривенно) 5-7 дней, во 2-й (контроль) - цефазолин (по 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно) в течение того же периода. По показаниям больные получали М-холинолитики, β_2-агонисты, при возможности через небулайзер, теофиллины, оксигенотерапию, ГКС, нистатин, физиопроцедуры. Лечение проводилось под контролем клинико-рентгенологических, лабораторных данных, функции внешнего дыхания (ФВД). У пациентов 1-й группы достоверно быстрее исчезали проявления обострения хронической обструктивной болезни легких. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в 1-й группе составила 10,54 ± 0,21 дня, во 2-й - 13,45 ± 0,97 дня ($p< 0,05$). Выводы: Таким образом, офлаксацин целесообразно использовать в комплексном лечении больных с хронической обструктивной болезнью легких в период обострения. Сокращение пребывания в стационаре в среднем на 3 дня у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й имеет существенный экономический эффект и значительно удлиняет сроки ремиссии у больных с хронической обструктивной болезнью легких.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА

Омонова П.О., студентка 411 группы лечебного факультета СамМИ.

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав.каф.- к.м.н., доцент Мавлянова З.Ф.).

Научный руководитель: ассистент Камалова Ё.А.

Цель работы – изучение эффективности лечебной физкультуры при остеохондрозе шейного отдела. Материалы и методы исследования. С этой целью нами было обследовано для определения эффективности лечебной физкультуры 60 больных (30 женщин и 30 мужчин от 60 до 65 лет). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу входили 36 пациентов с шейным остеохондрозом, которые наряду с традиционной медикаментозной терапией занимались дополнительно лечебной физкультурой. Во вторую группу входили 24 пациентов с остеохондрозом, которые получали медикаментозную терапию. Жалобы на боли в области шеи, воротниковой области, напряжение мышц области шеи, отмечалось у 23 (38,3%) больных, боль в области плечевого сустава, плеча, шеи, ограничение объема движений при подъеме руки, отмечалось у 19 (31,6%) больных. Нарушение чувствительности, болезненность при активных и пассивных движениях наблюдалось у 18 (30%) больных. Лечебная физкультура должна проводиться вне острого обострения. Результаты: Результаты исследования показали, что у первой группы реабилитация проходила с более выраженным положительным эффектом, нежели у пациентов второй группы, боли исчезли на 3-4 й день у 20 (33,3%) больных. Восстановление подвижности на 6-й день у 19 (31,6%) больных, купирование боли и снижение напряжения мышц шеи и плечевого пояса, воостановление подвижности в суставах наблюдалось на 5-7 й день у 21 (35%) больных. В начальном и основном периодах курса лечения полностью исключаются активные движения в шейном отделе позвоночника. В занятия включили динамические и статические упражнения, которые чередовали с дыхательными упражнениями, использовались упражнения направленные на расслабления мышц шеи и плечевого пояса. У больных второй группы с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, которые получали только медикаментозную терапию динамика данных показателей была достоверно ниже. Выводы: Таким образом, лечебная гимнастика играет немаловажную роль в комплексном лечении остеохондроза позвоночника. Лечебная физкультура эффективна не только при обострении заболевания – это основа профилактики обострений и прогрессирования дегенеративного процесса, повышения качества жизни в личностной, семейной, социально- трудовой сфере больных. Лечебная физкультура оказывает содействие увеличению расстояния между отдельными позвоночными сегментами с целью снятия патологической проприоцептивной импульсации, улучшает обменные процессы вследствие усиления крово- и лимфотока в поврежденном позвоночном сегменте и корешке, улучшает кровообращения в поврежденной конечности, увеличивает и восстанавливает полный объем движений в шейной области позвоночнике.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТИЛЬ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ОПРОСНИКУ DEBQ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

Орзукулов Б.М., Иршодзода А.Д. студенты 315 – группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра нормальной и патологической физиологии (зав. каф-д.м.н. Самиева Г.У)

Научный руководитель: ассистент Нарзуллаева У.Р.

Цель исследования: определения стилья пищевого поведения по опроснику debq в зависимости от возраста и пола у студентов СамМИ, 3 курса педиатрического факультета и медицинских работников 1-семейной поликлиники г. Самарканда. Материалы и методы исследования: Мы протестировали 40 студентов обоих полов (24-мужского и 16 женского пола), в возрасте 20 – 24 года и медицинских работников обоих полов (30 женщин и 10 мужчин) в возрасте 30-60 лет на выявление нарушений пищевого поведения. Был использован голландский опросник пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire). Результаты исследования: Среди студентов женского пола экстернальный тип пищевого поведения у 3(18,75%,) эмоциогенный 6 (37,5%), ограничительный 7 (43,75%). Среди студентов мужского пола нарушения по экстернальному типу составляют 10 (41,67%), эмоциогенному 7 (29,19%), ограничительному 7 (29,19%). Среди медицинских работников: у женщин экстернальный тип пищевого поведения 12 (40%), ограничительный тип 15 (50%), эмоциогенный – 3 (10%); у мужчин экстернальный тип пищевого поведения 5(50)%, эмоциогенный 1 (10%), ограничительный – 4(40%). Выводы. Стиль пищевого поведения по опроснику debq может зависеть от возраста населения. Среди девушек студентов преобладает ограничительный тип пищевого поведения, у юношей студентов преобладает экстернальный тип. Среди мед. работников среднего возраста также

у лиц женского пола преобладает ограничительный тип пищевого поведения, а у лиц мужского пола преобладает экстернальный тип. Но при этом ограничительный экстернальный тип у людей среднего возраста резко увеличивается.

СОБЛЮДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО ПИСЬМА О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЭПИЗОД НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Осипова А.М., Царёв В.В. студенты 610 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП

(зав. каф. – д.м.н. Дударев М.В.)

Научный руководитель ассистент кафедры Килин Д.А.

Цель работы: Изучить эффективность выполнения информационно-методического письма о диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, эпизод нестабильной стенокардии, после проведения ЧКВ и АКШ. Материалы и методы: Информационно-методическое письмо о диспансерном наблюдении пациентов, перенесших инфаркт миокарда, эпизод нестабильной стенокардии №.11284/07-13 от 30.10.2018 г. Амбулаторные карты пациентов перенесших инфаркт миокарда, эпизод нестабильной стенокардии, в период с 1 сентября 2018 года по 28 февраля 2019 года, находящихся на диспансерном наблюдении в БУЗ УР «ГКБ МЗ РФ» Результаты: Анализ карт показал, что 36(90%) пациентов являются на прием к терапевту дважды в месяц. 2(5%) пациента обращались к терапевту более двух раз, показаниями для обращения послужило нестабильное артериальное давление. 40 пациентам (100%) проведены общий осмотр с измерением ад и ЧСС, также общий анализ крови, биохимический анализ крови с показателями липидного обмена а именно ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, и ЭКГ, а так же ЭХО кардиография. В полном анализе крови у 3(7,5%) выявлена анемия. У 5(12,5%) пациентов снижение количества тромбоцитов, данные пациенты направлены на консультацию к кардиологу для решения вопроса об изменении двойной антиагрегантной терапии.В биохимическом анализе крови у 12 (27,5%) пациентов выявлено незначительное повышение ХС, и ЛПНП.У 4(10%) выявлены изменения сегмента ST и зубца Т на ЭКГ.В 2х случаях встречалось снижение сегмента ST на 2 мм, в двух других инверсия зубца Т в двух соседних отведениях.ЭХО кардиография была проведена у 22(55%) человек. Снижении фракции выброса, зоны гипокинезии выявлены у 2х пациентов, которые были направлены на консультацию к кардиологу.1(2,5%) человек перенес повторный инфаркт миокарда. 36(90%) человек получали β-адреноблокаторы а именно такие препараты как метопролола сукцинат, карведилол, бисопролол. 4(10%) пациента в виду наличия абсолютных противопоказаний получали недигидропиридиновый антагонист кальция- верапамил. 38(95%) пациента получали двойную дезагрегантную терапию, в основном состоящую из ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела. Оставшиеся 2(5%) пациента получали монотерапию ацетилсалициловой кислотой. Из статинов 22 (55%)человека получают розувастатин в дозе 40мг, 18(45%) человек аторвастатин в дозе 80 мг. В 31 случае пациенты предпочитают осуществлять диспансерное наблюдение у участкового терапевта, в виду его доступности.В целях преемственности между стационарным и амбулаторно-поликлиническим этапом оказания медицинской помощи с 4-го квартала 2018 года осуществляется передача выписных эпикризов пациентов, перенесших острый коронарный синдром. Выводы: Амбулаторно-поликлиническое звено БУЗ УР «ГКБ МЗ РФ», как учреждение первичного звена здравоохранения, обеспечивает выполнение основного объема профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, эпизод нестабильной стенокардии. Ведение и диспансерное наблюдение ведется в соответствии с рекомендациями данными 30 октября 2018 года.Отмечается преемственность между стационарным и амбулаторно-поликлиническим этапом оказания медицинской помощи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАСПАРГИНА В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Отамуродов Д.А., студент 502 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – доц. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель асс. Мурадова Р.Р.

Каспаргин применяют для устранения дефицита калия и магния в составе комплексной терапии при ишемической болезни сердца, включая острый инфаркт миокарда; хронической сердечной недостаточности, нарушениях сердечного ритма (в т.ч. при аритмиях, вызванных гипокалиемией, интоксикацией сердечными гликозидами), применяется также для предварительной и последующей терапии кардиохирургических пациентов. Цель работы. Изучить влияние каспаргина при лечении заболеваний в условиях интенсивной терапии Материалы и методы исследования. Ионы калия и магния быстро и полно всасываются и распределяются по всем тканям организма. Концентрация калия в плазме крови остается повышенной сравнительно недолго из-за быстрого поступления его внутрь клеток и выведения из организма. Значительная доля ионов магния в плазме (25-30%) образует комплексные соединения с белками. Каспаргин назначают парентерально (внутривенно (в/в) капельно). В/в введение следует проводить медленно. Быстрое в/в введение препарата противопоказано из-за риска гиперкалиемии и гипермагниемии с возникновением угрожающих жизни пациента аритмий. Доза и длительность введения препарата определяется индивидуально в зависимости от показаний к применению и степени гипокалиемии.Взрослым, как правило, назначают в/в капельно по 250 - 500 мл раствора 1-2 раза в сутки со скоростью 15-30 капель в минуту. За неделю до кардиохирургического вмешательства, в течение недели после операции вводят в/в капельно со скоростью 20-25 капель в минуту по 250-500 мл в сутки ежедневно. Результаты. Ионы калия стимулируют синтез АТФ, гликогена, белков, ацетилхолина и др. Обладают отрицательным хроно- и батмотропным действием, в высоких дозах – отрицательное ино- и дромотропное действие. В малых дозах ионы калия расширяют коронарные артерии, а в больших - суживают. Оказывают также умеренное диуретическое действие. Ионы магния уменьшают возбудимость нейронов, замедляют нервно-мышечную передачу, участвуют во многих ферментативных реакциях, в балансе электролитов, транспорте ионов, проницаемости мембран. Магний способствует проникновению калия в клетки, т.е.активирует натрий-калий-АТФ-азу, удаляя из клетки натрий и возвращая калий, снижает концентрацию натрия, препятствует обмену натрия на кальций в гладких мышцах сосудов, понижая их резистентность. Магний ограничивает и предупреждает чрезмерное высвобождение катехоламина при стрессе, уменьшает возможный липолиз и высвобождение свободных жирных кислот. Оказывает антиишемическое действие на ткани миокарда: снижает напряжение сокращения и частоту сердечного ритма, приводя к снижению потребности миокарда в кислороде, вызывает вазодилатацию, в том числе и коронарных сосудов. Выводы. Таким образом каспаргин способствует устранению дефицита калия и магния, нормализует электролитный баланс, оказывает антиаритмическое действие, улучшает обмен веществ в миокарде. Каспаргин регулирует проведение импульсов по нервным волокнам, синаптическую передачу, мышечное сокращение, работу сердечной мышцы, участвует в процессах поступления и расходования энергии, нормализует проницаемость мембран, нейромышечную проводимость, синтез ДНК, РНК, клеточный рост, деление клеток, усвоение кислорода и синтез фосфатов. Каспаргин снижает повышенную чувствительность к сердечным гликозидам, уменьшает проявления их токсичности, устраняет гипокалиемию, вызванную глюкокортикостероидами и диуретиками.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ ДО 10 ЛЕТ

Охунжонова Ш.С., 405-группа, II-педиатрического факультета

Научный руководитель: Шаисламова Г.С.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, г.Ташкент

Актуальность. Энтеробиоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов. По данным ВОЗ энтеробиозом заражено 1,2 млрд человек. Длительное паразитирование в организме больного оказывает многообразное патологическое воздействие на состояние здоровья детей. Цель работы:Проведение анализа клинико-эпидемиологических проявлений энтеробиоза у детей до десяти лет в условиях г. Ташкента. Материалы и методы:Под нашим наблюдением находилось 50 больных детей с паразитозами, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз за период 2018-

2019 гг. возраст обследованных больных колебался от 6 до 10 лет. Среди обследованных детей 26 (52%) были заражены энтеробиозом. Во всех случаях диагноз подтвержден паризитологически. Результаты и их обсуждение:Выраженность клинической симптоматики энтеробиоза у детей зависит от степени инвазии, длительности течения гельминтоза, индивидуальных реакций и возраста ребенка. Клиническая картина энтеробиозов у детей младшего школьного возраста проявляется болевыми, диспептическими и астено-вегетативными синдромами (эмоциональная лабильность, головная боль, быстрая утомляемость, снижение памяти и неустойчивость внимания), а так же аллергическими проявлениями (атопический дерматит, аллергический конъюктивит, бронхиальная астма). Иногда болевой синдром при энтеробиозе у детей выражен настолько интенсивно, что требует проведения диф.диагностики хирургической патологией. Диспепсический синдром характеризовался понижением аппетита 70,2% больных, тошнотой – у 32,5%, рвотой у 8,5%, неустойчивым стулом 22.6% больных. Астенический синдром проявлялся в виде общей слабости у 96,6% детей, головных болей и головокружения – 45% раздражительности, капризности 48,7%. Наблюдались также следующие симптомы: зуд в области ануса у 35,7%, выход остриц у 29,7%, слюнотечение у 32,4%, скрип зубами по ночам у 35,6% больных, чаще отмечающиеся при энтеробиозе в виде моно- или микст-паразитозе. Выявленные эпидемиологические характеристики больных детей представлены следующими данными: среди инвазированных детей 79% были в возрасте от 7 до 10 лет 3 являлись учащимися школ г.Ташкента. Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что энтеробиозов у детей младшего школьного возраста полиморфна и в основном носит неспецифический характер, эпидемиологические характеристика указывают на необходимость широкого внедрения сантирано-гигиенических навыков среди детей школьного возраста.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ

Охунжонова Ш.С.

Научный руководитель: Шаисламова Г.С.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней

Цель работы: Проведение анализа клинико-эпидемиологических проявлений энтеробиоза у детей до десяти лет в условиях г. Ташкента. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 50 больных детей паразитозами, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз за период 2018-2019 гг. возраст обследованных больных колебался от 6 до 10 лет. Среди обследованных детей 26 (52%) были заражены энтеробиозом. Во всех случаях диагноз подтвержден паризитологически. Результаты и их обсуждение: Выраженность клинической симптоматики энтеробиоза у детей зависит от степени инвазии, длительности течения гельминтоза, индивидуальных реакций и возраста ребенка. Клиническая картина энтеробиозов у детей младшего школьного возраста проявляется болевыми, диспептическими и астено-вегетативными синдромами (эмоциональная лабильность, головная боль, быстрая утомляемость, снижение памяти и неустойчивость внимания), а так же аллергическими проявлениями (атопический дерматит, аллергический конъюктивит, бронхиальная астма). Иногда болевой синдром при энтеробиозе у детей выражен настолько интенсивно, что требует проведения диф.диагностики хирургической патологией. Диспепсический синдром характеризовался понижением аппетита 70,2% больных, тошнотой – у 32,5%, рвотой у 8,5%, неустойчивым стулом 22.6% больных. Астенический синдром проявлялся в виде общей слабости у 96,6% детей, головных болей и головокружения – 45% раздражительности, капризности 48,7%. Наблюдались также следующие симптомы: зуд в области ануса у 35,7%, выход остриц у 29,7%, слюнотечение у 32,4%, скрип зубами по ночам у 35,6% больных, чаще отмечающиеся при энтеробиозе в виде моно- или микст-паразитозе. Выявленные эпидемиологические характеристики больных детей представлены следующими данными: среди инвазированных детей 79% были в возрасте от 7 до 10 лет 3 являлись учащимися школ г.Ташкента. Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что энтеробиозов у детей младшего школьного возраста полиморфна и в основном носит неспецифический характер, эпидемиологические характеристика указывают на необходимость широкого внедрения сантирано-гигиенических навыков среди детей школьного возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМЕД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Очилов Ш.Э., студент 503 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – доц. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель асс. Тураев Х.Н.

Цель работы: Определение клинической эффективности препарата Простамед у пациентов, страдающих ДГПЖ и ХП, а также оценка переносимости и побочных эффектов препарата Простамед. Материалы и методы исследования: обследовано 32 пациента в возрасте от 45 – 65 лет с впервые выявленной ДГПЖ. Пациентам был назначен препарат в дозе 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 4 месяцев. Оценивались следующие показатели: оценка симптомов заболевания, оценка качества эректильной фунции, оценка качества жизни, динамика изменения уродинамических показателей, ультразвуковое исследование с определением объема предстательной железы и остаточной мочи. Результаты исследования: При составлении схемы лечения необходимо отметить возросший интерес к консервативным методам. Наиболее привлекательной группой лекарственных средств являются фитопроизводные. Эта группа препаратов по общему заключению исследователей дает наиболее быстрый эффект по адекватной коррекции дизурии, ирритации и восстановлению микроциркуляции, кроме того, фитопрепараты не токсичны, имеют низкий диапазон противопоказаний, не оказывают побочных действий в лечебных дозах. Среди этих препаратов выделяется Простамед, состоящий из муки семян тыквы (200 мг), тыквенного глобулина (100 мг), сухих экстрактов – золотарника (2,6 мг) и листьев осины (6,3 мг). Установлено, что клинически значимый эффект наблюдался уже после 21 дня терапии Простамедом. Через 2 месяца приема препарата отмечалась тенденция к снижению интенсивности ирритативных и обструктивных симптомов ДГПЖ, отметили значительное улучшение мочеиспускания. Максимальная скорость мочеиспускания увеличилась до 16,8 мл/сек, а объем остаточной мочи уменьшился до 28,5 мл. Простамед достоверно снижал объем остаточной мочи на 19–50%. При приеме препарата Простамед наблюдались достоверное улучшение мочеиспускания и снижение СНМП. Также отмечалось повышение оценки эректильной функции, что, по-видимому, связано с повышением сексуальной активности пациентов после исчезновения дизурических явлений. Ни в одном из исследований не было зарегистрировано побочных реакций. Более того, по результатам сравнительного исследования профиль безопасности Простамеда был лучше, чем у других фитопрепаратов. Выводы: Таким образом установлено, что препарат Простамед вызывает достоверное и клинически выраженное уменьшение симптомов ДГПЖ, вызывает значимое увеличение максимальной скорости мочеиспускания, улучшение качества жизни пациентов. Наиболее эффективно препарат устраняет спазм и отек шейки мочевого пузыря, отек предстательной железы. Это способствует уменьшению дизурического синдрома и вызывает достоверное и выраженное клиническое снижение интенсивности СНМП и улучшение уродинамики, значимое увеличение максимальной скорости мочеиспускания. Препарат Простамед характеризуется безопасностью, что позволяет рекомендовать препарат для терапии пациентов с хроническим простатитом в сочетании с начальными стадиями ДГПЖ и позволяет на долгое время избежать хирургического лечения.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО И ЭПИЗООТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Очилова М.И., студентка 411-группы II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра: эпидемиология, инфекционные болезни (зав. каф.- проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: ассистент Улмасова С.И.

Актуальность. На протяжении многих лет в Ташкентской области сохраняется напряженная эпизоотическая ситуация, происходит выраженный подъем заболеваемости бешенством животных, значительно выросло число неблагополучных пунктов, которые в последние годы регистрируется в районах, непосредственно прилегающих к территории Ташкентской области. Задачи исследования: является анализ развития эпидемического и эпизоотического процесса рабической инфекции в Ташкентской области за последние 5 лет (2013-2017 гг.). Материалы и методы: Анализ проведен на основании данных многолетней заболеваемости населения Ташкентской области за 2013-2017 гг., а также обращаемости населения за антирабической

помощью полученных из ОблЦГСЭН. Динамическое наблюдение за эпизоотической ситуацией по рабической инфекции в Ташкентской области за указанный период показывает рост заболеваний животных от 5 случаев в 2013 г. до 15 случаев в 2017 г. Активная эпизоотия рабической инфекции поддерживается за счет природных очагов у диких животных (суслики, ежи, лисы) которые составляет 58,9%. Однако в эпизоотический процесс все больше вовлекается домашние животные (собаки, кошки, крупный и мелкий рогатый енот и др.) -41,1%. В Ташкентской области более 30 лет сохраняется благополучная эпизоотическая ситуация по бешенству. Вместе с тем неблагополучная эпизоотическая ситуация в Ташкентской области, оказывает влияние на эпидемическую и эпизоотическую обстановку в городе. Интенсивные показатели обращаемости по укусам животными на 1000 тыс. населения превышают среднереспубликанские показатели (собственно 73,9 и 211 в 2015 гг.). из общего числа количества лиц, обратившихся за антирабической помощью в лечебно-профилактические учреждения города, на взрослое население приходится от 62 до 69%; на детей - от 31 до 38%. Обращаемость по укусам известными (владельческими) животными колеблется от 59 до 63%, бесхозными – от 34 до 41%; дикими – от 2 до 8%. Количество лиц, пострадавших от укусов больными бешенством животными, составляет от 0,02% (2006) до 0,29% (2015). Вывод. Учитывая, что основным источником бешенства в условиях города Ташкента по-прежнему является собаки, необходим полный охват вакцинацией домашних, сельскохозяйственных животных и упорядочение их содержания, усиление контроля со стороны всех заинтересованных служб и ведомость.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ И ЭПИЗООТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

Очилова М.И., 411-группа, II-Педиатрического факультета

Научный руководитель: Улмасова С.И.

ТашПМИ, кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней

Целью исследования является анализ развития эпидемического и эпизоотического процесса рабической инфекции в Ташкентской области за последние 5 лет (2013-2017 гг.). Материалы и методы: Анализ проведен на основании данных многолетней заболеваемости населения Ташкентской области за 2013-2017 гг., а также обращаемости населения за антирабической помощью полученных из ОблЦГСЭН. Динамическое наблюдение за эпизоотической ситуацией по рабической инфекций в Ташкентской области за указанный период показывает рост заболеваний животных от 5 случаев в 2013 г. до 15 случаев в 2017 г. Активная эпизоотия рабической инфекции поддерживается за счет природных очагов у диких животных (суслики, ежи, лисы) которые составляет 58,9%. Однако в эпизоотический процесс все больше вовлекается домашние животные (собаки, кошки, крупный и мелкий рогатый енот и др.) -41,1%. В Ташкентской области более 30 лет сохраняется благополучная эпизоотическая ситуация по бешенству. Вместе с тем неблагополучная эпизоотическая ситуация в Ташкентской области, оказывает влияние на эпидемическую и эпизоотическую обстановку в городе. Интенсивные показатели обращаемости по укусам животными на 1000 тыс. населения превышают среднереспубликанские показатели (собственно 73,9 и 211 в 2015 гг.). из общего числа количества лиц, обратившихся за антирабической помощью в лечебно-профилактические учреждения города, на взрослое население приходится от 62 до 69%; на детей - от 31 до 38%. Обращаемость по укусам известными (владельческими) животными колеблется от 59 до 63%, бесхозными – от 34 до 41%; дикими – от 2 до 8%. Количество лиц, пострадавших от укусов больными бешенством животными, составляет от 0,02% (2006) до 0,29% (2015). Вывод. Учитывая, что основным источником бешенства в условиях города Ташкента по-прежнему является собаки, необходим полный охват вакцинаций домашних, сельскохозяйственных животных и упорядочение их содержания, усиление контроля со стороны всех заинтересованных служб и ведомость.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Папук А.Н., студент 6 курса 26 группы медицинского факультета № 2

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.), ВГУЗ Украины

«Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Научный руководитель д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.

Цель исследования. Оценка частоты возникновения побочных реакций у больных туберкулезом легких с активным мониторингом безопасности препаратов. Материал и методы. Проспективный статистический анализ карт стационарного больного и амбулаторних карт пациентов с мультирезистентным туберкулезом с использованием методов пасивного и активного мониторинга безопасности препаратов и извещений о побочных или токсических реакциях и нежелательных явлениях, возникших в ходе противотуберкулезного лечения. Результаты исследования. За период 2015-2018 гг. в Украине достигнут оптимальный уровень извещений, касающийся результатов осуществления фармнадзора. Получено более 400 извещений на 1 млн нас. (действенной является система фармнадзора при количестве не меньше 200 карт-извещений на 1 млн нас.). По данным проведенного нами анализа при лечении МРТБ с одновременным применением не менее 5 препаратов, частота возникновения ПР и нежелательных явлений (НЯ) составляла 36,5±1,2% случав среди всей выборки. Наиболее частыми проявлениями ПР и НЯ были: тошнота (50,3±4,2%); диарея (22,7±0,18%); аллергические реакции (9,4±0,2%); отоксичность (6,7±1,9%), гипокалиемия с нарушениями интервала QT (2,8±0,12%); периферическая нейропатия (2,3±0,9%); гепатиты (2,7±1,2%); нефротический синдром с почечной недостаточностью (1,2±0,012%); судорожный синдром (0,8±0,002%); психозы (1,1±0,02%). При этом по данным нашего исследования кишечной проницаемости в тонком кишечнике у 81,5% пациентов с МРТБ на фоне лечения усугубляются те или иные нарушения кишечной абсорбции. У практически более 90% пациентов после 2-4-х месяцев интенсивной химиотерапии выявляются стойкие сдвиги в микроэкологии кишечника вплоть до глубокого дисбактериоза. Разграничение по значимости серьезности и выраженности ПР показало доминирование со стороны пациентов выраженности проявлений, а для врачей с использованием активного метода мониторинга безопасности – серьезности последствий, которая определяет степень значимости вреда и урона для здоровья. Вывод. Активный метод мониторинга безопасности применения препаратов в ходе лечения, в частности мультирезистентного туберкулеза, продемонстрировал высокую идентификацию сигнала о нежелательном явлении на ранних стадиях возникновения, что дало возможность определить факторы риска возникновения побочной реакции и улучшило возможности превентивного управления. В целом, это способствовало увеличению показателя эффективности лечения с уменьшением количества пациентов, которые прервали лечение, позволило увеличить показатель приверженности к противотуберкулезной терапии.

СВЕТООПТИЧЕСКИЕ И ПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Семенюк Т.А.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

(зав. каф. – д.м.н. Цигикало А.В.)

Достижения современной науки и техники позволяют постоянно совершенствовать существующие методики и находить новые подходы для решения той или другой проблемы и в первую очередь для диагностики сердечно-сосудистой патологии. Для успешного решения этой проблемы можно применить высокоточные физические методы исследований и компьютерные технологии. Математическая обработка полученных результатов открывает новые возможности изучения структурных перестроек при разной патологии сердца. Цель работы: Выучить микроскопические и поляризационные свойства сухожильных хорд митрального и трехстворчатого клапанов сердца новорожденных. Материал и методы исследования: Материалом для исследования послужили 46 предсердно-желудочковых клапанов сердца новорожденных (отрождения до 27суток), умерших от причин, не связанных с патологией сердечно-сосудистой системы.При исследовании использовалисветооптический метод и метод лазерной поляриметрии. Результаты:В результате проведенного микроскопического исследования сердец новорожденных установлено, что поверхность сухожильных хорд митрального и трехстворчатого клапанов сердец покрыта однослойным плоским эпителием - эндотелием, который лежит на базальной мембране. Под эндотелием в

составе сухожильных хорд предсердно-желудочковых клапанов сердец новорожденных располагалсяподэндотелиальный слой, в котором дифференцировались тяжи эластических волокон, в промежутках между которыми располагались толстые одиночно и хаотично расположенные коллагеновые волокна. Волокна окружались аморфным компонентом межклеточного вещества.Основу сухожильных хорд митрального и трехстворчатого клапанов составляли плотно упакованные, прямолинейно направленные пучки коллагеновых волокон, между которыми выявлялись клетки фибробластического ряда.Однако в толще некоторых сухожильных хорд кроме коллагеновых волокон встречались в незначительном количестве кардиомиоциты. Представленные количественные результаты экспериментальных исследований поляризационных карт срезов сухожильныххорд фиброзного и фиброзно-мышечного типов клапанного аппарата сердца новорожденных подтверждают эффективность методов лазерной поляриметрии относительно оптических свойств ткани в составе сухожильныххорд клапанов сердца на этапе дифференциации и тканевой организации. Установлено, что наиболее чувствительными к изменению ориентационно-фазовой архитектоники тканей сухожильных хорд клапанов сердца новорожденных, а именно, третий и четвертый статистический моменты координатных распределений интенсивности I(0-0), I(0-90) ее поляризационных изображений, при этом статистическая величина изменяется в одинаковых пределах двух порядков.Выявлено, что координатные распределения интенсивности I(0-0), I(0-90) поляризационных изображений соединительной ткани клапанов сердца имеют фрактальную (один наклон Log-log зависимости спектров мощности) структуру в сухожильныххордах фиброзного типа. Для образцов сухожильныххорд фиброзно-мышечного типа характерный статистический (отсутствие стабильных наклонов Log-log зависимости спектров мощности) характер распределений I(0-0), I(0-90). Выводы: Таким образом, полученные данные проведенных исследований с использованием методов лазерной поляриметрии полностью подтвердили данные светооптичних исследований относительно морфологического строения сухожильных хорд новорожденных. Данный метод дает возможность дифференцировать в составе сухожильных хорд коллагеновые, эластические, мышечные волокна и определять тип сухожильных хорд.

МОРФОЛОГИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД МИТРАЛЬНОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПЛОДОВ В НОРМЕ

Пентелейчук Н.П., Семенюк Т.А., Малик Ю.Ю.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологииВГУЗ Украины

«Буковинский государственный медицинский университет» (зав. каф. – д.м.н. Цигикало А.В.)

Детальное макро- и микроскопическое изучение клапанного аппарата сердца может иметь существенное значениев решениях вопросов оперативного лечения врожденных пороков сердца, поскольку современные данные о структурной организации клапанов сердца необходимы для усовершенствования существующих конструкций протезов при операциях протезирования клапанов. Цель работы: Установить морфологические особенности сухожильных хорд предсердно-желудочковых клапанов сердца плодов в норме. Материал и методы исследования: Материалом для исследования послужили 80 предсердно-желудочковых клапанов сердец,взятых из 40 плодов 13-40 недель пренатального развития (81,0-375,0 мм ТКД), умерших от причин, не связанных с патологией сердечно-сосудистой системы. При исследовании использовали макроскопический, светооптический и статистический методы. Результаты:В результате проведенного макроскопического исследования сердец плодов 13-40 недель пренатального развития (81,0-375,0 мм ТКД), нами было установлено, что створки митрального и трехстворчатого клапанов сердца связаны с соответствующей сосочковой мышцей с помощью сухожильных хорд, которые имели вид тонких фиброзных нитей.Сухожильные хорды обычно начинались от верхушек сосочковых мышц и фиксировались к створкам предсердно-желудочковых клапанов. Большая часть (66%) сухожильных хорд, которые брали начало от сосочковых мышц, фиксировались к желудочковой поверхности створок предсердно-желудочковых клапанов сердца, 34% – фиксировались к свободному краю створок. С помощью световой микроскопии было установлено, что поверхность сухожильных хорд митрального и трехстворчатого клапанов сердца плодов 13-40 недель (81,0-375,0 мм ТКД) была ровной и покрытой одним слоем плоских клеток-эндотелиоцитов. Под эндотелием в составе сухожильных хорд локализовался подэндотелиальный слой эндокарда, в котором дифференцировались эластические волокна в виде тоненькой полоски. В составе межклеточного вещества соединительной ткани сухожильных хордлокализовались плотно упакованные пучки коллагеновых волокон, между которыми залегали густо расположенные клетки фибробластического ряда. Размещение клеток относительно поверхности сухожильных хорд было достаточно компактным. Клетки фибробластического ряда имели ровные контуры, неправильную удлиненную форму с небольшим количеством тонких отростков. В результате микроскопического исследования сухожильных хорд предсердно-желудочковых клапанов сердца плодов были обнаружены волокна, которые в виде тяжей пронизывали всю толщу сухожильных хорд. На гистологических препаратах, окрашенных за методом Пикро-Маллори тяжи окрашивались в ярко красный цвет, который свидетельствует об их принадлежности к мышечной ткани. Выводы:Таким образом, выполненные исследования позволят установить особенности строения сухожильных хорд предсердно-желудочковых клапанов в норме, которая в дальнейшем станет основой для дифференциальной диагностики их патологии.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ МАГНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Перевозчиков Н.Г., Шипицын А.Н., ординаторы по специальности «терапия» ИГМА

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

(зав. каф. – д.м.н. профессор Пименов Л.Т.)

Научный руководитель д.м.н. профессор Пименов Л.Т.

Цель работы: Исследование взаимосвязи между магниемией и степенью декомпенсации артериальной гипертензии (АГ). Материалы и методы: Проведен анализ взаимосвязи декомпенсации АГ в зависимости от концентрации магния в сыворотке крови у 12 больных, доставленных в приемное отделение (ПО) одной из клинических больниц г. Ижевска бригадами скорой медицинской помощи (БСМП) с острой декомпенсированной АГ. Средний возраст поступающих составлял 59,4±4,9 лет, среди них мужчин было 2 человека (16,7%), женщин 10 человек (83,3%). Оценивали артериальное давление (АД), зафиксированное БСМП до начала медикаментозного лечения и в ПО больницы. На догоспитальном этапе назначалась стандартная терапия, включающая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (энап 1,25 мг внутривенно, каптоприл 25-50 мг внутрь), препараты центрального действия (моксонидин 0,4 мг внутрь), при наличии тахикардии – бета-блокаторы (метопролол 25-50 мг внутрь). Всем поступившим пациентам предлагался специальный опросник на выявление дефицита магния (ДМ) разработанный РСЦ Института микроэлементов ЮНЕСКО (Громова О.А., 2014). В ПО проводился забор крови для анализа содержания магния. Статистический анализ данных вели с определением частотных показателей, критериев Стьюдента и Манна-Уитни. Результаты: Систолическое артериальное давление (САД), зафиксированное БСМП, составляло в среднем 198,8±9,5 мм.рт.ст., на уровне ПО - 158,8±7,1 мм.рт.ст. ($p<0,01$); соответствующие изменения по диастолическому артериальному давлению (ДАД) - 113,3±6,2 мм.рт.ст. и 89,6±2,8 мм.рт.ст. ($p<0,01$). Концентрация магния в сыворотке крови у больных составила 0,96±0,03 ммоль/л. С учетом средней арифметической концентрации магния в сыворотке крови больные были разделены на две группы: 1-я группа – с концентрацией магния >0,96 ммоль/л (6 человек), 2-я группа – с концентрацией магния <0,96 ммоль/л (6 человек). Средняя концентрация магния в 1-й группе составила 1,05±0,04 ммоль/л, во 2-й группе – 0,88±0,03 ммоль/л ($p<0,01$). Значения АД, зафиксированные БСМП, между группами не имели достоверных различий: САД в 1-й группе – 204,2±16,2 и во 2-й – 193,3±10,8 мм.рт.ст. ($p>0,05$); ДАД в 1-й группе – 116,7±8,4 и во 2-й – 110,0±9,7мм.рт.ст. ($p>0,05$). В 1-й группе выявлено достоверное снижение как САД, с 204,2±16,2 до 154,2±11,3 мм.рт.ст. ($p<0,05$), так и ДАД – с 116,7±8,4 до 86,7±4,2 мм.рт.ст. ($p<0,05$). Во 2-й группе САД с 193,3±10,8 снизилось до 163,3±9,2 мм.рт.ст. ($p>0,05$) и ДАД – с 110,0±9,7 до 92,5±10,3 мм.рт.ст. ($p>0,05$). Сравнение динамики САД и ДАД между группами показало, что в 1-й группе САД снизилось на 50±7,6 мм.рт.ст., во 2-й – на 30±5,1 мм.рт.ст. ($p<0,05$); ДАД в 1-й группе снизилось на 30,0±9,7 мм.рт.ст., во 2-й – на 17,5±8,7 мм.рт.ст. ($p>0,05$). Опрос на выявление ДМ показал: у 11,1% - не было ДМ, у 88,9% - определялся ДМ различной степени выраженности (66,7% - умеренный ДМ, 22,2% - явный ДМ). Среднее количество баллов в группах соответствовало умеренному ДМ: в 1-й группе – 22,8±7,6, во 2-й – 21,2±4,2 баллов ($p>0,05$). Выводы: У лиц с декомпенсацией АГ и магниемией более 0,96 ммоль/л наблюдалось достоверное снижение

как САД (с 204,2±16,2 до 154,2±11,3 мм.рт.ст.; p<0,05), так и ДАД (с 116,7±8,4 до 86,7±4,2 мм.рт.ст.; p<0,05). Степень снижения САД была так же значительнее в группе лиц с концентрацией магния в сыворотке крови более 0,96 ммоль/л (на 50±7,6 мм.рт.ст.), чем у лиц с меньшей магниемией (на 17,5±8,7 мм.рт.ст.; p<0,05). Согласно опроснику, ДМ в организме определялся у 88,9% больных с декомпенсацией АГ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Петрова М.П., студент 511 группы лечебного факультета, Печина Н.В., студент 512 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. О.И. Лекомцева

Актуальность. По данным статистики болезни органов дыхания у детей находятся на третьем месте в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития. Одно из ведущих мест среди них занимает внебольничная пневмония (ВП). Знание особенностей клиники данного заболевания в том или ином возрасте позволит своевременно устанавливать диагноз и проводить адекватную этиотропную, симптоматическую и патогенетическую терапию. Цель работы: выявить клинико-анамнестические особенности внебольничной пневмонии у детей подросткового возраста. Задачи: рассмотреть факторы риска и клиническую картину данного заболевания у подростков. Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 38 историй болезни пациентов в возрасте 13-18 лет с диагнозом ВП, находившихся на стационарном лечении в детском соматическом отделении БУЗ УР «Вавожская РБ МЗ УР» в период с 2014 по 2018 г.г. Результаты: согласно полученным данным, основными факторами риска развития ВП у заболевших стали отсутствие вакцинации от пневмококковой инфекции (97,3%), переохлаждение (94,7%) и курение (44,7%). В первые три дня заболевания были госпитализированы 12 (31,6%) человек, при этом средняя продолжительность госпитализации составила 9,5 койко-дней. У 23 (60,5%) больных выявлена правосторонняя ВП, у 8 (21%) – левосторонняя, у 7 (18,5%) - двусторонняя. Основными симптомами заболевания были: повышение температуры тела до фебрильных (68%) и субфебрильных (32%) цифр; сухой кашель в 26 (68,4%) случаях и влажный в 12 (31,6%) случаях. Кроме того, у 10 (26,3%) детей отмечались боли в грудной клетке, у 14 (36,8%) - одышка смешанного характера, гиперемия слизистой ротоглотки - у 24 (63%) пациентов. У всех больных выслушивалось жесткое дыхание с локальными (79%) и диффузными (21%) хрипами. По данным лабораторных исследований у 28 (73,7%) госпитализированных был обнаружен лейкоцитоз, у 5 (13%) – снижение уровня гемоглобина, у 20 (52,6%) – повышение СОЭ, у 24 (63%) – повышение уровня СРБ. Получаемое лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины III поколения (100%), муколитики (Амбробене – 57,9%, Лазолван – 42,1%), ингаляции с β_2- агонистами (Беродуал - 36,8%). Выводы: Таким образом, основными факторами риска развития ВП у подростков являются отсутствие вакцинации от пневмококковой инфекции, переохлаждение и курение. Поздняя госпитализация больных способствует утяжелению течения ВП. В большинстве случаев заболевания наблюдается правостороннее поражение легких.

СОСТОЯНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ НА ФОНЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Печерских М.В., очный аспирант кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения,

ВПТФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ.

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор И.А. Казакова

Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.И. Ефремова

Целью работы: оценка состояния слизистой оболочки эзофагогастродуональной зоны при дискинетических расстройствах билиарного тракта у больных хроническим некалькулезным холециститом. Материалы и методы исследования: На базе гастроэнтерологического отделения было обследовано123 пациента с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Среди больных было 90 женщин и 33 мужчины, средний возраст пациентов составил 43,74±1,26 года. Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц, из которых было 18 женщин и 12 мужчин,средний возраст составил 39,30±2,79 лет. В работе, помимо общеклинических, были использованы лабораторные и инструментальные методы, включающиемногофракционное дуоденальное зондирование, динамическую гепатобилисцинтиграфию и эзофагогастродуоденоскопию. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ MicrosoftOfficeExcel 2010. Полученные результаты: У 76,6% пациентов при проведении многофракционного дуоденального зондирования была выявлена гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря и 40,0% гипертонуссфинктера Люткенса. Достоверное увеличение Тлат желчного пузыря (11,42±2,65 мин), выявленное при проведении динамической гепатобилисцинтиграфии, у пациентов группы наблюдения относительно группы сравнения (6,33±0,23 мин) свидетельствует о затруднении оттока желчи из него.Повышение ригидности стенок желчного пузыря и гипертонус сфинктера Люткенса служат причиной нарушения желчевыделения. Т ½ желчного пузыря (45,57±1,11 мин) меньше у пациентов группы наблюдения, что является признаком гиперкинетической дискинезии желчного пузыря. На проведенной эзофагогастродуоденоскопии у 59,7% пациентов с ХНХ были установлены признаки гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни, у 86,1% больных - гиперемия, отечность слизистой оболочки желудка с участками ее атрофии, эрозиями. В 61,1% случаев обнаруживались воспалительные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. У 43,05% больных рефлюксы сочетались с наличием в пищеводе и желудке желчи. Заключение:воспалительные изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки усугубляют дискинетические расстройствабилиарного тракта, а патология желчного пузыря и его сфинктерного аппарата вызывают повреждение слизистой оболочкиорганов эзофагогастродуоденальной зоны.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Полвонов Ж.Ш., 405-группа, II-педиатрического факультета

Научный руководитель: Шаисламова Г.С.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, г.Ташкент

Актуальность.Инфекционные поражения мозговых оболочек различной этиологии продолжают оставаться самыми распространенными заболеваниями нервной системы. Несмотря на относительно низкую заболеваемость гнойными менингитами, составляющий в среднем 3,7 на 100 тыс. населения, летальность при этой патологии остается высокой и колеблется от региона в пределах 5-45%. Целью нашей работы явился анализ эпидемиологических особенностей гнойных и серозных менингитов. Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ данных. Результаты. Как показал проведенный ретроспективный анализ, уровень заболеваемости менингитами в Республике был неравномерным, с 1997 по 2007 годы отмечался уровень заболеваемости (с 2,4 до 0,8 на 100 тыс населения), а начиная с 2005 года наблюдались циклические колебания в границах от 1,2 до 100 тыс населения с двухлетней периодичностью, обусловленные менингитами. Заболеваемость гнойными менингитами носила характер и находилась на уровне 0,1 – 0,4 на 100 тыс населения. Какой-либо сезонности заболеваемости гнойными менингитами выявлено не было для серозных менингитов, напротив было характерно наличие четко выраженной летне-осенней сезонности. Обсуждение. По обобщенным данным за 1997-2007 год этиология гнойных менингитов была установлена в 44,2% случаев. Наиболее частым этиологическим агентом гнойных менингитов был N. meningitides, на долю которого пришлось 85% случаев, реже встречались S. Pneumomae (14%) и H.influenza (3,5%). Анализ возрастной структуры заболеваемости гнойными менингитами показал, что в среднем 57% случаев заболевание развивалось у детей до 14 лет. Серозные менингиты чаще выявлялись в возрастной категории 3-14 лет (60%). Выводы. Показатель заболеваемости гнойными менингитами в Республики находится на стабильно невысоком уровне и составляет в среднем 1,2 на 100 тыс населения. Уровень этиологической расшифровки гнойных менингитов не превышал 55% наиболее частыми этиологическими агентами являлись N. meningitides (84%) S. Pneumomae (15%) и H.influenza (5%).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Полвонов Ж.Ш.

Научный руководитель: Шаисламова Г.С.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, г.Ташкент

Актуальность.Инфекционные поражения мозговых оболочек различной этиологии продолжают оставаться самыми распространенными заболеваниями нервной системы. Несмотря на относительно низкую заболеваемость гнойными менингитами, составляющий в среднем 3,7 на 100 тыс. населения, летальность при этой патологии остается высокой и колеблется от региона в пределах 5-45%. Целью нашей работы явился анализ эпидемиологических особенностей гнойных и серозных менингитов. Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ данных. Результаты. Как показал проведенный ретроспективный анализ, уровень заболеваемости менингитами в Республике был неравномерным, с 1997 по 2007 годы отмечался уровень заболеваемости (с 2,4 до 0,8 на 100 тыс населения), а начиная с 2005 года наблюдались циклические колебания в границах от 1,2 до 100 тыс населения с двухлетней периодичностью, обусловленные менингитами. Заболеваемость гнойными менингитами носила характер и находилась на уровне 0,1 – 0,4 на 100 тыс населения. Какой-либо сезонности заболеваемости гнойными менингитами выявлено не было для серозных менингитов, напротив было характерно наличие четко выраженной летне-осенней сезонности. Обсуждение. По обобщенным данным за 1997-2007 год этиология гнойных менингитов была установлена в 44,2% случаев. Наиболее частым этиологическим агентом гнойных менингитов был N. meningitides, на долю которого пришлось 85% случаев, реже встречались S. Pneumomae (14%) и H.influenza (3,5%). Анализ возрастной структуры заболеваемости гнойными менингитами показал, что в среднем 57% случаев заболевание развивалось у детей до 14 лет. Серозные менингиты чаще выявлялись в возрастной категории 3-14 лет (60%). Выводы. Показатель заболеваемости гнойными менингитами в Республики находится на стабильно невысоком уровне и составляет в среднем 1,2 на 100 тыс населения. Уровень этиологической расшифровки гнойных менингитов не превышал 55% наиболее частыми этиологическими агентами являлись N. meningitides (84%) S. Pneumomae (15%) и H.influenza (5%).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Пудова М.М., ординатор, Казанцева К.А., ординатор, Валиахметов А.К., ординатор,

место проведения исследования- БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР» г Ижевск

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом СМП, ФПК и ПП, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой – д.м.н., проф., Пименов Л.Т.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Савельева Т.В.

Цирроз печени (ЦП) - диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры органа с образованием узлов (ВОЗ). Цель исследования: оценка качества диагностики и лечения ЦП в амбулаторных условиях согласно клинических рекомендаций диагностики и лечения ЦП и его осложнений. Задачи: провести анализ амбулаторных карт у пациентов с ЦП, оценить качество диагностики и лечения ЦП в амбулаторных условиях. Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 56 амбулаторных карт пациентов с ЦП, состоящих на диспансерном учете; из них 27 мужчин и 29 женщин. Средний возраст 56,4±10,2 лет. Пациентов с ЦП класса А по Чайлд-Пью было 18 человек, В – 33, С – 5. Оценка качества лечения проводилась по следующим критериям: оценка набора диагностических мероприятий, оценка набора лечебных мероприятий. Результаты: Оценка набора диагностических мероприятий. Анализ проведенных диагностических мероприятий показал, что большинству пациентов выполнялись основные клинические, лабораторно-биохимические и инструментальные исследования. Вместе с тем 25 (46%) пациентам не проведена эластометрия печени, 53 (97%) - не проведен тест связи чисел для оценки степени тяжести печеночной энцефалопатии. У 18 (32%) больных не соблюдалась частота ЭФГДС согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению осложнений ЦП. Оценка набора лечебных мероприятий. В полном объеме необходимое лечение получали только 23 человека (46%). Адеметионин получали 23 пациента (46%), урсодезоксихолевую кислоту - 38 (69%), лактулозу - 33 (60%). Противовирусную терапию получали лишь 8 человек (29%) из 27 пациентов с компенсированным ЦП. Асцит был диагностирован у 16 больных (29%), при этом диета с ограничением соли была рекомендована только 8 (50%) из них; регулярное взвешивание было рекомендовано только одному пациенту (6%), объем живота измеряли 4 пациентам (25%). Верошпирон получали 26 пациентов (46%), при этом контроль К и Na проводился лишь четверым. Среди обследованных 34 пациента (61%) нуждались в назначении анаприллина, из них анаприллин назначен лишь 21 пациенту (38%). Селективные β- блокаторы были рекомендованы 7(12%) пациентам, 6 человек (10%) не получали β- блокаторы. Следует отметить, что только 17 пациентам из получающих β-блокаторы была назначена адекватная доза препарата, которая привела к постепенному снижению ЧСС до рекомендуемых в стандартах значений. Выводы: Таким образом, при анализе амбулаторных карт пациентов с ЦП было выявлено достаточно большое количество недостатков диагностики и лечения ЦП и его осложнений. Соблюдение стандартов диагностики и лечения ЦП необходимо для раннего выявления осложнений ЦП и своевременного начала их лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни и прогноза пациентов с ЦП.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРТОВ НА АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Пулатов У.С., Мирзаев О.В.

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.-д.м.н. Шодикулова Г.З).

Цель работы: Оптимизировать изучение базисных препартов на апоптоз лимфоцитов при ревматоидном артрите. Материал и методы исследования: Обследовано 48 больных с диагнозом РА в возрасте от 35 до 44 лет (средний возраст 39,6±4,2 года). У всех исследуемых проводили анализ иммунофлюоресцентным тестом, в котором с помощью моноклональных антител проводилось выявление общего пула Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов; определяли иммунорегуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов – CD4+ (хелперы) и CD8+ (супрессоры) клетки, естественные киллеры, иммуноглобулин G на γ - положительных В-лимфоцитах, иммуноглобулин М на μ-положительных В-лимфоцитах, определение уровня антигенов гистосовместимости HLA - DR до и после лечения базисными препаратами (метотрексат), глюкокортикостероидами, а так же моноклональными антителами к ФНОα. Результаты: Установлено, что базисная терапия метотрексатом не влияет на такие основные популяции лимфоцитов периферической крови как, CD3+ CD4+, CD8+, CD16+, CD20+. На фоне терапии глюкокортикостероидами (как при пульстерапии, так и в малых дозах) в коротком периоде наблюдения не было выявлено значимой динамики большинства исследуемых антигенов. Наиболее заметное влияние на мембранный фенотип оказала терапия антителами к ФНОа, которая привела к значительному снижению процента лимфоцитов, экспрессирующих антигены CD25, CD26, HLA-DR, CD54 ($p<0,05$). Терапия метотрексатом оказалась неэффективной у больных, у которых определялись повышенные уровни экспрессии HLA-DR ($p=0,03$). Корреляционный анализ позволил выявить обратную связь между эффектом терапии антителами к ФНОа и экспрессией антигенов С011 ($p=0,03$) и С056 ($p=0,04$). Пульс-терапия мегадозами глюкокортикостероидов приводит к значительному уменьшению количества лимфоцитов, экспрессирующих гликопротеин - Р ($p<0,05$). Такая же тенденция наблюдается при использовании малых доз глюкокортикостероидов и антител к ФНОа Выводы: Таким образом, больным с РА, у которых предшествующая базисная терапия была неэффективной, перед назначением нового базисного средства, целесообразно проводить пульс-терапию кортикостероидами. При повторном назначении ранее неэффективного метотрексата у больных РА целесообразно определение уровня экспрессии HLA - DR, так как при его повышенном уровне терапия метотрексатом мало эффективна.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Пулатов Ф., Каримов Л., магистры 1 курса по направлению «Неврология» СамГМИ, Олланова Ш.С.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т)

Научный руководитель: к.м.н. Шмырина К.В.

Актуальность. Хронические прогрессирующие заболевания головного мозга, в основе патогенеза которых находиться разнообразная кардиальная патология, сопровождающаяся снижением сердечного выброса, в том числе и пороки сердца остаются одной из важных современных медицинских и социальных проблем. Цель. Изучить поражение нервной системы у лиц с приобретенными пороками сердца. Материалы и методы исследования. Основную группу составило 30 пациентов в возрасте от 28 до 54 лет (средний возраст 41,7±4.6 лет) с приобретенным пороком сердца, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении 1-Клиники СамМИ. У 63,3% обследованных клапанный порок сердца был ревматической этиологии, у 36,7% – дегенеративного. В группу контроля вошло 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем пациентам проведено клинико-инструментальное исследование, неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование (по адаптированной методике А.Р. Лурия с изучением памяти, речи, гнозиса, праксиса, мышления, внимания, счёта, письма и чтения), эхокардиография. Все пациенты осмотрены терапевтом. Результаты и обсуждение. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составило 10 (33,3%) пациентов без признаков хронической ишемии мозга, 2 группу составило 20 (66,7%) обследуемых с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) разной степени выраженности. Отмечались жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, снижение работоспособности, нарушение памяти, которые у больных 1 группы были при отсутствии органической симптоматики. При ДЭ I стадии выявлялась рассеянная микроочаговая симптоматика (гипестезия лица, асимметрия носогубных складок, девиация языка, рефлексы Аствацатурова и Карчикяна), у больных ДЭ II стадии неврологическая симптоматика была представлена одним клиническим неврологическим синдромом, у больных III стадии ДЭ выявлено сочетание двух и более неврологических синдромов. Из всей обследованной когорты у 7 (23,3%) больных в неврологическом статусе выявлялся только пирамидный синдром, у 8 (26,7%) обследованных – вестибуломозжечковый синдром. Псевдобульбарный синдром диагностирован у 2 (6,7%), экстрапирамидный – у 9 больных (30%). У 6 пациентов (20%) имело место сочетание двух или трех синдромов. Изолированные пороки сердца преимущественно наблюдались в 1 группе, в то время как сочетанные и комбинированные в основном выявлены у пациентов 2 группы. У всех пациентов имелись признаки ХСН, соответствующие I–II стадии или 1–4 функциональному классу. У 5 (16,7%) из всех больных выявлена ХСН I стадии, у 15 (50%) пациентов– ХСН IIA стадии и у 10 (33,3%) обследованных ХСН IIБ стадии. При этом ХСН I стадии была диагностирована только в 1 группе у половины пациентов. У больных 2 группы по сравнению с 1 группой статистически значимо чаще диагностированы ХСН IIA (p=0,05) и IIБ стадий. При анализе неврологической симптоматики у больных, распределенных по ХСН, не было выявлено клинических синдромов, специфичных для ДЭ II–III стадий. Нейропсихологическое тестирование показало: больные 1 и 2 групп были ориентированы в месте и времени, относительно хорошо выполяли задания на праксис, гнозис и речь и были приближены к показателям контрольной группы. При выполнении проб на конструктивный праксис результаты во 2 группе были значительно хуже, чем в контрольной группе. В данной группе также существенно страдали акустический и зрительный гнозис. Выявленные нарушения высших психических функций убедительно свидетельствуют о наличии у них органического поражения головного мозга. Выводы. У пациентов с приобретенными пороками сердца наблюдается неврологическая симптоматика, ухудшающаяся по мере прогрессирования ХСН.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Равзатов Ж.Б., 2-го года обучения магистратуры кафедры факультетской терапии Андижанского государственного медицинского института

Заведующий кафедры факультетской терапии: профессор Хужамбердиев М.А.

Научные руководители: Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Насиров М.М.

Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей общей практики с курсом стоматологи и высшая сестринская дела

Актуальность: На сегодняшний день Гипертоническая болезнь является актуальной проблемой современной кардиологии. Быстрое прогрессирование болезни и кардио-васкулярные осложнения приводят к понижению трудоспособности и инвалидизации. По последним данным распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 30-45%.На сегодняшний день в плане предупреждения Гипертонической Болезни существуют несколько проблем. Задача врачей общего профиля состоит в выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения знаний населения. Цель работы: Повышение качества профилактической работы Гипертонической Болезни среди взрослого населения в первичном звене здравоохранения. Материал исследования: Поверка проводилась в Семейной Поликлинике № 3 города Андижана. На проверку были привлечены 36 участников старше 40 лет. В качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики Гипертонической Болезни. Результаты: Получены следующие результаты: В результате 1го анкетирования – правильно ответили 12 (33,3%) респондентов. На 2ое анкетирование правильный ответ дали 34 (94,4%) респондентов. Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления о Гипертонической Болезни. Одной из основных причин является безразличное отношение к своему здоровью. Выводы: 1. Плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. 2. Для достижения лучших результатов проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСЬТЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

Равзатов Ж.Б., 2-го года обучения магистратуры кафедры факультетской терапии Андижанского государственного медицинского института

Заведующий кафедры факультетской терапии: профессор Хужамбердиев М.А.

Научные руководители: Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Насиров М.М.

Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей общей практики с курсом стоматологи и высшая сестринская дела

Актуальность: Смертность от клинически явной хронической сердечной недостаточности как минимум в 2 раза превышает смертность от онкологических заболеваний. Распространенность и показатель выявляемостихронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивается с возрастом, апрактически удваивается с каждым 10-летием жизни после 45 лет.В возрастной группе 25-34 года этот показатель равен 0,02 случая на 1000 населения от 45 до 54 лет составляет 2,1. В возрасте 75-84 года повышается до 54 случаев на 1000 населения. Цель работы: целью исследования явилось изучение качества оказываемой медицинской помощи больным с НК в условиях семейной практике. Материал исследования: Ретроспективное изучение 50 случайно отобранных амбулаторных карт из числа диспансерно наблюдаемых больных с сердечно-сосудистой патологией. Проведение анкетирования больных для определения качество жизни. Выводы: При ретроспективном анализе амбулаторных карт показали, что на 1-м месте среди причин, приводящих, к развитию НК стоит - ИБС (76%), на 2-м месте – гипертоническая болезнь (12%), на 3-месте – ревматизм (6%) и на 4-месте – кардиомиопатия (4%). Мужчин составили 54%, а женщин 46%. С увеличением возраста прогрессирует стадия НК.В условиях семейной практики лишь 20% больных получают лечение, включающее препараты традиционной схемы лечения НК и 80% больных получают препараты из групп, не являющихся основными в лечении НК или принимает крайне нерегулярно.Качество жизни больных с НК низкое и очень низкое, что связано с неполным охватом лечебными мероприятиями больных и, возможно, низким социальным уровнем жизни, не позволяющим получать необходимое лечение. Практические рекомендации: Использовать в работе семейного врача, предложенные нами метод анкетирования, с помощью которого можно выявить ХСН на более ранних стадиях. Врачам общей практики уделить особое внимание качеству жизни больных, которое можно определить при помощи 2-го

раздела анкеты. Анкета проста, удобно в применении и не требует особых финансовых затрат. Всем семейным врачам рекомендовать придерживаться современным традиционным схемам лечения ХСН, так как по данным наших исследований большой процент не получали соответствующее лечение, что способствовала снижению качества жизни больных и прогрессированию заболевания. Усилить контроль семейных врачей за больными ХСН, а именно своевременностью и регулярностью приема лекарств, обеспеченностью ими, длительностью и результатами проводимой терапии.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ С ИНФАНТИЛЬНЫМ СПАЗМОМ

Равшанов О.Р., Болтаева Ш.У., магистры 1 курса по направлению «Детская неврология» СамГМИ, Хамедова Ф.С.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность. Определение формы эпилепсии у детей и подростков на ранних этапах заболевания порой вызывает сложность в связи с необычными клиническими проявлениями приступов и их полиморфизмом, особенно при лобной эпилепсии.Симптоматические лобные эпилепсии составляют 20-30% случаев среди всех парциальных форм и занимают второе место по частоте после височной эпилепсии у взрослых. Благодаря проведению длительного видео-ЭЭГ-мониторинга, на основании детального анализа семиологии приступов и их электроэнцефалографических паттернов, а также межприступной ЭЭГ назначается рациональная антиэпилептическая терапия. Цель. Изучить биоэлектрическую активность головного мозга детей с инфантильным спазмом. Материалы и методы исследования. Обследовано 58 детей с лобной эпилепсий[30 мальчиков (51,7%), 28 девочек (48,3%). У достоверно большей части детей с лобной эпилепсией заболевание дебютировало в возрасте до 3 лет. Изучались анамнестические данные, проведен неврологический осмотр, помимо рутинной ЭЭГ всем пациентам проводился длительный видео – ЭЭГ-мониторинг, продолжительность проведения которого варьировала 3-72 часов, в зависимости от успешности регистрации характерных для детей приступов. Результаты исследования. Отставание в психомоторном развитии на первом году жизни отмечалось у 45 детей. Таким образом можно заключить, что у подавляющего числа детей с лобной эпилепсией с дебютом заболевания в возрасте до 3 лет вероятной причиной заболевания являлось перинатальное поражение головного мозга гипоксически-ишемического или реже инфекционного генеза (56,8%), которое помимо пароксизмальных нарушений проявлялось неврологическими нарушениями и отставанием в психомоторном развитии на первом году жизни. В начале заболевания у 34 детей (97,1%) приступы носили серийный характер.В межприступном периоде наличие патологических изменений, по данным ЭЭГ-исследования, было отмечено в 100% случаев: ввыраженные диффузные изменения биоэлектрической активности корыголовного мозга выявлены у 21 пациента региональная эпилептиформная активность 5 детей (21,7%);региональная эпилептиформная активность в сочетании с диффузнойэпилептиформной активностью 2 детей (8,7%); региональная эпилептиформная активность с ВЕС 9 детей (39,1%); гипсаритмия 5 детей (21,7%);независимые мультифокальные эпилептиформные изменения 2 пациента (8,7%). Таким образом, в группе детей с дебютом заболевания с возникновения инфантильных спазмов в 11,5% случаев региональная эпилептиформная активность сочеталась с диффузной эпилептиформной активностью, причем, региональные эпилептиформные изменения с диффузным распространением одинаково часто исходили как из правой, так и из левой лобной области. В 40% случаев выявлялась региональная эпилептиформная активность с вторичной билатеральной синхронизацией, в 20% случаев гипсаритмия. Модифицированная гипсаритмия характеризовалась выраженной и устойчивой унилатеральной амплитудной асимметрией эпилептиформных проявлений. Выводы. На ЭЭГ у этих детей длительное время сохранялась тенденция к диффузному распространению эпилептиформной активности или выявлялся феномен вторичной билатеральной синхронизации, что существенно затрудняло диагностическую оценку формы эпилепсии.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Рахимов С.К., Кадырова Ф.Ш., Шарапова Ю.Ш. - резиденты магистратуры по специальности кардиология

Кафедра внутренние болезни №2 (зав. каф. - д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: Изучить эффективность тромболитической тераии (ТЛТ) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненная острой сердечно-сосудистой недостаточностью на фоне почечной патологии. Материалы и методы: Обследованы 146 больных ОИМ с подъемом ST, которым в 2016-2018гг, в отделение кардиореанимации, экстренной терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП производилась ТЛТ стрептокиназой. Для исключения влияние различной эффективности тромболитических препаратов на результаты исследования не включали тех больных, которые получили другие тромболитические средства. Всего было 117(80%) мужчин и 29(20%) женщин, средний возраст составил 56,8±10,7 лет (таблица1). Диагностику ОИМ с подъемом ST, наличие показаний и противопоказаний к ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно рекомендациям ВНОК(2007). Тяжесть острой сердечной недостаточности оценивали по классификации Killip(1967). Результаты: Установлено, среднее время от появления клинической картины заболевания до момента госпитализации составило 2,7±1,2 ч, причем в срок до 6 часов госпитализированы 137(94%) больных. ТЛТ была эффективна у 104(71%) больных. У 12(8%) пациентов тяжесть сердечной недостаточности соответствовала III и IV классу по Killip. Концентрация креатинина в сыворотке крови составила 103,9±39,62 мкмоль/л. Отек легких развился у 6(4%) больных, причем у всех расположение ОИМ с подъемом ST было передним (у 32 из 76), чем у пациентов с задним ОИМ (у 19 из 70)(χ^2=4,21; p=0.04). Клиническая смерть развилась в период пребывания в стационаре у 16 (11%) больных, из них 8 не удалось реанимировать. Проведенное исследование показывает, что понижение СКФ независимо от пола, возраста и времени от возникновения клинической картины до момента госпитализации ассоциировано, с летальностью (относительный риск 12,9 при 95% ДИ (достоверном интервале от 1,45 до 115,58; p=0,002). Выводы: Таким образом, у 42% больных ОИМ с подъемом ST, которым выполнялась тромболитическая терапия стрептокиназой, имеется острое повреждение почек по уровню креатинина сыворотки, частота острого повреждения почек диагностированного по диурезу, на 40% меньше по сравнению с оценкой уровня креатинина сыворотки. Наличие острого повреждения почек согласно уровню креатинина сыворотки ассоциировано с отсутствием эффекта от тромболитической терапии.У больных с ОПП летальность выше, чем у больных ОИМ с подъемом ST без ОПП.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Разумова Л.С., Гребнева В.А. лечебный факультет, 6 курс, группа 604. ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России

Кафедра дерматовенерологии и косметологии, зав. кафедрой: д.м.н., доц. Кошкин С.В.

Научный руководитель: зав. кафедрой, д.м.н., доц. Кошкин С.В.

Псориаз – системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы. Относится к числу наиболее распространенных (1–2% населения развитых стран). Определяющее значение в его развитии имеют генетические факторы (чаще выявляют антигены HLACw6 и HLADR7). Провоцирующие факторы: психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), алкоголь, некоторые лекарственные средства. Цель: определить уровень качества жизни пациентов с псориазом и выявить степень его зависимости от особенностей течения процесса. Материалы и методы: в анкетировании приняли участие 50 человек в возрасте от 17 до 82 лет, из них: 38 (76%) – мужчины и 12 (24%) – женщины, с пациентами было заключено согласие на добровольное участие в исследовании. Дебют псориаза у 18 человек (36%) в возрасте от 20 до 45 лет; у 5 (10%) – от 5 до 18 лет; у 27 человек (54%) после 45 лет. Индекс PASI: у 15 человек не превышает 15%, у 30 человек – в пределах 20-30%, и у 5 человек – от 40% и выше. Для оценки удовлетворенности пациентом разными сферами жизни (работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, психологическая и социальная поддержка, оптимистичность, физиологический и психологический дискомфорт, уровень самоконтроля, наличие негативных эмоций) использовался опросник «Шкала оценки качества жизни» Джин Эндикотта (QLESQ). Результаты: установлено, что в качестве основного триггерного фактора (по данным анамнеза) 25 человек (50%) отмечали стресс, 24 человека (48%) не могли идентифицировать причину дебюта заболевания, 1 пациентка (2%) считала основной причиной начало менструации. У 20 пациентов (40%) обострения псориаза

возникали ежегодно, у 15 (30%) - дважды в год и чаще, 11 (22%) отмечали рецидив заболевания редко (1 раз в два года и реже), у 4 человек (8%) на момент исследования был зарегистрирован дебют псориаза. В качестве провоцирующего обострение фактора 35 человек (70%) указали нервно-психическое напряжение, 7 человек (14%) связывали обострение с осенне-зимним периодом. Давность псориаза модифицировалась в широких пределах: до 1 года - у 4 (8%), 1 - 5 лет – у 4 (8%), 6 - 10 лет - у 11 (22%), более 10 лет – у 31 (62%) больных псориазом. Связи между длительностью заболевания и качеством жизни людей не выявлено. Очень низкое качество жизни отмечалось у больных с частотой обострения два раза в год и чаще. У таких пациентов зарегистрирован невысокий уровень социальной активности (82%), снижение самоконтроля, эмоциональная лабильность (66%). Также значительное снижение качества жизни отмечали пациенты с тяжелым течением заболевания и локализацией псориатических высыпаний на открытых участках тела, причем чаще беспокойство присутствовало у женщин. Показатель влияния псориаза на уровень работы распределился почти поровну: низкий уровень – 24%; средний уровень – 36%, высокий уровень – 32%. 48% опрошенных отмечают, что чаще болеют, редко занимаются спортом. Сохраняют оптимистический настрой 68% – они жизнерадостны и не теряют надежду на выздоровление. Выводы: таким образом, средний уровень удовлетворенности жизнью отметили 22 респондента (44%). Высокий уровень жизни отметили 20 человек (40%), которые считают свою жизнь полноценной. Низкий уровень удовлетворенности зафиксирован у 8 опрошенных (16%). Выявлена корреляция между степенью тяжести псориаза и локализацией высыпаний с уровнем качества жизни пациентов.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Райхонов Б. студент 408 группы лечебного факультета, Ахмеджанова Д. студентка 405 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель асс. Ибадова О.А.

Цель работы: Оптимизировать возможности изучения и выявления доклинических проявлений гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) у пациентов основываясь на эхокардиографических изменениях с целью снижения кардиоваскулярного риска и внезапной сердечной смерти. Материалы и методы исследования: Обследовано 12 пациентов с ГКМП, изучены возрастные особенности, доклинические эхокрадиографические изменения. Результаты: Установлено, что в большинстве случаев заболевание манифестировало поздно, и болезнь протекала относительно доброкачественно. Пенетрантность заболевания в возрасте до 50 лет составляет 50% по данным электрокардиографии (ЭКГ), и лишь у 30% больных к этому возрасту выявились эхокардиографические (ЭхоКГ) признаки ГКМП. Диагностировано: идеопатический гипертрофический субаортальный стеноз у 4(34%) пациента, ассиметричная гипертрофия без обструкции тракта ЛЖ у 3(25%) пациента, верхушечная гипертрофия у 2(16%) пациента, симметричная ГКМП с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ у 3(25%) пациента. В неинвазивной диагностике ГКМП «золотым стандартом» является двухмерная ЭхоКГ, позволяющая оценить вариант моделирования миокарда, выраженность гипертрофии миокарда, более выраженную в базальных сегментах межжелудочковой перегородки, а также наличие обструкции выносящего тракта левого желудочка. 1 степень - 6(50%)пациентов градиент давления не выше 25 мм.рт.ст, 2 степень 4(33%) градиент давления от 25 до 36 мм.рт.ст, 3 степень 1(8,5%) градиент давления от 36 до 44 мм.рт.ст, 4 степень 1(8,5%) градиент давления более 45 мм.рт.ст). По степени гипертрофии МЖП - умеренная 4(34%)- толщина гипертрофии 15-20 мм, средняя 6(50%) - толщина гипертрофии 21-25 мм, выраженная 2(16%) - толщина гипертрофии более 25 мм. В 66% случаев ГКМП на ЭКГ проявлялась гипертрофией миокарда левого желудочка с несимметричными инвертированными зубцами Т и косонисходящей депрессией сегмента ST. 30% случаев регистрируются атипичные зубцы Q(резкое утолщение МЖП) глубокие и узкие (в отличии от инфарктных зубцов Q) в отведениях II III AVF V5 V6. Данные изменения ЭКГ не являются специфичными. Клиническая картина представлена триадой синдромов – стенокардия (72%), аритмии (65%), синкопальные состояния (25%). Наиболее часто среди сопутствующей патологии встречалась ишемическая болезнь сердца(70%), артериальная гипертензия (65%) и сахарный диабет II типа(37%). Выводы: Таким образом, когорта пациентов пожилого возраста является мало исследованным объектом для изучения особенностей доклинического течения ГКМП. Часто встречаемые в пожилом возрасте системные, метаболические и инфильтративные заболевания, ассоциируемые с гипертрофическим фенотипом, обусловливают сложности диагностики и требуют дальнейшего изучения данного вопроса с целью разработки дифференциально диагностических алгоритмов при ГКМП.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОГО ГОРОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ

Райхонов Б. студент 408 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №3 и эндокринологии (зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель асс. Ибадова О.А.

Цель работы. Оптимизировать процесс выявления пациентов с ренальной артериальной гипертензией, изучить возрастные особенности и нозологическую коморбидность. Материалы и методы. Обследовано 151 пациентов и проведен ретроспективный анализ медицинских карт терапевтического отделения ЦБ ГМО Самарканда за 2018 год. Результаты. Установлено что, от общего количества пациентов 151(8,37%) пациент с ренальной гипертензией, представлял интерес для нашего исследования. Распределение больных проведено согласно классификации возрастных периодов взрослого человека: 16-25 лет - юноши, 25-40 лет - взрослые, 40-60 лет - зрелые, 60-75 лет- пожилые, 76-90 лет - старики и старше 90 лет - долгожители. В 1-ю возрастную группу вошли 1пациент (0,7%), во 2-ю – 1пациент (0,7%), в 3-ю – 79 (52,3%), в 4-ю - 64 (42,4%), в 5-ю -6 (3,9%) и в 6-ю - 0 (0%). Верификация диагнозов проводилась согласно требованиям МКБ-10 и рабочих классификаций. Проанализированы абсолютные и относительные показатели возрастной структуры, нозологических форм, сопутствующих заболеваний пациентов, госпитализированных в отделение. Статистическая обработка данных проведена с помощью методов описательной статистики.151 пациент с ренальной гипертензией преимущественно в зрелом и пожилом возрасте 79(52,3%) и 64(42,4%) соответственно. Большая часть пациентов в возрасте от 40 до 75 лет. Возрастную группу 75-90 лет составили 6(3,9%) пациентов. Анализ госпитализированных пациентов в терапевтическое отделение ЦБ ГМО Самарканда представленный в исследовании свидетельствует о том, что причиной ренальной гипертензии у 131 (86,7%) является сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации и декомпенсации осложненный диабетической нефропатией, нефросклерозом и хронической почечной недостаточностью (ХПН) и 20(13,3%) пациентов с хронической инфекцией мочевых путей (пиелит, пиелонефрит одно- и двухсторонний, цистит, солевой диатез). За год патология органов сердечнососудистой системы в виде ИБС (стенокардия напряжения ФК 2-3, фибрилляция предсердий, желудочковая и суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, политопная желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия), как конкурирующее заболевание сахарному диабету 2 типа заняла первую позицию. Большинство госпитализированных пациентов имели сочетанную патологию. 151(8,37%) с ренальной гипертензией имели либо фоновое, либо конкурирующее или сочетанное заболевание в составе комбинированного основного заболевания, что существенно влияло на ухудшение течения основного заболевания. Так, в течение анализируемого периода, больные имели ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, аритмии и хроническую сердечную недостаточность, а также ХОБЛ или БА, аритмии и хроническое легочное сердце, пневмонию, и др. одновременно. В 64 (42,5%) случаях у пациентов определялись признаки хронической сердечной недостаточности, ХСН I стадии у 7(10,9%), ХСН IIA и IIБ стадии у 46(71,8%), а ХСН III стадии у 12(17,3%) госпитализированных. ХСН ишемического генеза наблюдалась в большинстве случаев. Еще один немаловажный момент наблюдалось сезонное увеличение госпитализации в стационар, так в осенне-зимний период 25,8% и 31,8% соответственно, а весенне-летний период 23,2% и 19,2% соответственно. Выводы Таким образом, полученные результаты свидетельствует, что основное место занимает госпитализация лиц зрелого и пожилого. Серьезное место занимает сахарный диабет 2 типа как серьезное фоновое заболевание, возможно отражающие эндокринные нарушения и иммунологическое «неблагополучие» в популяции лиц зрелого и пожилого возраста, а сезонность пика заболевания свидетельствует о недостаточной профилактике ОРВИ и ОРЗ на уровне сезонной вакцинации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Раупов А.Б., студент 315 группы, Ислом А.А., студент 323 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни II (зав.кафедрой: к.м.н., доц. Ярмухамедова С.Х).

Научный руководитель: асс. Назаров Ф.Ю.

Целью исследования: Цель - изучить клинико-функциональные особенности артериальной гипертонии (АГ) у больных, перенесших инфаркт миокарда, с учетом количества потребляемой ими поваренной соли. Методы исследования: Обследовано 18 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин- 11, женщин-7). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), определялась суточная экскреция натрия с мочой, проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Низкий ПВЧПС (менее 0,16% рас- твора NaCl) имелся у 28% (5) больных, средний (0,16%) у 23% (4), высокий (более 0,16%) у 49% (9). В ходе исследования было установлено, что у больных ПИКС с АГ средний ПВЧПС составил 0,3±0,03%. В настоящей работе проведено сравнение результатов клинического обследования больных с низким – 1-я группа и высоким ПВЧПС – 2-я группа. Результаты исследования: Данные опроса показали, что готовую пищу досаливали после пробы 50% пациентов 1-й группы и 75% - 2-й группы (p<0,05), досаливали готовую пищу всегда 15% лиц с высоким ПВЧПС, тогда как среди больных с низким порогом таковых не было. Суточная экскреция ионов натрия с мочой у больных ПИКС с АГ с низким ПВЧПС составила–140±6,0 Мм/сут., тогда, как с высоким соответственно - 262 ±5,7 Мм/сут., (p<0,01). При пересчёте на поваренную соль (ПС) оказалось, что больные ПИКС с АГ потребляли в среднем соответственно 8 и 15г. На головные боли жаловались 12% больных с низким ПВЧПС и 48% - с высоким (p<0,05). У больных с низким ПВЧПС боли в области сердца и за грудиной встретились в 20%, а с высоким – в 80% (p<0,01) случаев. Изучение наследственности боль- ных ПИКС с АГ показало, что указания на повышенное АД у близких родственников встретились у лиц с низким ПВЧПС в 20%, с высоким – в 56% (p<0,05). При анализе возраста, в котором у больных впервые была зарегистрирована АГ оказалось, что у лиц 1-й группы данный показатель составил 43,2±2,0 года, 2-й – 36,4±1,9 года (p<0,01). Анализ частоты курения показал, что курящих среди лиц с низким ПВЧПС было 20%, а с высоким ПВЧПС 70% (p<0,01), а уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы составил 6,1±0,2 ммоль/л, 2-й группы – 6,8±0,4 ммоль/л (p>0,05).При первом измерении АД в стационаре оказалось, что у больных ПИКС с низким ПВЧПС систолическое АД составило 146±5,0 мм рт. ст., диастолическое - 86±4,0 мм рт. ст., тогда как с высоким ПВЧПС – 168±4,4 и 95±5,0 мм рт. ст. (p<0,05). По данным СМАД систолическое АД днём у первых было 138±6,0 мм рт. ст., а у вторых – 158±4,5 мм рт. ст. (p<0,01), ночью 123±6,3 и 148±5,3 мм рт. ст. (p<0,01). Соответствующие показатели для диастолического АД были: 84±5,5 и 93±5,5 мм рт. ст. (p>0,05); 69±5,0 и 89±4,7 мм рт. ст. (p<0,01). Пульсовое АД днём составило у пациентов 1-й группы – 53±5,1 мм рт. ст., второй группы – 65±5,1 мм рт. ст. (p>0,05), а ночью - 53±5,2 и 58±5,0 мм рт. ст. (p>0,05). Среди пациентов с низким ПВЧПС дипперы составили 69%, недипперы - 23% и овердипперы – 8%. Напротив, у больных с высоким ПВЧПС дипперы были выявлены в 29% (p<0,05), недипперы – в 62% (p<0,05) и найт-пиккеры – в 9% случаев. Выводы: Таким образом, АГ у больных ПИКС, потребляющих повышенное количество поваренной соли, имеет определенные клинико-функциональные особенности. Можно полагать, что снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли способствует у них непроизвольному повышенному потреблению более солёной пищи. Последнее обуславливает, по-видимому, развитие АГ связанной с гиперволемией.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Раупов А.Б., студент 315 группы, Ислом А.А., студент 323 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №2 (зав.кафедрой: к.м.н., доц. Ярмухамедова С.Х).

Научный руководитель: асс. Назаров Ф.Ю.

Многочисленные исследования последнего десятилетия показали, что нарушения ритма сердца (НРС) представляют собой наиболее сложный и трудный раздел клинической терапия, большую и серьезную проблему кардиологии. Ведущая роль в формировании НРС отводится дисбалансу между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Методы исследования: Нами проведено клинико-инструментальное исследование 28 больных (12 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 20 до 45 лет. Оценка состояния вегетативного гомеокинеза проводилась по стандартной методике определения исходного вегетативного тонуса с помощью специальных таблиц, а также вегетативной реактивности посредством вариационной пульсографии. Суточное мониторирование (СМ) ЭКГ осуществляли с помощью кардиорегистратора «КардиоСенс». Результаты исследования: Большинство обследованных больных при поступлении предъявляли жалобы на кратковременные колющие боли в области сердца 5 больных ощущали перебои в работе сердца, у 3 больных имели место синкопальные состояния. СВД по симпатикотоническому типу обнаружен у 7 больных, ваготонический тип диагностирован у 8 больных, у остальных СВД носил смешанный характер. При ЭКГ НРС были обнаружены у (58,6%) пациентов, при СМ ЭКГ НРС и проводимости регистрировались у 27 больных (96,7%). Из сопутствующей патологии обнаружены психосоматические заболевания: бронхиальная астма, атопический дерматит, гастрит, ДЖВП. При ЭхоКГ у 5 больных выявлено пролабирование митрального клапана, у 2 больных регистрировались дополнительные аномально расположенные хорды. 1/3 пациентов имели хронические очаги инфекции. По результатам холтеровского мониторирования максимальная продолжительность пауз за счет синусовой аритмии составила: 1313,0±- 178,8 мс. Частые паузы у больных с ваготоническим вариантом вегетодистонии обнаруживались в 1,5 раза чаще, чем у симпатикотоников. Характерным для парасимпатикотонии является миграция водителя ритма, зарегистрированная в 85,3%, при этом более чем у 70% больных с ваготоническим вариантом дистонии. У таких пациентов во время сна регистрировались короткие участки замещающего ритма в 30,7%. Единичные эпизоды синоатриальной блокады II степени 1 типа встречались у 58,9%. Частичная АВ блокада I степени выявлена у 3,8% больных. У 2,5% мужчин были обнаружены единичные эпизоды АВ блокады II степени типа Мебиц 1. По нашему наблюдению редкие одиночные наджелудочковые экстрасистолы зафиксированы в 29,6%, в том числе 24,2%, с вагозависимой эктопической активностью. Однако даже такая редкая экстрасистолия рассматривается как симптом срыва адаптационных механизмов в регуляции сердечного ритма. Кроме одиночных экстрасистолических комплексов при вегетодистонии регистрировались эпизоды эктопических ритмов. Обычно они были достаточно короткими, занимая по времени от нескольких секунд до 2-3 минут. Выводы: Выявленные ЭКГ феномены расцениваются как проявления функциональной кардиопатии вследствие дисбаланса вегетативной нервной системы, которую наряду с обнаруженной соматической патологией можно отнести к клинической форме СВД.

ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: КЛИНИКО-ПАТОКИНЕТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Рахимов А.А., студент магистратуры I курса психиатрии, Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Далимова С.А., ассистент кафедры психиатрии и наркологии, АГМИ

Цель исследования: Изучить влияние патопластических факторов на клинику и течение параноидной шизофрении с церебральными гемодинамическими нарушениями и разработать лечебно-реабилитационные мероприятия для данной категории больных. Материалы и методы исследования. Пациенты выбраны из группы больных, находившихся на повторном стационарном лечении с диагнозами: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения» (Р20.00) и «Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения» (Р20.01). Клиническая верификация диагноза проводилась с использованием данных стационарного обследования и наблюдения, архивной медицинской документации и научных документов. Осматривались лица в возрасте 20-50 лет с длительностью заболевания не менее двух лет. В исследование не включались больные, имеющие 1 группу инвалидности, недееспособные пациенты, а также госпитализированные в психиатрический стационар в недобровольном порядке. № исследования исключены больные, у которых диагноз параноидной шизофрении был установлен до достижения ими 18-летнего возраста, а также пациенты

со злокачественным гаи вялым течением заболевания. Результаты исследования. Первые заметные результаты были отмечены через 1,5-2 месяца комплексной терапии у 54 пациентов (27,6%). Из них у 46 больных (85,2%) было диагностировано эпизодическое с нарастающим дефектом течение параноидной шизофрении, у 8 человек (14,8%) - непрерывно-прогредиентное течение. К указанному сроку у всех этих больных редуцировались обманы восприятия, одновременно с этим купировались и другие психотические расстройства, в первую очередь сопутствующие нарушения настроения и психические автоматизмы. Больные были спокойны, хорошо спали, отмечали у себя улучшение настроения и нормализацию аппетита. Они достаточно следили за внешним видом, были опрятны и аккуратны. Охотно вступали в контакт, во время беседы были готовы обсуждать актуальные для себя темы, в частности, семейные проблемы, возможность нового трудоустройства или продолжения работы на прежнем месте. Эти пациенты активно включались в трудовые процессы внутри отделения, охотно ходили на прогулки. Эти больные составили первую группу, в которой эффективность комплексного лечения с использованием немедикаментозных методов, направленных на восстановление тонуса сосудов головного мозга, была определена как высокая. После выписки из стационара больные продолжали посещать сеансы немедикаментозного лечения, во время которых врач мог оценить состояние пациентов, при необходимости провести коррекцию терапии. Чаще всего она заключалась в объяснении необходимости продолжения приема лекарственных средств. Выводы. 1. 10-ти летний анализ распространенности шизофрении в населении Красноярского Края (2001 - 2010гг.) показал рост показателей общей заболеваемости (35,8 на 10 тысяч населения в 2010г. против 31,5 в 2001г.), при относительно стабильной величине доли данной патологии в структуре первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами (2,8%).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ

Рахимов А.А., студент магистратуры I курса психиатрии, Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Далимова С.А., ассистент кафедры психиатрии и наркологии, АГМИ

Цель исследования. Изучить патогенетические закономерности формирования специфического дефекта у больных с параноидной шизофренией, сочетающейся с синдромом зависимости от алкоголя, оптимизировать походы к его диагностике. Материалы и методы исследования. Структура и характер психических нарушений у различных групп обследованных пациентов имели существенные различия. У больных, страдающих шизофренией без коморбидной патологии в виде синдрома зависимости от алкоголя, общий показатель тяжести клинических проявлений основного заболевания у мужчин и женщин не имел достоверных различий и соответствовал наличию симптомов болезни с минимальным уровнем сложности исполнения социальных функций, либо отвечал критериям, характеризующимся заметными, но умеренными функциональными нарушениями. Позитивные симптомы шизофрении у данной категории больных характеризовались в основном структурными расстройствами мышления, трудностями в целенаправленном мышлении, склонности к побочным ассоциациям. Отмечались так же расстройства мышления по содержанию в виде наличия более или менее сформированных идей отношения, которые влияли на их поведенческие реакции. Проявления враждебности сглаживались по мере проводимой в стационаре терапии, так как концу двухнедельного пребывания в стационаре только у 10% обследованных мужчин и 20% обследованных женщин отмечались признаки косвенного или сдерживаемого выражения гнева в виде враждебных высказываний или вспышек раздражительности. Результаты исследования. Результаты обследования больных шизофрений с наличием синдрома зависимости от алкоголя в виде коморбидной патологии представлены в таблице 4. При этом тяжесть заболевания соответствовала 3-4 баллам шкалы СвТ-Б. Обращал на себя внимание тот факт, что выраженность продуктивной симптоматики у этой категории больных была достоверно ниже, чем у первой группы больных. У больных, страдающих шизофренией, сочетающейся с синдромом зависимости от алкоголя отмечались многочисленные жалобы соматического характера. У больных этой группы также отмечались выраженные волевые нарушения, приводящие к расстройствам поведения и асоциальным действия. Около 26% обследованных нами мужчин и 19% женщин совершали асоциальные поступки, попадая в поле зрения полиции. Характеризуя третью группу пациентов, имеющих выраженную соматическую патологию, считаем целесообразным привести таблицу сопутствующих заболеваний. Обязательным условием включения этой группы пациентов в исследование было наличие у них психической патологии, относящейся к диагностической рубрике: другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни Р 06.8. В результате обследования у пациентов данной группы были выявлены. Вывод. 1. У больных шизофренией в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя, в отличие от пациентов с той же патологией без алкогольной зависимости, в ходе формирования специфического шизофренического дефекта была достоверно менее выражена продуктивная симптоматика (показатели РАЫ58 соответственно составляли 18,4± 1,1 и 20,1±1,2 у пациентов без коморбидной патологии и 15,4±1,2 и 17,1 ±1,7 при наличии синдрома зависимости от алкоголя), однако, показатели негативной и общей психопатологической симптоматики были достоверно выше (соответственно 24,7 ±2,5; 23,6±2,9 и 42,2±4,4; 44,5±5,1). При этом происходило сглаживание психопродукции за счет употребления алкоголя, на фоне усиления метаболических расстройств.

АКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КАРДИОМИОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Рахимов С.К., Шарапова Ю.Ш., Дустов А.А. резиденты магистратуры, Хасанджанова Ф.О. ассистент кафедры

Кафедра внутренние болезни №2 (зав. каф. - д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: Изучить активность неспецифических (АСТ, АЛТ, ЛДГ, КФК) и специфических (Тр I, МВ-КФК) маркеров некроза кардиомиоцитов у больных инфарктом миокарда в различных возрастных группах. Материалы и методы. Все обследованные больные инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от возраста были разделены по десятилетиям на 4 группы. 1-ю группу составили больные до 40 лет (n=30, средний возраст – 32,8 ±0,5 лет), 2-ю группу - пациенты от 40 до 49 лет (n=26, средний возраст – 43,4 ±1,2 лет), 3-ю группу - от 50 до 59 лет (n=51, средний возраст - 55,3 ±0,9 лет), 4-ю группу - больные старше 60 лет (n=26, средний возраст - 67,5 ±0,8 лет). Больным проведены клинические исследования, оценка неспецифических (АСТ, АЛТ, ЛДГ, КФК) и специфических (Тр I, МВ-КФК) маркеров некроза кардиомиоцитов. Результаты: Установлено, что в 1-ой и 2-ой группах диагностически значимо повышались маркеры АСТ. В 3-ей группе были выявлены минимальные значения активности маркеров АСТ. В 4-ой группе динамика изменения содержания маркеров соответствовала 3-ей группе, но были выявлены количественные различия. Так, маркеры АСТ в 1,2 раза были ниже относительно 3-ей группы. Нами был изучен Коэффициент де Ритиса (соотношение активности сывороточных АСТ (аспартатаминотрансфераза) АЛТ (аланинаминотранс-фераза), повышение которого свидетельствует о поражении сердца и можно с достоверностью говорить об инфаркте миокарда или ином процессе связанным с разрушением кардиомиоцитов. Значение коэффициента в норме составляет 1,33±0,42 или 0,91-1,75. Коэффициент де Ритиса составил 1.825 в 1-ой группе, 1.63 во второй группе, 1.575 в третьей группе, 1.31 в четвертой группе. Показатель де Ритиса в 1-ой группе был достоверно выше, чем у больных более зрелого возраста. Установлено, что в 1-ой группе диагностически значимо повышались маркеры TpI (48,9±11,5 нг/мл). Во 2-ой группе имелась тенденция к снижению TpI (27,9±14,1 нг/мл). При поступлении у молодых пациентов 1-ой группы маркеры TpI в 1,6 раз были выше, чем в 4-ой группе пожилых пациентов. Содержание TpI в сыворотке крови в сравниваемых группах статистически значимо не различалось. В 1-ой группе показатели КФК были повышены. В 3-ей группе были выявлены минимальные значения активности КФК. В 4-ой содержания КФК в 1,3 раза были ниже относительно 3-ей группы. При поступлении у молодых пациентов 1-ой группы маркеры КФК в 1,9 раз были выше, чем в 4-ой группе пожилых пациентов. В 1-ой группе показатели МВ-КФК были повышены. В 3-ей группе были выявлены минимальные значения активности МВ-КФК. При поступлении у молодых пациентов 1-ой группы маркеры МВ-КФК в 1,7 раз чем в 4-ой группе пожилых пациентов. В 1-ой группе показатели ЛДГ были повышены. Во 2-ой группе имелась тенденция к снижению ЛДГ. Для маркера ЛДГ характерно увеличение по мере развития ИМ. В 4-ой группе содержания ЛДГ в 1,2 раза ниже относительно 3-ей группы. Выводы: Таким образом, наиболее информативным маркером некроза лабильности клеточных мембран у лиц 3-ей группы (от 60 до 69 лет) оказался ЛДГ: он увеличивался по мере развития ИМ. Для больных 4-ой группы (старше 70 лет)

характерно низкое содержание КФК, АСТ по сравнению с молодыми пациентами 1-ой группы. Исключение не составили специфические маркеры некроза МВ-КФК. Низкая диагностическая значимость маркеров лабильности мембран кардиомиоцитов у лиц пожилого и старческого возраста, по-видимому, связана с возрастными особенностями обмена внеклеточного матрикса миокарда.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, ВЫЗВАННЫМИ TR. VAGINALIS

Рахматова А.Х., Нуруллаева А.А. студенты 501 группы педиатрического факультета СамМИ,

Сулаймонов А.Л. резидент магистратуры 2-года обучения по специальности кожных и венерических болезней СамМИ

Кафедра инфекционных заболеваний, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний (зав. каф.- доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: ассистент Ахмедов Ш.К.

Цель исследования: В проведенном нами исследовании мы попытались изучить клиническую эффективность и безопасность местного применения препарата «Росисептин» для лечения больных одной из наиболее распространенных инфекций урогенитального тракта, вызванной tr.vaginalis. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет, из которых было 15 женщин и 10 мужчин. Критериями включения в исследование служили: наличие клинических проявлений, безуспешное лечение этих инфекций другими препаратами; микроскопическое подтверждение инфекции, вызванной tr.vaginalis. Длительность заболевания варьировала от 2 недель до 2 лет. В своих проявлениях трихомонозное поражения имели классическую клиническую картину. Основными жалобами женщин были зуд и пенистые выделения из половых путей; мужчин зуд, слизистые выделение, жжение, дискомфорт в области головки полового члена и уретры. При клиническом обследовании всех женщин выявляли гиперемию и отек слизистых половых путей, наличие во влагалище обильных молочных или пенистых выделений; у мужчин покраснение слизистой головки полового члена (7 человек) и наличие гнойого налета (6 человек), покраснение губок уретры и наличие слизистых выделений (5 человек). Предшествующая терапия проводилась у всех 25 больных и включала как местное (свечи с метронидазолом, промывание с раствором фурацилина, свечи полижинакс), так и общее лечение (трихопол, фурозолидон, нистатин). Методика применения препарата женщин заключалась в орошениях 10 мл раствором Росисептина слизистой вульвы и влагалища; у мужчин в виде примочек раствора Росисептина при поражениях слизистых оболочек головки полового члена и инстилляций в уретру при уретрите. Процедуры выполняли 1 раза в сутки течение 10 дней. Результаты: При обследовании больных после лечения отметили выраженный эффект препарата на клиническое состояние больных. Исчезновения признаков воспаления, наблюдаемое уже после первых процедур, удалось добиться практически у которых до лечения наблюдали очень сильные воспалительные явления, после лечения сохранялась легкая гиперемия слизистых (клиническая эффективность-90%). Столь выраженный клинический противовоспалительный эффект сопровождался положительной динамикой микроскопических исследований. Сразу после лечения у 14 женщин и 10 мужчин констатировали исчезновение tr. vaginalis из урогенитального тракта (микробиологическая эффективность 86%). Таким образом, окончательный показатель клинико-этиологической эффективности составил 88%. Побочных эффектов ни у кого из исследуемых больных не было. Выводы: Препарат «Росисептин» при местном применении в виде раствора обладает выраженным клиническим противовоспалительным эффектом, позволяет достичь клинико этиологического излечения у 98% больных трихомониазом.

ЭФФЕТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАПРОЛОЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ

Рахмонов Ш., студент 303 группы медико-педагогического факультета,

Качалиев Х., студент 509 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав.каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Ахмедова Г.А.

Цель работы. Оценить эффективность применения метапролола у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II– III ФК, осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС). Материал и методы исследования. Обследовано 79 больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН II – III ФК по NYHA (43 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 42 до 85 лет на базе терапевтического отделения РНЦЭМПСФ. Метапролол назначался в дозе 50 мг 1 раз утром в составе комплексной терапии больных ХСН в течение 12 недель. Оценивалась клиническая эффективность и внутрисердечная гемодинамика по данным эхокардиографии. Результаты. Полученные результаты показали, что через 12 недель наблюдения при уменьшись клинические проявления декомпенсации (отеки, одышка, удушье,ердцебиение, слабость), достоверно снижался ФК ХСН: с 3,1±0,004 до 2,28±0,008 ($p<0,05$). Также происходило достоверное снижение систолического и диастолического АД у лиц, страдающих артериальной гипертензией (АГ). У всех пациентов отмечалось достоверное снижение ЧСС – с 84,6±5,7 до 66,3±3,5 в минуту ($p<0,05$). На фоне терапии пациентов ХСН ишемической этиологии метапрололом происходило улучшение показателей патологического ремоделирования внутрисердечной гемодинамики. Заметно уменьшились КДО (на 32,3%) и КСО (на 22,5%), ММЛЖ (в среднем на 33,5%). Положительные изменения со стороны систолической функции нашли свое подтверждение в статически значимом увеличении ФВ ЛЖ в среднем на 28,9%. Метапролол также оказывает положительное влияние на показатели диастолической функции миокарда левого желудочка. Выводы: Таким образом, выявлена эффективность терапии метапрололом в дозе 10 мг. Препарат улучшил клинический статус больных ХСН, благотворно повлиял на параметры общей гемодинамики и показатели систолической и диастолической функции микарда левого желудочка.

МОТИВАЦИЯ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Решетилова Н.Б., Кулиш Н.М. Решетилова Н.Б., доцент кафедры анатомии человека им.Н.Г.Туркевича*

Кулиш Н.М. старший преподаватель кафедры внутренней медицины,

Кафедра анатомии человекаим. Н.Г.Туркевича (зав. кафедры – д.мед.н., проф.Кривецкий В.В.)

Кафедра внутренней медицины, физической реабилитации, спортивной медицины та физического воспитания

(зав. кафедры – д.мед.н., проф. Тащук В.К.)

ВГУЗ Украины«Буковинский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: д.мед.н., профессор – Макар Б.Г.

Цель работы: Сегодня вопрос о методиках и целях подготовки студентов, которые должны будут применять свои навыки в условиях быстро меняющейся экономической ситуации, есть актуальным и неотложным. Целью было проанализировать возможности усиления мотивации для занятий спортом студентам-медикам младших курсов. Материал и методы: анализ литературных данных и наблюдение за студентами медицинских факультетов № 1-4 ВГУЗ «БДМУ». Результаты: Интенсивность современных процессов настолько быстро возрастает, что требования к будущим специалистам меняются достаточно кардинально и приобретают качественно новое направление. Как следствие всего этого возрастает умственная нагрузка из-за увеличения объема учебного материала, уплотнения и усложнения учебных программ, которое происходит из-за быстрых и глубоких изменений получаемой информации, возрастающей как в количественном, так и в качественном аспекте. Вся эта нагрузка существенно снижает время, которое студент может позволить уделить физическим нагрузкам, что, в свою очередь, приводит к негативным изменениям высшей мозговой деятельности. При анализе этих изменений в первую очередь следует отметить ухудшение умственной трудоспособности (рост количества ошибок), что ведет к увеличению времени для решения как сложных, так и простых задач, значительного ухудшения внимания, процессов мышления, памяти, ослабления эмоциональной стойкости. Значительный дефицит мышечной активности приводит к тяжелым хроническим заболеваниям внутренних органов. Но для успешной

учебы в высших учебных заведениях, где постоянно требуется крепкое здоровье, творческая активность и высокая как умственная, так и физическая выносливость, необходимо хронически принимать быстрые решения разнообразнейших заданий. Таким образом, Актуальность вопроса о необходимости умеренных регулярных физических нагрузок для студентов высших учебных заведений не вызывает никаких сомнений. Но для выполнения этой не такой сложной задачи возникает закономерный вопрос о мотивации. При достаточно плотном интенсивном графике занятий найти свободное время для занятий физкультурой достаточно сложно. Поэтому стоит вопрос о формировании позитивных эмоций и, как следствие, желания заниматься регулярными физическими нагрузками, даже если и не слишком интенсивными. Беря пример со школы, мы считаем, что и для студентов младших курсов одной из лучших форм физических нагрузок является игра, которая будет состоять как из элементарных движений так и более сложных – спортивных. Такими играми могут быть, например, эстафета или командные игры (футбол, волейбол и т.п.). При проведении анализа успеваемости студентов, которые регулярно занимались не профессиональным спортом, следует отметить улучшение психологического состояния, что ведет к улучшению работоспособности и, соответственно, успеваемости. Выводы: В заключение, хочется подчеркнуть, что особенно важна регулярность в занятии спортом, т.к. именно она ведет к улучшению общего психологического и физического состояния организма, а не интенсивные, но не регулярные занятия спортом.

ПРОБЛЕМНАЯ СИТУАЦИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЕ ЗВЕНО УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

Решетилова Н.Б., доцент кафедры анатомии человека им. Н.Г.Туркевича ВГУЗ Украины

«Буковинский государственный медицинский университет»

Кафедра анатомии человека им. Н.Г.Туркевича (зав. кафедры – д.мед.н., профессор Кривецкий В.В.)

ВГУЗ Украины«Буковинский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: д.мед.н., профессор – Макар Б.Г.

Цель работы: За последние годы неоднократно менялись программы преподавания дисциплин в высших школах и программа преподавания нормальной анатомии человека в частности. Интерес к методологии преподавания предмета занимает ключевой момент в учебных программах высшей школы. На сегодняшний день главным направлением является личностный подход, который формирует активную личность студента, который умеет свободно оперировать полученными знаниями, применять их для решения ситуационных клинических задач. Эти требования касаются, в первую очередь, студентов младших курсов, ведь на старших курсах методики обучения и получения знаний значительно усложняются и приближаются к реалиям клиники. Методы исследования: Для правильного формирования личности студентов необходимо выработать у него не только навыки внимательного восприятия информации, но и умение самостоятельно анализировать ее, принимать соответствующие решения. Наиболее современными методами развития самостоятельности является проблемное и эвристическое обучение. Результаты: Первое предусматривает формирование предположений, поиск новых элементов логических звеньев, высказывания аргументов для их доказательств и самостоятельное формулирование некоторых выводов и обобщений, которые являются новыми структурными элементами знаний по выбранной теме. Проблемная ситуация - одна из закономерностей процессов мышления, его начальный момент. Мышление может быть как проблемным, так и нет, или продуктивным и репродуктивным. Способность усваивать данные, оперировать обобщениями, полученными в готовом виде, является звеном репродуктивного мышления, способность открывать новое является продуктивным аспектом, так как максимально развивает творческие способности. Таким образом, данное направление развивает самостоятельность студентов, и, главное - формирует навыки учебно-исследовательской работы. Такое направление побуждает студентов анализировать фактически полученный материал, оперировать с ним и самостоятельно получать и формулировать новую информацию в виде выводов. Эта новая информация может быть получена только лично студентом, который поставлен в соответствующую клиническую (теоретическую на первых курсах) ситуацию. Такая информация является наиболее ценной, так как запоминается лучше и дольше. Главная цель заключается не только в поднятии уровня умственной деятельности, но и систематизации умственных действий, и, как последствия, лучшего, правильного решения нестереотипно задач, которые требуют творческого подхода. Основным направлением проблемной ситуации является поиск неизвестного, который опирается на анализ известной информации. Также значимойявляется проблема противоречий и мотив поиска. Эти звенья требуют от студентов поиска путей для их решения. Решение клинических задач,основанных на теоретическом уже выученном материале, студентамимладших курсов, побуждают будущих врачей мыслить. Особенно важно создавать для них теоретические клинические ситуации, в которых воспроизводится разногласие или несоответствие необходимого и известного знания, способа или действия. Главным элементом такого метода является самостоятельное открытие неизвестного, нового, что нужно для правильного выполнения задания или действия. Как правило такая ситуация возникает, если студент не знает способов решения ситуационных клинических задач, не может объяснить факты в этих ситуациях, то есть в случае осознания недостаточности предыдущих знаний для объяснения полученной информации. Исходя из идеи развития познавательной самостоятельности студентов практические занятия по анатомии можно разделить на проблемные и не проблемные. С точки зрения внутренней специфики, проблемным следует считать практическое занятие, на котором преподаватель преднамеренно создает проблемные ситуации и организует поисковую деятельность студентов по самостоятельной постановки проблемы и ее решения (высокий уровень проблемности) или сам ставит проблему и решает их, показывая студентам логику движения мысли в поисковой ситуации (низкий уровень проблемности). Выводы: Таким образом, целесообразно использовать в обучении «анатомии человека» ситуационных клинических задач для формирования глубоких комплексных знаний. Формирование клинического врачебного мышления возможно только при использовании натуральных влажных препаратов, современных учебно-методических пособий, таблиц, рисунков, электронных атласов и видеоматериалов

ШЕЙНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ У ПОДРОСТКОВ

Ризаева Г.Ш., студентка 424 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф – проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель к.м.н. Утаганова Г.Х.

Цель исследования: Изучить клинико-этиологические факторы развития раннего шейного остеохондроза у детей. Материал и методы исследования: Нами было обследовано 35 детей в возрасте от 14 до 16 лет обратившихся к неврологу с цефалгическим синдромом. Больным было проведено традиционное обследование с включением клинических и параклинических методов исследования. Обследованным больным проведено глубокое исследование неврологического статуса и тщательно собран перинатальный анамнез. Из дополнительных методов исследования было проведено рентгенография шейного отдела позвоночника, УЗДГ позвоночных артерий и ЭМГ. Результаты. Установлено, в анамнезе каждого больного имело место тот факт, что все дети были от первой беременности и первых родов и течение тяжелых родов. Данные рентгенографии шейного отдела позвоночника выявило, в 7 случаев (24, 5%) случаев выявило дислокацию шейных позвонков, в 5 случаев (17,5%) изменение в остистых отростках. На УЗДГ позвоночных артерий идет у всех пациентов выявили снижение кровотока в вертебральных артериях. Данные ЭМГ исследования показали, что у всех детей с нестабильностью шейного отдела снижена сила и выносливость мышц шейного отдела, при этом выражена асимметрия показателей мышечной активности как в покое, так и при выполнении работы. Выводы. Таким образом, нестабильность шейного отдела позвоночника приводит к дисфункции мышц, а нарушение кровотока в вертебральных артериях к развитию цефалгического синдрома. Нестабильность шейного отдела позвоночника у детей, в 70% случаев по нашим наблюдениям является следствием перенесенной натальной травмы. Дислокация и подвывих шейных позвонков ведет к вынужденному наклону головы относительно шейного отдела, плечевой пояс принимает наклонное положение для создания равновесия в сторону, противоположную наклону головы.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В., соискатель степени PhD базовой докторантуры ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: д.м.н. Абдуллаева В.К.

Актуальность: по данным ВОЗ, в последние десятилетия нарастание нейрокогнитивного дефицита у больных параноидной шизофренией является одной из важнейших медико-социальных проблем современной психиатрии. Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что среди больных шизофренией значительный удельный вес составляют лица трудоспособного возраста, а также достаточно высокий процент их инвалидизации. Цель работы: изучить особенности интеллектуально-мнестической сферы в сравнительном аспекте у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами, для оптимизации социального функционирования и адаптации в социуме. Материал и методы: обследовано 80 больных с диагнозом параноидная шизофрения (38 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 25 до 50 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице города Ташкента. В основную группу вошли 40 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, коморбидная с вирусными гепатитами В и С; группа сравнения состояла из 40 больных с диагнозом параноидная шизофрения без сопутствующей патологии (F20.00 по МКБ -10). Для выявления изменений в интеллектуально-мнестической сфере проведены следующие методики экспериментально-психологического исследования: таблицы Шульте, «Заучивание 10 слов», «Воспроизведение рассказов», тест Бентона, «Исключение 4-го лишнего», объяснение переносного смысла пословиц и метафор, тест пиктограмма Лурия. Результаты исследования: изучение клинических особенностей психического статуса больных выявило, что во взаимоотношениях наблюдалась настороженность и подозрительность, склонность к появлению странных интересов, идущих в разрез с реальными обстоятельствами в сочетании с бредоподобными рудиментарными идеями, бредоподобными предчувствиями, бредоподобными навязчивости, бредоподобным чувство собственной неполноценности. В ходе обследования определено, что интеллектуально-мнестические способности больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами характеризуются инертностью с признаками истощаемости, ослаблением произвольного внимания, снижением уровня обобщения и отвлечения, абстрактного мышления. Установлено, что у большинства пациентов нейрокогнитивные нарушения присутствовали до развития продуктивной симптоматики шизофрении и сохранялись во время периодов ремиссии позитивных симптомов. Достоверные ($p<0.01$) различия между 1 и 2 группой больных отмечались в показателях зрительной памяти и исполнительских функций, так же достоверно ($p<0.05$) отличались показатели внимания, пространственной ориентации, моторной координации, долговременной памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, логического мышления и нарушений в лексической системе. Выводы: таким образом, выявлено, что пациенты с параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами В и С страдают значительными отклонениями социального функционирования в аспектах жизнедеятельности, таких как семейные и профессиональные отношения в связи с формированием нейрокогнитивного дефицита на фоне имеющейся вирусной патологии. Ослабление социальной регуляции и социальной направленности поведения у больных параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами, способствует формированию у них специфических особенностей познавательной деятельности, нарушением адаптации в социуме.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Рузиев Б.Б., студент 312-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Гафурова С.Г.

Цель работы: Изучить эффективность препарата бисопролола у пациентов с гипертонической болезнью. Материал и методы исследования: Исследование выполнено на базе I отделения терапевтического профиля СФРНЦЭМП у 54 больных с гипертонической болезнью. Результаты: Установлено, что у 51 больных с гипертонической болезнью применение в течении месяца бисопролола показал хороший терапевтический эффект без проявления побочных эффектов. У 2-х больных в результате приема препарата наблюдалась ортостатическая гипотензия, а у 1-ного - синусовая брадикардия. В начале применения препарата, общее периферическое сосудистое сопротивление увеличилось, а затем через 3 суток возвратилось к исходному и при длительном назначении снизилось. Антигипертензивный эффект наступил у 43 больных через 3 дня, у 8 – через 5 дней, у 3 больных препарат был отменен из-за побочных эффектов. Нужно отметить, что бисопролол является селективным бета$_1$-адреноблокатором без внутренней симпатомиметической активности; оказывает антигипертензивное, антиаритмическое и антиангинальное действие. Блокируя в невысоких дозах бета1-адренорецепторы сердца, урежает частоту сердечных сокращений, угнетает проводимость и возбудимость, снижает сократимость миокарда, тем самым проявляет антиаритмический эффект. Антигипертензивный эффект связан с уменьшением минутного объема крови, симпатической стимуляции периферических сосудов, снижением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы восстановлением чувствительности барорецепторов дуги аорты и влиянием на центральную нервную систему. Антиангинальный эффект обусловлен уменьшением потребности миокарда в кислороде в результате урежения частоты сердечных сокращений и снижения сократимости, удлинением диастолы, улучшением перфузии миокарда. За счет повышения конечного диастолического давления в левом желудочке и увеличения растяжения мышечных волокон желудочков может повышать потребность миокарда в кислороде, особенно у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности бисопролола у больных, что позволяет рассматривать препарат как предпочтительную альтернативу при лечении гипертонической болезни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ВАЛСАРТАНА И АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рузманова Ф., студентка 310-группы медико-педагогического факультета СамМИ

Бобоёров Ж., студент 314 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Азимова Х.С.

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) - одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50-65% у лиц старше 65 лет, и может приводить к развитию инфарктов и инсультов, что требует изучения комбинации эффективных и безопасных лекарственных средств снижающих давление и риск развития осложнений. Цель работы: Изучить эффективность комбинированного применения валсартана и амлодипина у больных с артериальной гипертензией. Материал и методы исследования: Произведен систематический обзор данных клинических исследований, где при артериальной гипертензии 2-3 степени больным с предшествующей неэффективной гипотензивной терапии, была назначена в течение 12-24 недель фиксированная комбинации валсартана и амлодипина в суточной дозе 5/160 и 10/160 мг в зависимости от уровня артериального давления. Оценивались изменения артериального давления (АД), биохимические параметры крови под действием валсартана/амлодипина, а также динамика экскреции альбумина с мочой. Исследования проводились как у мужчин так у женщин. Результаты: Установлена клиническая эффективность комбинации валсартан/амлодипин у пациентов с мягкой и умеренной АГ (среднее диастолическое АД ≥95 мм.рт.ст и <110 мм.рт.ст.) без осложнений в сравнении с плацебо. Уровень снижения АД в положении сидя при АГ с диастолическим АД≥110 мм.рт.ст и <120 мм.рт.ст сравним с применением комбинации ингибитора АПФ и тиазидного диуретика. При применении комбинации валсартан/амлодипин достигается сопоставимый контроль АД. Также наблюдается снижение микроальбуминурии (на 55,39,2%, p=0,022) и приростом эндотелий-зависимой вазодилатации (на 3,6±7,2%, p=0,05).

Также показано, что эта комбинация имеет благоприятный профиль переносимости, а дополнительные механизмы действия компонентов минимизируют их характерные побочные эффекты. Комбинация обладает антиальбуминурическим действием, улучшает эндотелий-зависимую вазодилятацию, приводит к регрессии гипертрофия левого желудочка при АГ 2-3 степени. Выводы: Таким образом, комбинация валсартан/амлодипин имеет аддитивный антигипертензивный эффект, снижая АД в большей степени, чем каждый из компонентов отдельно.

О СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ «ЛИРИКА», «РЕГАПЕН» ИМЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИХ

Рустамова Ж.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав.каф. - д.м.н., доцент Абдуллаева В.К.)

Введение: распространение и появление всё новых наркотических веществ, выискивание и применение лекарственных препаратов с целью получения эйфоризирующего эффекта приводит к неуклонному росту различных видов наркоманий и токсикоманий, чтоявляется проблемой, угрожающей здоровью, развитию, будущему человечества. В последнее время отмечается увеличение количества лиц, особенно молодого возраста, злоупотребляющих фармацевтическими препаратами «Лирика», «Регапен», содержащих в своем составе прегабалин и обладающих противосудорожным, противотревожным действием, а в дозах, превышающих терапевтические, оказывающих эффект, подобный действию опиатов. Более или менее длительное употребление этих «лекарственных» средств приводит к формированию психической и физической зависимости от них со всеми вытекающими последствиями, как медицинского, так и социального характера. Цель работы: изучить социальные последствия злоупотребления препаратами «Лирика» и «Регапен» и определить меры профилактики развития зависимости от них. Материалы и методы: обследовано 42 больных, мужского пола, злоупотребляющих препаратами «Лирика» и «Регапен»в возрасте от 18 до 33 лет клинико-анамнестическим и клинико-катамнестическим методами. Результаты и обсуждения. В результате проведенного нами исследования выявленысоциальные последствия в виде нарушений школьной и трудовойдисциплины (опоздания, прогулы, появление в месте занятости в нетрезвом виде, конфликты)у68% больных, семейной адаптации– у 47% больных. Большая часть зависимых лиц нигде не работала и не училась (32%),находилась на иждивении родственников, обманным путем или, занимаясь нелегальной, криминальной деятельностью добывала деньги. У значительной части работающих или учащихся лиц наблюдалисьснижение производительности и продуктивности труда, уровня профессионализма (36%), успеваемости и качества получаемого образования (42%).Отрицательные социальные последствия зависимости проявлялись и в разрушении семейных отношений (26%), нарушении взаимоотношений с родителями. У большинства обследованных в семейной жизни имели месточастые конфликты, нередко сопровождавшиеся физической агрессией, результатами которых зачастую становились разводы (24%). Четверть обследованных,не состоявших в браке и вовсе не планировали создавать семью из-за тягостного пристрастия к потребляемым веществам. Обнаружено, что особенно тяжелые медико-социальные последствия злоупотребления «Лирикой» и «Регапеном» наблюдаются при раннем начале их приема, так первая проба среди обследованных больных состоялась в возрасте от 15 до 18 лет в 13% случаев, от 18 до 20 лет в - 29% случаев. Выводы:для предупреждения возникновения«новых» видов зависимостей следует ужесточить контроль за сбытом лекарственных препаратов и других средств, способных оказывать эйфоризирующий эффект. Необходимо неукоснительно проводить профилактическую работу, не только разъясняющую вред пагубных привычек, но и помогающую человеку вовлекаться в здоровый образ жизни, развивать конструктивные механизмы совладания со стрессом, закреплятьнормативные формы поведения. Несомненно, на выбор у молодого поколения ценностной ориентации на здоровый образ жизни может, в первую очередь, повлиять семья. Гармоничнаясемья, где царит атмосфера любви, уважения, доверия и доброжелательности, где не принято употреблениепсихоактивных веществ, гдевсе ведут здоровый образ жизни, - залог успехаи благополучия подрастающего поколения.

РОЛЬ И МЕСТО СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рустамов Ш. студент 203-группы факультета «ВСД»

Кафедра педиатрии, неонатологии и пропедивтика детских болезней

Научный руководитель: Исламова Д.С ст.преподаватель

Профессия медсестры весьма востребованная специальность, значение которой трудно переоценит. Реформирование системы сестринского образования за последние годы, обусловлено быстрым развитием технологического прогресса и созданием широкого рынка медицинских услуг. Внедрена двухступенчатая система медицинского академического образования, получаемого на факультетах высшего сестринского образования медицинских академий и университетов. В связи с изменениями в системе современного здравоохранения, изменяется понимание роли и статуса медицинской сестры. Однако, главное ее назначение не изменилось и заключается в оказании помощи пациенту в различных сферах его жизни. На сегодняшний день активное развитие реабилитационной и профилактической медицины, обусловлено ростом заболеваемости, с временной потерей трудоспособности и инвалидизацией детского и взрослого населения. Ведется поиск новых решений направленных на восстановление функциональных резервов человека, поддержание социально-бытовой независимости и улучшение качества жизни. Если коротко, то реабилитация – это общественно необходимое, функциональное, социально-трудовое восстановление больных и инвалидов различных возрастных групп. Существуют три основных вида реабилитации: медицинская реабилитация, социальная и профессиональная.Исходя из вышесказанного, очевидно, что медико-социальная реабилитация является своего рода гибридом, который в настоящее время оформился как вполне самостоятельный вид реабилитационной деятельности. Цель медико-социальной реабилитации - профилактика инвалидности в период болезни, помощь больным в достижении физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания. Соблюдение основных принципов, таких как комплексный медико-социальный подход; максимально раннее начало реабилитации; непрерывность, преемственность и этапность, определяют итог реабилитационного лечения.Такой многогранный процесс требует привлечения специалистов различных направлений. Наша зона интереса ограничивается должностью и функциональными обязанностями медицинской сестры по реабилитации. Поскольку одним из профессиональных видов деятельности для бакалавра сестринского дела прописана реабилитационная деятельность, включающая в себя проведение реабилитационных программ и мероприятий, а также организацию сестринского обеспечения реабилитационной работы.Из большого арсенала задач, которые стоят перед практикующей реабилитационной медсестрой, можно выделить основные: 1. Выявить пациентов, нуждающихся в реабилитационной помощи. 2. Эффективно взаимодействовать с членами команды. 3. Научить пациента адаптироваться к временным или постоянным нарушениям, ограничивающим двигательную активность. 4. Подготовить пациента и членов его семьи к трудностям, которые готовит реабилитация. 5. Помочь пациенту вернуться к привычной социальной жизни. Медсестры, как и врачи, будут нужны всегда- в ближайшие столетия по крайней мере точно. Так что с точки зрения востребованности в обозримим будущем у профессии проблем нет никаких.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Рустамова Ш.Ш., магистрант 1 курс по специальности терапии.

Кафедра внутренние медицины №4 с гематологией (зав.каф.-д.м.н. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Аралов Н.Р.

Цель работа: Выявить особенности иммунного статуса у больных внебольничной пневмонии(ВП). Материал и методы исследования: Под наблюдением было 34 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделения аллергологии и пульмонологии ГМО в города Самарканда с диагнозом: ВП средней и тяжелой степени тяжести. Из них женщин было 21 (61,76%),мужчин –13 (38,24%). Возраст больных составил от 21 до 84 лет

(средний возраст –58,36 ± 1,23года.) Пациенты были разделены на 2 группы: тяжелая первичная ВП 11 пациентов – 1 группа, среднетяжелая вторичная бактериальная пневмония и смешанная вирусно-бактериальная пневмония 23 пациентов–2 группа. Всем больным в стационаре проводились общеклиническиеметоды исследования (общий анализ крови, мочи, мокроты, сахар крови), рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, пульсоксиметрию. Иммунологический анализы определяли с помощью наборов реагентов «ИФА-БЕСТ».Статистическую обработку проводили с помощью программы компьютера Pentum-IV. Вычислялся критерий Стьюдента. Результаты: Показатели иммунного статуса зависят от вида и тяжести ВП. С тяжестью заболевания коррелировала выраженность лимфоцитопении, снижение количества Т-лимфоцитов (CD4+) и цитотоксических лимфоцитов (CD8+). Выраженное достоверное снижение (p<0,05) по сравнению с нормальными показателями и с данными во второй группе большинства иммунологических показателей (CD3+, CD4+, CD8+, NK-клеток CD16+ и CD25+) при первичной ВП связана с тяжелой интоксикацией, подавляющей иммунологическую реактивность организма. Во 2 группе снижение этих показателей было не столь выражено, сравнительная разница недостоверна (p>0,05). Но отмечено достоверное (p<0,05) уменьшение количества Т-цитотоксических лимфоцитов (CD8+), что указывает на падение киллерного эффекта клеточного звена иммунитета. Со стороны гуморального иммунитета у больных ВП в обеих группах снижение В-лимфоцитов (CD20+) и содержание иммуноглобулинов было недостоверным (p>0,05). Выводы: При ВП происходит преимущественная депрессия клеточного звена иммунитета, коррелирующая с тяжестью течения заболевания. Иммунологическое исследование может быть использовано для диагностики тяжести и прогноза исхода ВП.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Рустамова Ш.Ш., магистрант 1 курс по специальности терапии.

Кафедра Внутренные болезни №4 СамМИ (заведующий кафедрой: д.м.н. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: Холжигитова М.Б.

В доступной нам литературе недостаточно освещены особенности АОС в крови при пневмонии у больных, тогда как функция системы антирадикальной защиты, обеспечивающей утилизацию активных форм кислорода, несомненно, играет важную роль в развитии и прогрессировании патологического процесса в бронхолегочной системе. В связи с этим представилось интересным изучить активность антиоксидантных ферментов каталазы и пероксидазы при внебольничный пневмонии у больных. Материал и методы исследования. Обследовано 31 больных с диагнозом внебольничной пневмонии в возрасте от 18 до 39 лет получавших стационарное лечение в отделении аллергологии и пульмонологии Самаркандского городского медицинского объединения. Верификация диагноза пневмонии проводилась согласно международной классификации ВОЗ (X-пересмотр, МКБ-10). Контрольную группу составили 15 практически здоровых соответствующего возраста. Проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, а также исследование вентиляционной функции легких на аппарате “SPIROSIFT SP-5000” с автоматической обработкой параметров (FUKUDA DENSHI, Япония). О состоянии АОС судили по активности пероксидазы и каталазы методом потенциометрического определение данных ферментов. Метод основан на измерении изменения потенциала электродов электрохимической ячейки, работающей по методу вытеснения, которое происходит в процессе реакции окисления 5 аминосалициловой кислоты раствором перекиси водорода. Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV по программам, разработанным в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (m), критерий Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p). Результаты исследований. Проведенные нами исследования показателей АОС показывает, что активность фермента пероксидазы у больных подростков с ХОБ значительно снижена, достоверно отличаясь от средних значений контрольной группы. Содержание антиперекисного фермента КТ плазмы несколько снижена у больных подростков страдающих ХОБ и составляет 25,6±0,5 по сравнению с 27,9±0,8 группе контроля. Показатели АОС при ХОБ у подростков в фазы обострения заболевания. Пероксидаза у здоровые 0,05±0,006, больные 0,01±0,002, (t 6,8, p 0,001). Каталаза у здоровых 27,9±0,8, а у больных 25,6±0,5, (t 1,4,P нд). Таким образом, можно отметить, что проведенный анализ параметров, характеризующих состояние системы АОС в фазе обострения при пневмонии, позволил выявить выраженный недостаток антиоксидантных ферментов каталазы и особенно пероксидазы. Исходя из того, что в основе изменения активности АОС лежат весьма тонкие обменные механизмы, раскрытие которых рассматривается, как ключ к пониманию глубинных основ многих заболеваний, сопровождающихся расстройствами в респираторной системе, целесообразно рассмотреть патогенетические обоснованные методы лечения пневмонии у пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ОБОСТРЕНИЙ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ

Рябоконь М.А., Стецка В.Р., студенты 7 группы 5 курса, Корыльчук Б.Т., студент 9 группы 6 курса медицинского факультета ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины»

Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики - семейной медицины (зав. каф. - проф. Бабинец Л.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Рябоконь С.С.

Распространенность заболевания ХОБЛ в Украине составляет около 3000 случаев на 100000 населения и ежегодно растет на 8%. Клиническая значимость сочетание кардиоваскулярной патологии и ХОБЛ прогрессивно растет в связи с старением популяции. В настоящее время неотъемлемой частью медицины является исследование понятия «качества жизни» (КЖ) - это возможность количественно и качественно оценить функциональные возможности человека в его повседневной жизни, и установить способность пациента адаптироваться к проявлениям болезни, оценить эффективность лечения. Цель работы: Исследовать качество жизни пациентов с разным течением ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистой патологией. Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов (30 мужчин (65.2%) и 16 женщин (34,8%)) с ХОБЛ, которые находились на стационарном лечении в ДСП КНП «ТКГБ №2». Средний возраст пациентов составил 54,0 ± 1,7 года. Пациенты разделены на 2 группы. В I группу вошло 24 пациента, у которых ХОБЛ сочеталась с кардиоваскулярной патологией: 16 (66,7%) имели диагностированную ИБС и 8 (33,3%) с гипертонической болезнью. II группу составили 22 пациента с ХОБЛ без сопутствующей патологии. Пациентам всех групп изучено ФВД с характеристикой показателей ФЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тифно (ОФВ1 / ФЖЕЛ). Обратимость бронхообструкции оценивали с помощью фармакологической пробы с 400 мкг сальбутамола. Критерии включения в исследование: пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ, ОФВ1 / ФЖЕЛ <70%, прирост ОФВ1 <12% (и ≤200 мл) по сравнению с исходным значением после ингаляции 400 мкг сальбутамола. С помощью опросников SF-36, «St. George's Respiratory Questionnaire for COPD»(SGRQ-C) и теста оценки ХОБЛ (САД) оценивали КЖ пациентов. Результаты По всем шкалам опросника SF-36, которые отражают физическое состояние пациента, сопутствующая сердечно-сосудистая патология ухудшает КЖ пациентов ХОБЛ, а именно - физическую активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненную активность. При анализе опросников САД и SGRQ-C у пациентов с ИБС выявлено ухудшение КЖ с нарастанием тяжести ХОБЛ. Наблюдаются статистически достоверные различия между ХОБЛ II стадии в сочетании с ИБС и ХОБЛ III и IV с ИБС, свидетельствует об углублении тяжести заболевания коморбидной патологией по шкале САТ и 4 основными шкалами опросника SGRQ-C. При анализе корреляционных связей между шкалами опросника SGRQ-C и основными показателями функции внешнего дыхания (ФВД) выявлено отрицательное связь, по отношению к ОФВ1: шкале «симптомы» r = -0,27; шкалы «физическая активность» r = -0,24; шкалы «функциональная активность» r = -0,36. У пациентов со значительным нарушением ФВД пропорционально увеличивается влияние болезни, с тенденцией на обременение при коморбидных состояний. Выводы: 1. При ХОБЛ, ассоциированного с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечаются более низкие показатели качества жизни по сравнению с больными без сопутствующей патологии. 2. Параметры КЖ, полученные с помощью общего опросника SF-36 и специализированного опросника SGRQ, следует использовать в качестве критериев оценки состояния больных ХОБЛ и эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ УТРИКУЛЮСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Садикова С.З., студентка 506 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) имеет высокую распространенность в популяции, достигающую в течение жизни 10%. Современным и перспективным способом изолированной оценки функционального состояния отолитового аппарата является регистрация вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (ВМВП). Целью нашего исследования являлась оценка функционального состояния утрикулюса с помощью ВМВП у пациентов с ДППГ на различных этапах лечения заболевания. Материалы и методы исследования: За период с июня 2016 по январь 2019 г. было обследовано 72 пациента (54 женщин и 18 мужчин в возрасте 52,3±6,1 лет) с идиопатическим ДППГ заднего полукружного канала (ЗПК), без признаков иной периферической или центральной вестибулопатии. Пациентам проводили регистрацию окулярных ВМВП до и спустя 7 дней после проведения репозиционных маневров: оценивали пороги возникновения ответа (норма - 70-100дБ), латентность (норма - n1-10,5±1,0 мс, p1- 15,3±1,2), асимметрию амплитуды ответа (норма менее 40%). При регистрации окулярных ВМВП до лечения клинически значимых изменений порогов (90,5±2,5 дБ), латентности возникновения ответа (n1-10,3±0,4 мс, p1- 15,3±0,6) не зарегистрировали ни у одного обследованного; амплитуда ответа на здоровой стороне составила 11.06±2.55 мкВ, на стороне поражения – 4.49±1.28 мкВ; асимметрия p1-n1 - 49,7±4,9% (норма менее 40%). Спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения при регистрации окулярных ВМВП пороги и латентность возникновения ответа не изменились (90,5±2,5 дБ; n1-10,2±0,4 мс, p1- 15,3±0,5, соответственно). Амплитуда p1- n1 на здоровой стороне практически не изменилась (12.01±2.69 мкВ), а на стороне поражения возросла почти в два раза (8.43±1.99 мкВ); асимметрия p1-n1 уменьшилась и составила 31,3±8,7%. Результаты: При статистическом анализе полученных результатов (парный критерий Вилкоксона) разница амплитуды p1-n1 на пораженной стороне до и спустя 7 дней после успешного лечения была статистически значимой ($Z=3,415839$, $p=0,000636$, $p<0,05$), что свидетельствует об улучшении функции утрикулюса на пораженной стороне спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения. Полученные нами данные свидетельствуют об улучшении функции утрикулюса у пациентов с изолированным ДППГ ЗПК на пораженной стороне после успешного лечения, что обусловлено рефиксацией отолитов на поверхности отолитовой мембраны после вестибулярной реабилитации. Выводы: Таким образом, метод регистрации окулярных ВМВП является объективным методом эффективности репозиционного лечения при ДППГ.

СЕПТОПЛАСТИКА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Саидахмедова Д.А., резидент магистратуры, Абдухаликова Г.А., студентка 616 группы педиатрического факультета,

Махмудова С.К. студентка 212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель асс. Хайитов А.А.

Установлено, что при девиации перегородки носа у пациентов с аллергическим ринитом (АР) отмечается более выраженная реактивность на воздействие аллергенов, способствующая частым обострениям и тяжелому клиническому течению аллергических заболеваний (АЗ). Цель исследования: Повышение эффективности и совершенствование методов лечения аллергического ринита сопряженного с искривлением носовой перегородки. Материалы и методы исследования: Клиническим объектом для комплексного углубленного исследования являлись 41 больной, у которых выявлены аллергические заболевания дыхательных путей. При передней риноскопии и эндоскопии полости носа у 23 (70,5%) у больных слизистая оболочка полости носа была отечная, серого или цианотичного цвета, с пятнами Воячека, у 18 (29,5%) – слизистая ярко-красная, резко отечная. У обследованных пациентов имелись различные виды и степени искривления перегородки носа. Искривление в хрящевом отделе наблюдалось у 23 человек, в костном отделе у 12, в костно-хрящевом отделе – у 6 пациентов. По характеру искривления преобладало комбинированное искривление. Результаты: Перед проведением септопластики у пациентов с АР были проанализированы результаты аллергологического обследования. С целью оптимизации оперативного лечения и профилактики осложнений у больных с АР и искривлением перегородки носа, септопластику проводили только вне сезона пыления причинно-значимых растений при пыльцевой сенсибилизации и в условиях бытовой элиминации при бытовой сенсибилизации, и только в состоянии ремиссии АР. В случаях, если имелись С- и S-образные девиации, смещение каудального края четырехугольного хряща, сложные посттравматические деформации, септопластику выполняли по стандартной методике. При наличии одного или двух-трех гребней или шипов перегородки, локального деформированного участка, выраженного утолщения передне-верхних отделов перегородки проводилась эндоскопическая коррекция перегородки носа. Вывод: Таким образом, своевременное проведение септопластики способствовало переходу тяжелых форм АЗ в среднюю степень тяжести, а средне-тяжелых – в легкую степень. Следует отметить, что ни у кого из пациентов с АР и искривлением перегородки носа не отмечалось каких-либо осложнений или обострения АЗ в процессе проведения септопластики и в послеоперационном периоде.

КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО МАТЕРИАЛАМ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Саидахмедова Д.А., резидент магистратуры 1 курса кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СамМИ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. каф. -доцент, к.м.н. Ярмухамедова Н. А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Ярмухамедова М. К.

Цель исследования: Изучить клинико - лабораторную характеристику хронического вирусного гепатита С. Материал и методы исследования: Обследовано 125 больных с хроническим вирусным гепатитом “С”, обратившихся с 2014 по 2019 гг. 38 больных из наблюдаемых были городскими, а 87 из района. Все больные были в возрасте от 14 до 70 лет, из них мужчин – 48 (38,4%), а женщин – 77 (61,6%). Возрастные структуры таковы: до 20 лет составило 4 человека (3,2%), 21 - 30 лет - 22 (17,6%), 31 - 40 лет – 32 (25.6%), 41-50 – 35 (28%), старше 51 года – 32 больных (25.6%). Комплексное обследование включало клинический осмотр больных, биохимический анализ крови, этиологию гепатитов подтверждали методом ИФА, а также вирусную нагрузку и генотип вируса определяли с помощью ПЦР. Фиброз печени диагностировали методом непрямой (неинвазивной) эластометрии на аппарате «Фиброскан» с оценкой степени фиброза по шкале METAVIR. Полученные результаты: Наиболее частыми синдромами у пациентов ХСГ были астеновегетативный (утомляемость, слабость, снижение аппетита, раздражительность) определяемый в 66% случаев, диспептический (тошнота, отрыжка, вздутие живота, боли и тяжесть в правом подреберье) у половины больных, и так, клинические симптомы при ХГС весьма не значительны. При объективном осмотре увеличение печени встречается менее чем у половины случаев (36,8%), желтуха у единичных больных (4,3%). Результаты общего анализа крови: у 42 больных отмечена легкая степень анемии; у 65 пациентов средняя степень тяжести и тяжелая степень у 18 больных. Гиперферментемия регистрировалась у 36,4% больных и не превышала в 1,5 – 2 раза, у остальных уровень трансаминаз не превышал норму. На аппарате «Фиброскан» проведена эластометрия у 125 пациентов хроническим вирусным гепатитом. Обнаружили стадии фиброза по шкале METAVIR: F0 – у 39 (31,2%), F0-1 – 11 (8,8%), F1 – 12 (9,6%), F1-2 – 13 (10,4%), F2 – 12 (9,6%), F2-3 – 8 (6,4%), F3 – 9 (7,2%), F3-4 – 12 (9,6%), F4 – 9 (7,2%) больных. Количественное определение РНК HCV с помощью ПЦР дало следующие результаты: (2,1 + 9,2) + 02 МЕ у 5,6%, (1,2 + 9,0) + 03 МЕ у 17,6%, (1,6 + 9,1) + 04 МЕ - 24%, (1,2 + 9,0) + 05 МЕ у 24,8% и (1,1 + 9,7) + 05 МЕ – 28%. При генотипировании 125 больных с ХСГ были определены следующие

результаты: генотип 1а – 32,8%, 1в - 39,2%, 3а - 9, 6%; 3в – 7,2%, 3а/в - 4%. 2 генотип у 9 (12%) пациентов. Заключение: Таким образом, вышеизложенное показывает, что среди, наблюдаемых нами: 1. преобладают женщины; 2. чаще обращались в возрасте от 41 до 50 лет; 3. среди наблюдаемых нами преобладали больные из сельской местности; 4. при генотипировании больных с ХСГ чаще выявлен 1 генотип (90 пациентов), при этом "а" и "в" варианты почти одинаковы и более реже 2 генотип (9 пациентов); 5. уровень вирусной нагрузки соответствовал степени фиброза печени.

ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Саидвалиева С.А., резидент магистратуры 1 курса.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Каримова Н.А.

Цель: Оценить степень ожирения у исследуемых и факторы, влияющие на прогрессирование заболевания. Материалы и методы: всего обследовано 100 детей и подростков с различной степенью ожирения. Проведено анкетирование, включающее вопросы по питанию и физической активности, антропометрические исследования, а также комплексное клинико-инструментальное обследование. Результаты: среди обследованных 41 девочка в возрасте от 7 до 17 лет и 59 мальчиков в возрасте от 6 до 17 лет. Среди мальчиков среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составляло 32,8 + 7,4 кг/м2, среди девочек среднее значение ИМТ – 31,7 + 7,2 кг/м2. Уровень гликированного гемоглобина у всей группы исследуемых был 5,6 + 0,8%,инсулина – 19,34 + 8,37 мкМЕ/мл (норма 2,6 – 24,9). В 24% выявлено повышение базального уровня инсулина выше нормы. У всех обследуемых выявлены различные осложнения ожирения: нарушения углеводного обмена различной степени выраженности были выявлены у 100% больных, у 6 (6%) пациентов в возрасте от 8 до 17 лет диагностирован сахарный диабет 2-го типа. У 84% больных с данными нарушениями была начата медикаментозная терапия, у оставшихся 16%,, были назначены только диета и физические упражнения. По данным ультразвукового исследования у 77% детей было выявлено проявления жирового гепатоза, а у 89% – изменения структуры поджелудочной железы,. 32% девочек в пубертатном периоде имели нарушения менструального цикла. 43% (из них преобладали мальчики) обследованным была назначена антигипертензивная терапия длительным курсом для лечения симптоматической артериальной гипертензии. 39% пациентов имели дислипидемические нарушения, среди них также преобладали мальчики. Выводы: Таким образом учитывая раннее появление осложнений ожирения даже при небольшом избытке массы тела, каждый ребенок с любой степенью ожирения нуждается в углубленном обследовании с целью своевременной диагностики осложнений и их коррекции. С целью снижения темпов прогрессирования осложнений была назначена специфическая и неспецифическая терапии. При оценке эффективности лечения в 66% случаев были получены положительные результаты, в остальных случаях лечение имело торпидный эффект из-за отсутствия комплаентности детей и/или их родителей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИОФОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Саидвалиева С.А., резидент магистратуры 1 курс

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Негматова Г.Ш.

Цель: изучить эффективность сиофора на показатели углеводного и липидного обмена, уровень артериального давления (АД) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и ожирением. Материалы и методы: обследовано 18 пациентов с метаболическим синдромом и ожирением, которые были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, индексу массы тела (ИМТ), характеру и степени метаболических нарушений. Больным 1 группы (8 человек), была назначена стандартная терапия, включающая модификацию образа жизни и метформин в суточной дозе 1500 МЕ в комбинации с диетой стол 9, во 2 группе (10 человек) проводилась только диетотерапия. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Эффективность назначенной терапии проводилась под контролем динамики антропометрических параметров, исследование гликемии натощак и стандартный тест толерантности к глюкозе (СТТГ), оценка HOMA-IR, липидного спектра и гемодинамического статуса. Результаты: проведенные нами исследования показали, что через 3 месяца была отмечена достоверная положительная динамика: снижение массы тела, улучшение показателей углеводного и липидного обмена, снижение артериального давления у пациентов обеих групп. Причем в 1 группе снижение массы тела отмечалось у 100% больных (менее чем на 5 кг – 14%, от 5 до 10 кг – 86%), со статистическим значимым снижением индекса массы тела (с 35,2 + 3,5 кг\м2 до 31,2 + 3,5 кг\м2), а во 2 группе масса тела снизилась лишь у 83% (менее чем на 5 кг – 19%, от 5 до 10 кг – 64%), у 9% масса тела стабилизировалась, и у 4% – отсутствие снижения веса. Показатели гликемии натощак в обеих группах не превышали нормальных значений, но при проведении стандартного теста толерантности к глюкозе в 1 группе у 5 человек (38,2%) отмечалась нормализация параметров углеводного обмена с одновременным снижением HOMA-IR до нормальных значений, тогда как во 2 группе – лишь у 2 человека (12,5%) были зарегистрированы данные изменения. У всех пациентов нормализовался уровень триглицеридов, при этом в 1 группе у 2 человек отмечалось одновременное повышение уровня ХС-ЛПВП. У всех исследуемых пациентов отмечалась тенденция к снижению АД (САД с 155 + 9 мм.рт.ст до 135 + 6 мм.рт.ст), но достоверного изменения ДАД не было зарегистрировано. При сравнении степени снижения АД двух групп, не было получено значимых различий. Итого переносимость терапии практически была удовлетворительной, из побочных эффектов у больных 1 группы в течение первой недели отмечались транзиторная тошнота, не требующая отмены препарата. Гипогликемических состояний не было зарегистрировано. Выявлено, что пациенты 1 группы легче переносили ограничение пищевого режима. Выводы: присоеденение сиофора к радиционной терапии больных МС создает новые возможности для коррекции ключевых симптомов и быстрой нормализации углеводного обмена, а также повышает адаптацию пациентов к проводимой терапии.

ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Саидова Т.Х., Клинический ординатор 1 курс

Кафедра внутренне болезни № 3 и эндокринология. СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Негматова Г.Ш.

Цель: Изучить разницу функционального почечного резерва у больных сахарным диабетом 1 типа, на фоне разных белковых диет. Материалы и методы: нами было обследовано 10 женщин больных сахарным диабетом 1типа в возрасте 34 (28; 39) лет, продолжительностью сахарного диабета – 18 (10 – 25) лет, уровнем гликированного гемоглобина – 7,2 (7,1 – 7,5)%, суточной альбуминурией менее 6 мг/сут. Всем пациенткам применялись по очереди диеты с разным содержанием белка: 1 – диета с уменьшением говяжьего мяса, исключено мясо птицы и рыбы; 2 – диета с увеличением мяса птицы и рыбы, исключая говяжье мясо. Исследование функционального почечного резерва проводилось методом нагрузки инфузией допамина в дозе 1 мкг/кг/мин. Функциональный почечный резерв > 10% расценивается, как сохраненный; Функциональный почечный резерв < 10% – как истощенный. Данные представлены в виде Me (25; 75), где Me – медиана, 25 и 75 – интерквартальный размах в виде 25 – й и 75 – й процентилей. Результаты: базальная скорость клубочковой фильтрации составляла – 131 (109,7; 161,2) мл\мин х 1,73 м^2, исходный функциональный почечный резерв – 49,8 (20,4; 67,2)%. Результаты проведенного исследования показали, что у всех пациентов функциональный почечный резерв сохранен, т.е.

скорость клубочковой фильтрации повышается более чем на 10% при нагрузке инфузией допамина, но имеется тенденция к снижению функционального почечного резерва 44,1 (29,3; 55,3)% на диете с содержанием белка говяжьего мяса и тенденция к повышению функционального почечного резерва 61,2 (53,7; 76,5)% на диете с содержанием белка куриного мяса и рыбы по сравнению с исходным функциональным почечным резервом. Выводы: диета с содержанием белка мяса птицы и рыбы, как единственный источник протеинов улучшает состояние функционального почечного резерва у больных сахарным диабетом 1 типа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КО-АМЛЕССА» У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Сайфуллаев А. М., студент 312-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель ассистент Гафурова С.Г.

Актуальность: Гипертоническая болезнь является распространенной болезнью в нашей стране. Это заболевание часто встречается у людей старческого возраста и приводит к развитию ряда осложнений, чем обусловлен большой показатель смертности, что требует от врача назначения эффективных и безопасных лекарственных средств снижающих давление и риск развития осложнений. Цель работы: Изучить эффективность и безопасность применения препарата «Ко-Амлесса» у больных с гипертонической болезнью. Материал и методы исследования: Исследование выполнено на базе I отделения терапевтического профиля СФРНЦЭМП у 74 больных с гипертонической болезнью. Был назначен препарат «Ко-Амлесса», содержащий в составе активные вещества как периндоприл, амлодипин, индапамид. Препарат принимали больные в течении месяца. Результаты: У 74 больных была диагностирована гипертоническая болезнь. Для лечения данных больных был назначен препарат «Ко-Амлесса». У 69 больных препарат показал хороший терапевтический эффект без побочных эффектов. У 4 больных в результате приема препарата наблюдалось головокружение и шум в ушах, а у 1-ного - аллергическая реакцияв в виде крапивницы. Нужно отметить, что «Ко-Амлесса» - это комбинация трех антигипертензивных компонентов, механизм действия которых дополняет друг друга для контроля артериального давления у больных с артериальной гипертензией. Периндоприла терт-бутиламин - ингибитор АПФ, индапамид - сульфонамидный диуретик, амлодипин - ингибитор кальциевых каналов, относится к группе дигидропиридинов. Фармакологическое действие препарата «Ко-Амлесса» обусловлена свойствами каждого из компонентов в отдельности. Кроме того, комбинация периндоприл / индапамид имеет аддитивный, синергический эффект двух антигипертензивных компонентов. Индапамид является сульфонамидный производным с индоловым кольцом, родственный фармакологически с тиазидными диуретиками. Индапамид ингибирует реабсорбцию натрия в кортикальном сегменте почек. Это повышает выведение натрия и хлоридов с мочой и в меньшей степени - выведение калия и магния, повышая таким образом диурез. Этот механизм обеспечивает гипотензивное действие. Амлодипин является ингибитором потока ионов кальция, относится к группе дигидропиридинов и блокирует трансмембранный поток ионов кальция в клетки гладких мышц миокарда и сосудов. Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют об оптимальном терапевтическом эффекте данного препарата у исследуемых больных, что позволяет рассматривать препарат как предпочтительную альтернативу при лечении гипертонической болезни. Кроме того комбинированный состав препарата «Ко-Амлесса» делает его предпочтительным при лечении гипертоническом болезни, так как составные части препарата дополняют друг друга.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И АСТЕНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ

Салихова Р.Р., студент 408 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. каф. профессор, д.м.н., Осетров А.С.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Малкова А.А.

Цель работы: оценить степень выраженности тревоги, депрессии и астении у студентов медиков (4 курс: лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов). Задачи: изучить литературу по данной теме; опросить студентов- медиков 4 курса по шкалам «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» и «Шкала астенического состояния», исследовать анкеты студентов, провести статистическую обработку данных исследования. Материалы и методы исследования: проводилось анкетирование студентов- медиков (59 студентов: 49 лиц женского пола и 10 мужского пола) Ижевской государственной медицинской академии по шкалам «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» и «Шкала астенического состояния». При этом госпитальная шкала тревоги оценивалась: от 0 до 7 баллов – норма; от 8 до 10 баллов - субклинически выраженная тревога; от 11 и выше - клинически выраженная тревога. Госпитальная шкала депрессии оценивалась: от 0 до 7 баллов – норма; от 8 до 10 баллов - субклинически выраженная депрессия; от 11 и выше - клинически выраженная депрессия.Шкала астенического состояния оценивалась по баллам: от 17 до 28 баллов - отсутствие астении; от 29 до 43 баллов - слабая астения; от 44 до 57 баллов - умеренная астения; от 58 до 68 баллов - выраженная астения. Результаты: среди студентов 4 курса ИГМА распространенность тревоги составила- 50,8% (субклинический уровень - 20,3%, клинический уровень - 30,5%), депрессии составила- 35,6% (субклинический уровень - 18,6%, клинический уровень- 17,0%), астенического состояния- 62,7% (слабая астения- 45,7%, умеренная астения - 17,0%). Вывод: В исследованной популяции распространенность тревоги составила - 50,8%, депрессии – 35,6% и астенического состояния - 62,7%. Следует отметить, что среди лиц женского пола распространенность депрессии клинического уровня достоверно выше, чем среди мужского пола.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Саматов Д.К., Ибадова О.А.

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии СамМИ (зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.

Внебольничная пневмония (ВП) относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. В последние годы придают значение вторичной иммунологической недостаточности, особенно при массивном поражении легких. Цель исследования: обосновать применение препарата полиоксидоний в комплексной терапии больных внебольничной пневмонии различной степени тяжести. Материалы и методы: В исследование было включено 60 больных внебольничной пневмонией со среднетяжелым и тяжелым течением. Результаты: Пациенты были распределены на 2 группы 1-я группа – 26 больных со среднетяжелой и тяжёлой формой ВП, получавших наряду со стандартной терапией иммуномодулятор полиоксидоний в дозе 6 мг. внутримышечно один раз в сутки через день №5, в течение 10 дней; 2-я группа – 34 пациента не получавшие терапию иммуномодуляторами. Комплексное клинико-иммунологическое обследование проводилось дважды – в день поступления больных в стационар и через 10 дней после начала лечения. У больных со среднетяжелой и тяжёлой формой ВП, получавших комплексное лечение с включением полиоксидония, в ходе иммунологического мониторинга была выявлена положительная динамика показателей иммунограммы. При изучении состояния гуморального звена системы иммунитета у больных ВП на фоне терапии, отмечалось восстановление содержания иммуноглобулинов: IgG до (10,38±1,6)г/л, IgA до (2,63±0,43)г/л, IgM до (2,95±0,36)г/л, При сравнительной оценке показателей до и после применения полиоксидония, отмечалось количественное увеличение общих Т- лимфоцитов ($CD3^+$), относительного показателя хелперов-индукторов ($CD4^+$), иммунорегуляторного индекса. У пациентов, получавших в комплексной терапии полиоксидоний, отмечалось более раннее купирование лихорадки и симптомов интоксикации, на 2% чаще отмечалась положительная рентгенологическая динамика, быстрая нормализация лабораторных критериев воспаления по сравнению с контрольной группой. Выводы: Таким образом, в динамике в основной подгруппе, получавшей полиоксидоний, имеются положительные особенности: более быстрое купирование лихорадки и общевоспалительного синдрома, признаков интоксикации, а также раннее нивелирование синдрома поражения легочной ткани и нормализация естественной резистентности клеточного звена путем уменьшения иммунокомплексного воспаления.

ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЦЦП – НЕГАТИВНОГО И ПОЗИТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Саматова Ш. студентка 408 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель асс.Эргашова М.М.

Цель исследования: Оптимизировать процесс сравнительного анализа течения ревматоидного артрита позитивного и негативного по антителам к цитруллинированным пептидам (АЦЦП). Материал и методы: Обследованы истории болезни 47 больных достоверным диагнозом ревматоидный артрит (35 женщин и 12 мужчины). Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от выявления (1 группа, n=27) или отсутствия (2 группа, n=20) в крови АЦЦП. У всех больных оценивали уровень ревматоидного фактора, АЦЦП, клиническую и рентгенологическую стадии болезни, наличие системных проявлений, степень активности (по DAS 28), эффективность базисной терапии. Результаты исследования: Установлено, что в обеих группах преобладали женщины (71,4% и 80,6%). Средний возраст больных в группах был сопоставим и составил 45±10 лет в 1 группе и 65±10 во 2 группе. Группы были сопоставимы по степени активности (по DAS 28): II-III степень активности наблюдалась у 100% больных 1 группы и у 93,8% больных 2 группы. При анализе пациентов 1 группы было выявлено, что стаж заболевания составлял 5±10 лет при ранней и развернутой стадии болезни, а во 2 группе – 10±15 года при развернутой и поздней стадии ревматоидного артрита со II-III рентгенологической стадией болезни. Системные проявления достоверно чаще встречались у пациентов 1 группы (= 6,01; p=0,014). Уровень ревматоидного фактора в 1 группе составлял 153,5117,7 ед/л., во 2 группе – 16,917,4. Уровень АЦЦП в 1 группе – 538,985,9, во 2 группе – 6,013,66. Большинство пациентов (87%) 1 группы получали базисную терапию лефлунамид, метотрексатом с недостаточным эффектом. В то время как, больные 2 группы имели хороший эффект от терапии сульфасалазин метотрексатом в 80% случаев (=8,15; p=0,004). Выводы: Таким образом, пациенты с АЦЦП – позитивным ревматоидным артритом, по сравнению с АЦЦП - негативным, имеют более быстрое прогрессирование заболевания, с наличием системных проявлений, высоким уровнем ревматоидного фактора и чаще имеют отсутствие эффекта от базисной терапии метотрексатом, что требует назначения генно-инженерной базисной терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД И ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ПРИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Саримова Н.Б., студентка 201 группы лечебного факультета, ТашПМИ

Кафедра аллергологии, клинической иммунологии, микробиологии (зав. каф.- д.м.н. Юлдашов И.Р.)

Научный руководитель доцент, к.б.н., Хаджаева Д.Х.

Актуальность: Острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых и широко обсуждаемых медицинской проблемой. Этиологический диагноз, зависит от места и времени развития заболевания, возраста больных.У детей до 5 лет наряду с вирусными агентами значительную долю в структуре возбудителей острых диарей занимают бактериальные и паразитарные инфекции. По данным исследований, среди этиологически расшифрованных ОКИ преобладают ротавирусные гастроэнтериты. Данные исследований свидетельствуют о безусловной необходимости разработки новых эффективных диагностических подходов и оптимизации алгоритма диагностики заболеваний этой группы. Цель исследования: - Оптимизировать определение этиологической структуры острых кишечных инфекций на современном этапе и оценка эффективности, антибактериальных препаратов нового поколения в терапии бактериальных кишечных инфекций. Материалы и методы: Для выполнения поставленной задачи, нами проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости. При оценке этиологической значимости, выделенных из фекалий больных ОКИ, в качестве критерия использовали количественные показатели микробной обсемененности. Результаты и обсуждение: С целью изучения количественного и качественного состава аэробной и анаэробной микрофлоры кишечника проведены исследования на дисбактериоз фекалий 60 пациентов без проявлений ОКИ. Состояние микробиоценоза кишечного биотопа определяли по таким показателям как наличие бифидобактерий, лактобацилл, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, с измененной функцией ферментов, в том числе и лактозонегативных биохимических вариантов, а также на наличие УПМ и грибов. Вывод: Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о безусловной необходимости разработки новых эффективных диагностических подходов и оптимизации алгоритма диагностики заболеваний этой группы. Повсеместная распространенность заболеваемости, высокая частота развития тяжелых форм и осложнений, ставят ОКИ в разряд наиболее значимых болезней. От своевременности и адекватности назначения терапии ОКИ зависят длительность заболевания и исходы. По современным представлениям, терапия ОКИ у детей должна быть комплексной и этапной. Индивидуальный подход к выбору препаратов должно быть с учетом этиологии, тяжести, фазы и клинической формы болезни, возраста ребенка и состояния микроорганизма к моменту заболевания. Сложность, у врача вызывает назначение оптимальной этиотропной терапии, одним из важных моментов которой является выбор антибактериального препарата. Постоянная изменчивость чувствительности микробов, к широко используемым антибиотикам и рост антибиотико-резистентных штаммов возбудителей ОКИ диктуют необходимость, применения антибактериального препарата с наибольшей чувствительностью к выявленному возбудителю и с наименьшими побочными эффектами. В связи с этим вопросы совершенствования стратегии и тактики этиотропной терапии ОКИ бактериального генеза у детей не теряют своей актуальности.

СИНДРОМ ПИКВИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Семеновых Е.А., студентка 623 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав.каф. – д.м.н., профессор Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель д.м.н., профессор Шкляев А.Е.

Опасным осложнением ожирения является синдром ожирения-гиповентиляции (Пиквикский синдром), представляющий сочетание ожирения и альвеолярной гиповентиляции во время бодрствования. В качестве примера приводим собственное клиническое наблюдение. Пациентка К., 63 года, обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, сонливость, одышку смешанного характера и неритмичное сердцебиение при ходьбе по ровной поверхности на 5-10 метров, повышение АД до 200/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. По ночам - приступы удушья, от которых просыпается. Спать вынуждена полусидя. Из анамнеза известно, что с детства имеет избыточную массу тела. Больной себя считает с 1983 года, когда стало беспокоить периодическое повышение АД, максимально до 240/120 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния наступило в марте 2018 года. Госпитализирована в кардиологическое отделение 15.05.2018 г. При поступлении состояние средней степени тяжести, сознание ясное, постоянно засыпает в ходе беседы, положение ортопноэ, акроцианоз, выраженный цианоз воротниковой зоны. Отёки нижних конечностей, передней брюшной стенки. Индекс массы тела 51 кг/м^2. ЧДД 30 в минуту. Дыхание жёсткое, ослаблено в нижних отделах лёгких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, над лёгочной артерией акцент второго тона. ЧСС 103 в минуту. АД 160/100 мм рт. ст. Живот увеличен за счёт асцита и подкожной жировой клетчатки. Лабораторные данные: эритроциты 5,5x10^{12}/л, гемоглобин 142г/л, СОЭ 2 мм/ч, D-димер 2,34 мг/л, СРБ 12,7 мг/л. Остальные лабораторные показатели в норме. Электрокардиография от 16.05.2018 – неспецифические изменения миокарда передне-перегородочно-верхушечной области. Рентгенография органов грудной клетки (16.05.2018): ателектаз средней доли правого лёгкого, венозный застой 1-2 степени, гиповентиляция базальных отделов лёгких, кардиомегалия, аортосклероз. ЭхоКГ (16.05.2018): дилатация всех камер сердца и лёгочной артерии, недостаточность митрального клапана 1 степени, недостаточность трикуспидального клапана 2 степени, недостаточность клапана лёгочной артерии 2 степени, эксцентрическая гипертрофия левого желудочка, признаки высокой легочной гипертензии, атеросклероз аорты, диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу. Систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. В кардиологическом отделении пациентка получала: внутривенно аспаркам, церекард, ципрофлоксацин, подкожно эноксапарин, ингаляции с ипратеролом, внутрь бисопролол, сложный мочегонный порошок, ивабрадин, периндоприл, ацетилсалициловую кислоту. Своевременная терапия значительно улучшила состояние пациентки. Выписана 29.05.2018 года в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Синдром Пиквика (гиповентиляции-ожирения). Осложнения: Вторичная (метаболическая) кардиомиопатия. Относительная недо-

статочность МК 1 степени. Недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. Легочная гипертензия (СДЛА = 65 мм рт.ст.). Артериальная гипертензия III стадии, достигнута 1 степень АД, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность IIБ (венозный застой в лёгких, лёгочная гипертензия, периферические отёки, асцит, гидроперикард), ФК 4. Сопутствующие заболевания: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлой степени (Gold IV), течение заболевания с выраженными симптомами, редкими обострениями. Хроническая дыхательная недостаточность II. Выводы: морбидное ожирение может быть причиной множества угрожающих жизни состояний, в том числе синдрома Пиквика, для профилактики которого необходим контроль массы тела (ИМТ менее 30 кг/м^2).

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА

Серкина М. Е., Глушкова П. И., студентки 2 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф. - д.м.н., профессор Исакова Л.С.)

Научные руководители - д.м.н., доцент Васильева Н.Н.; к.м.н., доцент Елисеева Е.В.

Цель работы: провести сравнительную оценку некоторых параметров высшей нервной деятельности студентов 2 курса стоматологического, педиатрического и лечебного факультетов. Материал и методы обследования: обследовано 281 человек с трёх факультетов 2 курса ИГМА: 47 – с педиатрического, 166 – с лечебного и 68 – со стоматологического. Для исследования психофизиологических свойств использовали следующие тесты: оценка свойств нервной системы (Я.В. Подоляк, 1989); определение ведущей репрезентативной системы (Л.Д. Столяренко, 2006). Обработку полученных результатов осуществляли с использованием пакета стандартных статистических методов программы Excel. Результаты: среди исследованных студентов холериков больше всего оказалось среди девушек педиатрического факультета (16%) и меньше всего – у мужчин лечебного факультета (5%), при этом у мужчин-педиатров этот тип не выявлен совсем; студентов-сангвиников больше всего было среди мужчин-педиатров и стоматологов (56 и 47% соответственно), а меньше всего выявлено среди девушек-педиатров (24%); меланхоликов меньше всего было на стоматологическом факультете, а на педиатрическом и лечебном факультетах – около 1/3 всех респондентов; флегматиков меньше всего было на педиатрическом факультете и больше всего у стоматологов-мужчин (37%). Ведущая репрезентативная система ранжировалась следующим образом: у студентов педиатрического факультета на первом месте оказалась логическая (34%), затем аудиальная и кинестетическая (по 22%) модальности, у девушек – аудиальная (37%) и логическая (32%); на лечебном факультете у мужчин преобладали визуальная (37%) и аудиальная (33%) системы, тогда как у девушек в равной степени представлены логическая, аудиальная и визуальная модальности; у студентов стоматологического факультета преобладают логическая (32%) и визуальная (26%) системы, у девушек-стоматологов ярко выражена визуальная система (45%). Следует отметить, что кинестетиков было меньше всего на всех факультетах. Выводы: таким образом, больше всего оказалось студентов-сангвиников и меланхоликов, а меньше всего выявлено холериков. Ведущая репрезентативная система в большей степени представлена логической модальностью, а в меньшей степени – кинестетической.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Смолина М.А., Чеснокова А.Д., студенты 6 курса 622 группы, Хафизов Р.Ж., студент 6 курса 621 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП

(зав. каф. - д.м.н. Дударев М.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Одинцова Н.Ф.

Цель: изучить особенности коморбидных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих хроническую сердечную недостаточность. Материалы и методы: в исследование были включены 222 коморбидных пациента, обратившихся в поликлинику в плановом порядке для диспансерного наблюдения по поводу артериальной гипертензии, из них 127 (57,2%) пациентов пожилого и 95 (42,8%) – старческого возраста; 86 (38,7%) мужчин и 136 (61,3%) женщин. У всех пациентов был рассчитан индекс коморбидности Charlson, оценен индекс массы тела (ИМТ), уровень офисного артериального давления (АД), уровни холестерина, креатинина, глюкозы, рассчитана скорость клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 169 пациентов с установленным диагнозом хроническая сердечная недостаточность (ХСН), 2-ю группу 53 человека без установленного диагноза ХСН. Статистический анализ результатов вели с помощью пакета программ Excel. При нормальном распределении данных в качестве «меры положения» использовали среднюю арифметическую величину признака (M), а «меры рассеяния» - ошибку средней (m). Проверку гипотез при сравнении количественных величин в двух группах проводили с использованием t - теста Стьюдента (при нормальном распределении признаков. Межгрупповые различия считали статистически значимыми при вероятности справедливости нулевой гипотезы об отсутствии различия между группами (p) < 0,05. Результаты: возраст пациентов 1 группы составил 73,03±2,04 лет, во 2 группе 68,75±1,98 лет. При оценке среднего балла по шкале коморбидности в 1 группе он был достоверно выше ($p<0,05$) и составил 4,07±0,12, во 2 группе индекс был 2,75±0,09. В 1 группе достоверно выше было как систолическое, так и диастолическое АД ($p<0,05$). У пациентов с ХСН систолическое АД было 145,22±1,13 мм рт.ст., диастолическое АД 94,43±0,98 мм рт.ст., у пациентов без ХСН АД было 133,56±1,21 и 81,52±1,01 мм рт.ст. По ИМТ, объему талии, уровню общего холестерина, глюкозы, частоте сердечных сокращений, употреблению алкоголя пациенты обеих групп достоверно не различались. При оценке функции почек отмечалось достоверное ($p<0,05$) увеличение уровня креатинина до 90,07±1,03 мкмоль/л и снижение СКФ до 61,99±0,84 мл/мин у пациентов 1 группы, во 2 группе эти показатели составили 83,40±1,12 мкмоль/л и 70,80±0,96 мл/мин соответственно. Выводы: таким образом более высокий индекс коморбидности наблюдался у пациентов с ХСН, в этой же группе установлены более высокие значения как систолического, так и диастолического АД. В группе пациентов с ХСН наблюдалось более значимое снижение функции почек, что проявилось повышением уровня креатинина и снижением скорости клубочковой фильтрации.

ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА

Собиров О.О., студент магистратуры I курса психиатрии, Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор,

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Козимжонова И.Ф., ассистент кафедры психиатрии и наркологии, АГМИ

Целью исследования явилось выявление закономерностей проявления и терапевтической динамики депрессивных идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства. Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач в соответствии с критериями включения было изучено 100 больных (46 мужчин и 54 женщины) с аффективными расстройствами, перенесших 121 эпизод умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов. Число анализируемых депрессивных эпизодов было больше, чем число больных, так как 21 больной наблюдался повторно. Результаты исследования. Клиника депрессии с ведущим аффектом тоски характеризовалась подавленным, угнетенным настроением, которое больные описывали как «тяжесть на душе», «отсутствие радости», «тягостность переживания», «чувство душевной боли», «ощущения как будто железо или камень на душе», «сердце окаменело». Клиническое содержание данного симптома определялось характерной триадой: подавленным настроением, угнетением идеаторных процессов, двигательной заторможенностью со снижением побуждений. Ведущим проявлением у данной группы больных являлся аффект тоски, грусти. При этом его выраженность значительно варьировала от легкой подавленности до глубокой тоски с витальными проявлениями. Сознание больных

было заполнено мрачными мыслями о безысходности своего состояния, неизлечимости, полной непригодности к жизни в семье, профессиональном и социальном крахе, переживаниями моральной ответственности за свои поступки. Занимая значительное место в структуре депрессии, идеи малоценности и самообвинения характеризовались уровнем сверхценных образований, так как всегда, в отличие от бредовых идей, оставались психологически понятными и опирались на реальные события, имевшие место в прошлом, или ожидаемые в будущем. Этим событиям, придавалось преувеличенное значение, «некритическое преувеличение прежних промахов» и сопровождалось смутным чувством вины. В то же время у больных сохранялся контроль над истинным положением их реальных дел, они понимали, что не все так катастрофично, как им рисует воображение. При колебании глубины депрессии и улучшении общего состояния с исчезновением идеаторной и моторной заторможенности, как правило, в вечернее время, когда больные были в состоянии посмотреть на себя как будто со стороны и дать своим переживаниям критическую оценку, депрессивные мысли воспринимались как чуждые, несоответствующие реальной действительности, сопровождались чувством отторжения и сопротивления, приближаясь, таким образом, к навязчивостям. Выводы. 1. При непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства идеи малоценности (самоуничижения) и самообвинения выявляются в 60,3% случаев и достегают сверхценного характера. Они являются значимой по содержанию и диагностическому значению идеаторной составляющей депрессивного синдрома и вытекают из общей пессимистической направленности мышления. При этом аффект тоски, тревоги или апатии определяет содержание мыслей больного, его самооценку и оценку прошлого, настоящего и будущего.

ГРУППОВАЯ ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Собиров О.О., студент магистратуры I курса психиатрии

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

КозимжоноваИ.Ф., ассистент кафедры психиатрии и наркологии, АГМИ

Цель исследования. Разработка и оценка эффективности модели групповой полимодальной психотерапии при лечении больных шизотипическим расстройством. Материалы и методы исследования. Основная и контрольная группы пациентов не имели существенных отличий по основным возрастным, тендерным, клиническим и социальным характеристикам, характеру получаемой психофармакотерапии и могли считаться сопоставимыми. В основную группу вошли 40 пациентов, которые дополнительно к основному стандарту были пролечены с использованием разработанной модели групповой полимодальной психотерапии. Контрольную группу составили 40 пациентов, не прошедших курс групповой полимодальной психотерапии. Результаты исследования. В результате исследования разработана модель групповой полимодальной психотерапии для работы с больными шизотипическим расстройством. Лечение пациентов основной группы с помощью разработанной модели групповой полимодальной психотерапии проводилось в течение 3 месяцев и включало в себя: 1) несколько индивидуальных встреч (одна в начале курса лечения для создания эмоционального контакта с больным, и 2 встречи в процессе психотерапии); 2) групповые занятия 2 раза в неделю по 2,5 часа в группе по 6-14 человек. Группа носила открытый характер; 3) домашние задания. Остальная терапия (включая лекарства) проводилась врачами психоневрологических диспансеров. Существо разработанного курса групповой полимодальной психотерапии заключается в использовании отдельных факторов какой-либо психотерапевтической модели, определяющееся тем, в какой ситуации, на каком этапе процесса, применение какой-либо из них окажется наиболее эффективным. Необходимым является, во-первых, подбор методик, воздействующих на различные звенья психических процессов пациента и его поведения; во-вторых, переключение с одного способа психотерапевтического воздействия на другой в зависимости от актуального в данный момент времени состояния пациента. С этим связаны широкие возможности полимодальной психотерапии, предполагающей комбинирование нескольких методов, при лечении больных шизотипическим расстройством. Выводы. 1. Разработанная модель групповой полимодальной психотерапии для пациентов с шизотипическим расстройством позволяет воздействовать на аффективную и когнитивную сферы, что выражается в положительной динамике конкретных клинико-психопатологических, нейропсихологических показателей, а также копинг-стратегий, уровня самооценки и в повышении способностей к социальной адаптации.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ L-КАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ

Субхонов У.Ж., студент 607 группы лечебного факультета, Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д. ассистенты кафедры внутренних болезней №2

Кафедра внутренних болезней №2 (зав.каф. – д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель д.м.н., доцент Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования: Оценить эффективность и переносимость препарата L-карнитин у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в подострой стадии. Материалы и методы: В исследование были включены 116 больных с ОИМ в подострой стадии в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 63,1±2,0 лет). Диагноз ОИМ устанавливали на основании данных анамнеза, клинического и лабораторного обследования, соответствующих изменений на электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ). Пациенты были рандомизированы в основную (96 больных) и контрольную (20 больных) группы лечения. Обеим группам проводили базисную терапию: нитраты, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ/БРА II, антиагреганты, статины, антикоагулянты. Пациентам основной группы, помимо базисной терапии, еще добавили препарат L-карнитин, пациентам контрольной группы проводили только базисное лечение. L-карнитин назначали в первые 2 дня по 1,0 г в внутривенно струйно 2 раза в сутки. С 3 дня по 1,0 г внутривенно струйно 1 раз в сутки в течение 5 дней Результаты исследований. Анализ полученных результатов показал, что в группе больных, принимавших L-карнитина, наблюдалась более быстрая положительная динамика, относительно клинического течения инфаркта миокарда. Так было отмечено, что регрессирование болевого синдрома в основной группе отмечалось через 5 дней, а в контрольной – через 8 дней. К 10-му дню ни у одного из пациентов контрольной группы болевой синдром не был отмечен. После 5 дней больным из основной группы дозу нитроглицерина в два раза уменьшили, а больным из контрольной группы дозу нитроглицерина не изменили. Выводы: Таким образом, применение L-карнитина, в качестве антиангинального и антиоксидантного препарата, уменьшает болевой синдром у 82% больных с инфарктом миокарда в подострой стадии. L-карнитина улучшает действие антиангианальных препаратов и уменьшает их прием, следовательно, включение L-карнитина в стандарт лечения инфаркта миокарда в подострую стадию оправдано, т.к. он улучшает клиническое течение данной патологии.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Субханов Б.К., студент 409 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель - Шомуродова Д.С.

Цель исследования: проанализировать течение болевого синдрома при невралгии тройничного нерва в возрастом аспекте. Материал и методы исследования: проанализировать результаты обследования 70 больных подразделенных на 2 группы: 42 больных в возрасте от 30 – 50 (60%), а также 28 больных в возрасте от 51 – 70 лет (40%), находившихся на лечении в отделении неврологии 1-клиники Сам МИ с 2016 г по 2018 г. Для изучения и оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу боль (ВАШБ). Результаты исследования: По частоте поражения ветвей тройничного нерва у 44 (62,9%) пациентов отмечалась невралгия тройничного нерва справа, у 24 24 (54,3%) слева и у 2 (2,9%) - с двух сторон. Поражения ветвей тройничного нерва среди 1 группы пациентов справа были у 20 (47,6%), слева у 21(50%), с двух сторон у 1 (2,38%), а среди 2 группы – соответственно у 16 (57,1%), 11 (59,3%), 1 (3,8%). Сравнивая оценку боли самими больными, отметили что характеристика по шкале ВАШБ болевого ощущения были наивысшими у пациентов 1 группы (54%) – 7-8 баллов. При повозрастом анамнезе данных порог болевой чувствительности наивысшим оказался в возрастной группе 31-50 лет. Во время болевого синдрома триггерные зоны выявлены у 63 (90%) больных с невралгией тройничного

нерва. Триггерные зоны, по нашим данным, чаще наблюдались у больных 2 группы – 55 (78,6%). Продолжительность приступов боли у 70% первой группы составила несколько секунд, а у второй группы – 2-3 минуты. При наблюдении изменения чувствительности во время болезни у 75% первой группы отмечена гиперестезия, а у 25% второй группы гипестезия, особенно у пациентов страдающих невралгией тройничного нерва более 15-20 лет. По характеру болевых ощущений чаще встречались стреляющие боли [у 26 (62%)], реже – боли тупого характера [у 9 (21%)], сжигающие боли [у 7 (17%)]. Тупые боли встречались в основном у пациентов второй группы [у 7 (25%)], стреляющие соответственно у 14 (50%), сжигающие у 7 (25%). Вывод: При оценке болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале порог болевой чувствительности выше оказалось у больных с первой группы, чем у больных со второй группы. Триггерных зоны во время боли чаще наблюдались у пациентов второй группы. Высокая болевая чувствительность чаще наблюдалось у пациентов второй группы, страдающих невралгией тройничного нерва более 15-20 лет, чем у больных из первой группы, т.е. более молодых.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВОЛОСЯНЫХ ЛУКОВИЦ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ АЛОПЕЦИИ

Сулаймонов А.Л. резидент магистратуры 2-года обучения по специальности кожных и венерических болезней СамМИ

Нуруллаева А.А., Рахматова А. Х. студенты 501 группы педиатрического факультета СамМИ,

Кафедра инфекционных заболеваний, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний (зав. каф.- доц. Ярмухамедова Н. А.)

Научные руководители: ассистент Ахмедов Ш. К., Орипов Р. А.

Актуальность. Причинами выпадения волос в современном мире могут выступать самые различные факторы: стрессы, гипо- и авитаминозы, несбалансированное питание, эндокринная патология, микро- и макроэлементозы, прием лекарственных препаратов и т.д. Цель исследования: Изучение состояния волосяных луковиц у пациентов с поредением волос и выявление микромаркеров различных видов алопеций. Материалы и методы Под нашим наблюдением находилось 41 пациентов – 29 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 20 до 50 лет. Из которых на долю андрогенной алопеции приходилось 21 человек − 55,4%, диффузной алопеции − 14 человек (37,8%), очаговой алопеции − 6 человека (6,8%). Длительность выпадения волос составляла от 1 месяца до 3 лет. Диагноз андрогенной алопеции у женщин был подтвержден результатами гормонального статуса. С целью изучения состояния волосяных фолликулов и определения микромаркеров алопеций использовали микроскоп с 60-кратным увеличением и возможностью фотофиксации поля зрения. Микроскопически исследовали у каждого пациента эпилированные с помощью пинцета волосы из разных зон волосистой части головы. Результаты: в ходе наших исследований были выявлены следующие патологические изменения волосяных луковиц и стержней волос: миниатюризация – у 10 пациентов, уменьшение диаметра луковицы относительно стержня –10 пациентов, аплазия луковицы – у 4 пациентов, деформация – 2 пациентов, ложная гипертрофия – у 2 пациента, нормальный анаген –2 пациентов, телоген – у 4 пациентов, трихомялиция – 2 у пациентов, трихорексис –у 4 пациентов, пористость кутикулы у 1 пациента. Выводы: Установлено, что миниатюризация и деформация анагеновой луковицы, повышенное количество волос в стадии телогена, а также уменьшение диаметра луковицы относительно стержня волоса являются не только самыми распространенными, но и универсальными микроскопическими признаками для всех видов выпадения волос. Аплазия луковицы, как крайняя степень дистрофии, и трихомаляция встречались преимущественно при очаговой алопеции в прогрессирующей стадии. Ложная гипертрофия луковицы, развивающаяся в результате гиперсекреции кожного сала, является следствием гиперандрогении и наиболее часто сопровождает андрогенную алопецию Изменения стержней волос в виде трихорексиса и признаки дегидратации кутикулы наиболее характерны для диффузной алопеции. Нормальный анаген, как микроскопический признак здоровья волос, наблюдался у наших пациентов с алопециями, как и следовало ожидать, крайне редко

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ

Султанов Р.В., студент 417 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО "ИГМА" МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. - д.м.н., проф. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Никитин Е.Н.

Порфирии - группа заболеваний, характеризующаяся ферментными нарушениями на пути синтеза гема. Разнообразие клинических проявлений, трудность диагностики и возможность летальных осложнений диктуют необходимость тщательного рассмотрения случаев порфирии. Цель работы: улучшить качество диагностики и лечения острой перемежающейся порфирии (ОПП) путем повышения осведомленности медицинских работников об этом заболевании. Задачи: изучить актуальную научную литературу, проанализировать клинический случай ОПП, рассмотреть трудности диагностики и лечения. Материалы и методы: анализ истории болезни, сравнение проведенных лечебно-диагностических мероприятий со стандартами лечения. Полученные результаты: пациентка Щ., 28 лет, заболела остро 07.05.12 г. - боли в животе перед началом менструального цикла. Заболевание развивалось с характерной для ОПП картиной - боли в животе, пояснице, мышцах ног, тахикардия, гипонатриемия до 106-108 ммоль/л и связанное с ней коматозное состояние в течение 3-х дней, легкий бульбарный синдром, периферический тетрапарез, парестезии. В течение месяца консультирована врачами различных специальностей (гинеколог, терапевт, уролог, инфекционист, фтизиатр, невропатолог). После установления невропатологом диагноза "порфирийная полинейропатия" 08.06.12 г. и консультации гематолога в тот же день проведено исследование мочи на порфобилиноген (с положительным результатом). 09.06.12 г. переведена для лечения в гематологическое отделение Первой республиканской клинической больницы гор. Ижевска. Патогенетическая терапия (углеводная нагрузка 400 г глюкозы в сутки) привела к выраженному клиническому эффекту (отсутствие тетрапареза, болей в животе, гипонатриемии, уменьшение чувствительных расстройств, снижение тахикардии), выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями соблюдать список запрещенных при порфирии лекарственных средств, исключить алкоголь и табак, избегать повышенного ультрафиолетового облучения, соблюдать щадящий режим работы. В декабре 2015 г. пациентка забеременела, обратилась для консультации к гинекологу и гематологу. Беременность является фактором высокого риска развития приступа для пациенток с ОПП, однако данный диагноз не является абсолютным показанием к прерыванию беременности. Пациентка была предупреждена о риске развития приступа ОПП, но отказалась от прерывания беременности. Своевременное обращение к акушеру-гинекологу и грамотное ведение беременности под наблюдением гематолога позволили произвести родоразрешение per vias naturalis 10.08.16 без осложнений. Вывод. Несмотря на трудности диагностики (диагноз установлен через 33 дня после развития первых симптомов), патогенетическая терапия способствовала значительному улучшению состояния пациентки. Необходимо повышать осведомленность студентов и врачей о диагностике и лечении ОПП.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Султанова Н.Р., клин.ординатор лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №4 и гематологии (зав.курсом- к.м.н. Дадажанов У.Д.)

Научный руководитель ст.преподаватель Мадашева А.Г.

Цель исследования: Изучить клинико-гематологические особенности гипохромных анемий у больных пожилого и старческого возрастов и оценить эффективность лечения железодефицитной анемии различными железосодержащими препаратами. Материалы методы: В Клинике СамМИ, было изучено 58 больных анемией с хроническими заболеваниями. Из них 44 женщин (70%) и 14 мужчин(29,8%). Все пациенты выше 65 лет. Из них 18%- с эррозивным гастритом, у 30% атрофическим гастритом, 8%- язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 25% - алиментарный дефицит железа, 19%- скрытые кровотечения из ЖКТ. Всем больным было проведено: общий анализ крови, биохимические анализы (определение общего белка, сывороточного железа и ферритина) до и после лечения. Болезни ЖКТ подтвердились эндоскопический. Обсуждение результатов: Исследования показали, что основными причинами развития ЖДА являются скрытые кровотечения из ЖКТ, обусловленные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, геморрой и эрозивным гастритом. Нередко ЖДА у данного контингента лиц вызываются алиментарным дефицитом железа и сочетанием нескольких факторов. У лиц старше 60 лет показатели феррокинетики находятся на нижней границе общепринятой нормы, а

потому эта часть населения попадает в группу высокого риска развития ЖДА. Лечение ЖДА у больных пожилого и старческого возрастов целесообразно проводить железосодержащими препаратами с содержанием элементарного железа не менее 100 мг в таблетке по 2 таблетки в сутки суммарно в виде базисного и реабилитационного курсов продолжительностью не менее 16-20 недель. Мальтофер-фол является более предпочтительным препаратом для лечения ЖДА у лиц старших возрастов при заболеваниях ЖКТ, так как он практически не вызывает побочных явлений и обладает высокой терапевтической эффективностью. Еще обязательным является лечение основного заболевания. Критерием полного излечения ЖДА может служить нормализация сывороточного ферритина, железа и гемоглобина. Выводы: Лечение препаратами солевого железа (сорбифер) и гидроксид-полимальтозного комплекса железа (мальтофер-фол) больных ЖДА в возрасте старше 60 лет в течение 16-20 недель приводит к полному устранению клинических признаков болезни, нормализации показателей «красной крови», ликвидации дефицита железа при легкой и среднетяжелой формах болезни.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МОКСОНИДИНОМ

Султонова Д.К. – магистр 2-го года обучения по специальности Кардиология

Кафедра факультетских внутренних болезней, военно – полевой терапии, проф. заболеваний (заведующий кафедры д.м.н. Аляви Б.А.)

Научный руководитель – д.м.н., доцент Атаходжаева Г.А.

Цель исследования: изучение антигипертензивной и органопротективной эффективности моксонидина у больных артериальная гипертензия с метаболическом синдромом (АГ с МС). Материалы и методы. В исследование были включены 44 больных мужчин с АГ I–II степени с МС. Средний возраст больных составил 41,7±9,1 года. МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2009. Исходно и на 12-й неделе терапии проводили измерения антропометрических показателей (масса тела, окружность талии). Офисное измерение АД проводилось методом Короткова. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование сердца и сосудов с оценкой структурно-функциональных показателей миокарда (EnVisorC®, Philips, Нидерланды). Наряду с этим проводились пероральный тест толерантности к глюкозе, определение уровня липидов и мочевой кислоты крови. Уровень инсулина определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) наборами Beckman Coulter™. Для определения инсулинорезистентности использовали индекс HOMA. При индексе HOMA > 2,77 пациентов считали инсулинорезистентными. Больным наряду с изменением образа жизни (физическая активность, гипокалорийная диета) была назначена монотерапия моксонидином (физиотенз, Abbott Laboratories, США) в фиксированной дозе 0,4 мг/сут в течение 12 недель. Результаты исследования. Среди обследованных больных гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 47,8%, диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ) - у 32,6% больных. 73,9% пациентов имели нарушенную эндотейзависимую вазодилатацию. У 47,8% больных наблюдалась гиперурикемия. Необходимо сказать, что на фоне 12 недельной терапии моксонидином отмечено достоверное снижение ИМТ до 30,3±2,8 кг/м^2 ($p<0,001$) и уменьшение ОТ до 105,9±9,9 см ($p<0,001$). По уровню ХС ЛПНП и ХС ЛПВП достоверных изменений не отмечалось. К концу терапии моксонидином уровень гликемии натощак и через 2ч после приема глюкозы не изменился. При этом применение моксонидина приводило к достоверному снижению уровня инсулина с 9,15±4,60 мкМЕ/мл до 7,4±3,7 мкМЕ/мл; $p<0,01$, что сопровождалось достоверным снижением индекса HOMA с 2,27±1,30 до 1,78±0,92 ($p<0,05$). Кроме того, на фоне монотерапии моксонидином отмечалось достоверное снижение уровня мочевой кислоты (с 7,26±1,19 мг/дл до 6,74±0,98 мг/дл; $p<0,01$). По результатам исследования терапия моксонидином у больных АГ с МС привела к улучшению структурно-функциональных показателей сердца. Так, на фоне антигипертензивной эффективности отмечалась достоверная регрессия гипертрофии ЛЖ и улучшение диастолической функции ЛЖ. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) снизилась с 274,4±66,9 г до 246,6±60,9 г; $p<0,001$, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) - с 129,8±26,8 г/м^2 до 118,6±22,9 г/м^2; $p<0,001$. Отмечалось улучшение диастолической функции ЛЖ, что выражалось в увеличении соотношения пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка (E/A) с 1,10 ± 0,28 до 1,2±0,4 усл. ед. ($p<0,05$), и уменьшении времени изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) с 0,94±0,25 с до 0,85±0,15с; $p<0,01$. Заключение. 12-х недельная монотерапия моксонидином оказывает хороший антигипертензивный эффект, способствует снижению веса и уменьшению объма талии. Терапия моксонидином на фоне изменения образа жизни улучшает липидный профиль, уменьшает выраженность гиперинсулинемии и инсулинорезистентности. Применение моксонидина приводит к регрессии ГЛЖ и улучшению диастолической функции ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНСОТЬЮ

Суюнов Д.Н. студент 624-группы лечебного факультета СамМИ, Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренныеболезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель. Оценить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью на фоне терапии бисопрололом и лизиноприлом. Материалы и методы. В исследовании участвовало 16 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ ≥ 55%) при гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 7 женщин, возраст 57,2±9,1 года. Исходно и через 6 месяцев комбинированного применения бисопролола в дозе 4,6±2,4 мг/сутки и лизиноприла в дозе 10,3±1,1 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате SONOSCAPE. Результаты. Увеличивались ФВ ЛЖ (на 7,1%; $p<0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока E (V_E) (на 10,2%; $p<0,01$), отношение V_E к скорости трансмитрального диастолического потока A (V_A) (V_E/V_A) (на 13,5%; $p<0,01$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 2,8%; $p<0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 4,3%; $p<0,05$) и МЖП (на 2,4%; $p<0,01$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 2,5%; $p<0,01$), V_A (на 3,9%; $p<0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 8,8%; $p<0,05$); не изменялось время замедления трансмитрального диастолического потока E (DT_E). Выводы. Указанная динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с диастолической ХСН (I-II ФК) на фоне ГБ и/или ИБС.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Суюнова Ф.Б., студентка 421 группы лечебного факультета, Бабамурадова З.Б. базовый докторант 2 года обучения, СамМИ

Кафедра Внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав.каф.- д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.

Цель исследования:оптимизировать изучение частотыи особенности течения нарушения ритма сердца при сахарном диабете II-типа. Материалы и методы исследования:Обследовано 41 больных с диагнозом сахарного диабета (СД) 2 типа, из которых 22 мужчин (53,66%) и 19 женщин (46,34%).Среди которых нарушения ритма было выявлено у 24 пациентов, средний возраст обследованных составило 58,5 лет ±2,71. Результаты исследования: Установлено, что умногих пациентов СД-2-го типа уровень HbA_{1c} составил менее 7,5%. Среди осложнений СД 2 типа лидирующие позиции занимала полинейропатия. У многих больных была выявленадислипидемия. Анализ липидного спектра показал следующий результат: Общий холестерина – 6,7 мкмоль\л, Триглицериды – 3,32 мкмоль\л, Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – 0,69 мкмоль\л, Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – 5,68 мкмоль\л.При оценке функционального состояния почек повышенный уровень креатинина в крови (более 132 мкмоль/л у мужчин и более 125 мкмоль/л у женщин) определялся у 30,5% больных.При анализе вида и частоты нарушений ритма сердца и проводимости по данным ЭКГ в покое выявлено, что у больных с СД2 типа наиболее часто регистрировались наджелудочковые нарушения ритма сердца, которые чаще встречались у 13 больных, а желудочковые экстрасистолы у 4 больных, количество эпизодов депрессии сегмента ST у 8 больных, ишемия миокарда у 11 больных, фибриляция предсердий у постоянной формы было у 5 больных.Так же, нами было выявлено, что средняя частота сердечных сокращений в минуту у

больных было 76,5±2,81. Выводы:Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что у больных СД 2 типа преобладают нарушения ритма сердца, в частности наджелудочковыеэкстрасистолии, что ассоциируется с дислипедимией, диабетической полинейропатией и нефропатией.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Суюнова К.Б.

Кафедра "Гуманитарных и общественно-экономических наук" СамМИ (зав.каф.- к.ю.н. Садикова Ё.С)

30 октября 2018 г. Президент Узбекистана Ш.М.Мирзиёев провел совещание, поручив в ближайшее время представить в Олий Мажлис тщательно проработанное Бюджетное послание на 2019 год. Говоря о расходной части бюджета на 2019 год, Президент подчеркнул, что в приоритете - социальная и экономическая сферы, отметив то что, государство основное внимание должно уделить работникам социальной сферы с относительно низкими темпами роста заработных плат. «Мы должны и в следующем году продолжить политику повышения размеров заработной платы, пенсий и пособий из бюджета не ниже уровня инфляции», - заявил глава государства. Таким образом, глава страны поручил повысить зарплаты медицинских работников на 26,5%. Зарплаты медиков были повышены в два этапа: с 1 декабря 2018 года на 20% и с 1 апреля 2019 года на 15%. Исходя от качества работы мед работников и фармацевтов государство стало оплачивать надбавки к их определенной зарплате, а руководителям медицинских учреждений предоставлено право выплачивать ежемесячные персональные надбавки в размере до 100% сотрудникам, которые особо отличаются в работе. В целях формирования концептуально новых моделей организации и финансирования здравоохранения, обеспечивающих кардинальное повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, внедрения современных достижений медицинской науки и технологий, а также в соответствии с задачами Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах государство реформирует систему здравоохранения и совершенствование законодательства в сфере здравоохранения путем его унификации и принятия законов прямого действия, направленных на повышение качества медицинских услуг и защиту прав пациентов, а также усиление ответственности и защищенности медицинских работников. Следует отметить, то что, формирование современной системы управления и «кластерной» модели организации здравоохранения регионов, обеспечивающей интеграцию лучших практик менеджмента и управления качеством медицинских услуг на основе международных стандартов, внедрение системы аккредитации медицинских и фармацевтических организаций, лицензирования врачебной и фармацевтической деятельности, совершенствование системы финансирования здравоохранения, определение объемов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, внедрение системы оплаты медицинских услуг за «пролеченный случай» по клинико-затратным группам и новых механизмов финансирования, а также поэтапное внедрение обязательного медицинского страхования, повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, поддержку здорового образа жизни и профилактику заболеваний, в том числе путем формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации, совершенствование системы охраны материнства и детства на основе развития медицинской генетики, экстренной и специализированной медицинской помощи женщинам и детям, внедрения современных программ скрининга, создания в регионах многопрофильных медицинских комплексов и информационных систем «Мать и дитя», развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма, создание благоприятных условий и улучшение конкурентной среды для широкого привлечения инвестиций в сферу здравоохранения, дальнейшее развитие фармацевтической отрасли, совершенствование механизмов ценообразования, расширение объемов и номенклатуры производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, развития медицинской науки, в том числе на основе сертификации (аккредитации) медицинских научных и образовательных учреждений по международным стандартам, внедрения современных образовательных программ, методов и технологий, широкое внедрение системы «электронного здравоохранения», создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов являются самыми приоритетными направлений в системе здравоохранения и экономики нашей страны.

КОНТРОЛЬ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Тилавова Ю.М., Абдухаликова Г.А., студентка 616 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель асс. Хайитов А.А.

В рамках аудиологического скрининга наблюдение недоношенных младенцев осуществляется вплоть до достижения ими возраста 6 месяцев фактической жизни. К 12 месяцам слуховая функция недоношенного ребенка, как правило, стабилизируется, и ее характеристики соответствуют либо возрастной норме, либо определенной форме и степени тугоухости. Однако известно, что патологические изменения со стороны слуховой системы у детей, имеющих факторы риска по тугоухости при рождении, могут манифестировать и в более позднем возрасте (Johnson J.L. et al., 2005). Цель исследования: Провести исследование слуховой функции недоношенных детей методом аудиологического скрининга. Материалы исследования: Под наблюдением находились 136 недоношенных детей. Всем детям было проведено расширенное аудиологическое обследование в установленные сроки на первом году жизни, а затем - каждые 6 месяцев до достижения ими возраста 36 месяцев. К возрасту 12 месяцев фактической жизни нормальную слуховую функцию имели 119 наблюдаемых, различные формы сенсоневральной и смешанной тугоухости - 17 детей. Результаты исследования: В процессе наблюдения детей в период раннего детства трансформация аудиологических данных, полученных к концу первого года фактической жизни, была зафиксирована у 9 пациентов (все - из группы глубоконедоношенных детей с гестационным возрастом при рождении 28 недель и менее). У 2 детей, которые первоначально расценивались как больные со слуховой нейропатией (СН), к возрасту 18 и 25 месяцев слуховая функция полностью нормализовалась. У 2 пациентов, у которых на первом году жизни диагностировалась сенсоневральная тугоухость (СНТ) IV степени в возрасте 13 и 18 месяцев была верифицирована СН. У одного пациента с диагностированной в десятимесячном возрасте и подтвержденной на втором году жизни односторонней СН к 30 месяцам сформировалась двусторонняя СНТ I–II степени. У одного ребенка с односторонней слуховой нейропатией СНТ I–II степени, диагностированная с противоположной стороны в возрасте 7 месяцев, к 14 месяцам жизни трансформировалась в СН. У 3 пациентов, имеющих нормальную слуховую функцию к концу первого года жизни, в возрасте 24, 28 и 36 месяцев была диагностирована СНТ I–II и II степени, потребовавшая проведения слухопротезирования. При этом в последних 3 случаях слуховой дефект явился случайной находкой. Выводы:Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование слуховой системы в период раннего детства у детей, родившихся недоношенными, может сопровождаться как процессами созревания, так и альтерации в различных ее звеньях. Это диктует необходимость дальнейших исследований в данном направлении, а также целесообразность проведения повторных аудиологических обследований, по крайней мере до 3-летнего возраста, у детей, родившихся недоношенными, особенно со сроками гестации 28 недель и менее.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Тилавова Ю.М., Икрамова З.Х. студентка 6 курса педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвактова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Под вестибулярной дисфункцией понимают в первую очередь спонтанные патологические реакции (сенсорные, моторные и вегетативные). Наиболее часто вестибулярные нарушения являются симптомом болезни Меньера (БМ), кохлеовестибулопатии на фоне вертебробазилярной недостаточности, доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, лабиринтита и вестибулярного нейронита. Наряду с традицион-

ными методами исследования вестибулярной функции для диагностики и лечения патологических состояний, сопровождающихся нарушением функции вестибулярного анализатора, всё чаще применяется функциональная компьютерная стабилометрия (ФКС), основанная на регистрации и анализе колебаний центра давления (ЦД) тела человека. Цель исследования: В связи с этим целью проведенного нами исследования явилась оценка лечебно-диагностического алгоритма при центральных и периферических вестибулярных нарушениях на различных уровнях его поражения. Материал и методы: Было обследовано 82 больных, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в клинике СамМИ кафедре оториноларингологии с жалобами на головокружение или нарушение равновесия. В схему обследования больных помимо стандартного оториноларингологического клинического исследования входило комплексное вестибулометрическое исследование, тональная пороговая аудиометрия, ФКС, кроме того, проводилась диагностическая беседа с целью подробного выяснения анамнеза заболевания и оценки вестибулярных нарушений при помощи сенсорноаналоговой шкалы. Результаты исследования: В зависимости от типа протекания индуцированных вестибулярных реакций (ИВР) (центрального, смешанного или периферического) пациенты были разделены на две группы. В 1ю группу вошло 30 пациентов (22,1%) с периферическим типом протекания ИВР: 4 (13,3%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 6 (20%) –с острым отитом и 20 (66,6%) – с синдромом Меньера. Во 2ю группу вошло 52 пациента (38,2%) с центральным типом ИВР: 4 (7,7%) – с острым экссудативным средним отитом, 14 (26,9%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 14 (26,9%) – с прогрессирующей хронической нейросенсорной тугоухостью и 20 (38,5%) –с острой нейросенсорной тугоухостью. Вегетативные проявления отмечали 20 пациентов (38,5%). В этой группе выраженность головокружения по сенсорноаналоговой шкале составила 3,0 ± 0,67 балла. При этом только 13 пациентов (24,6%) характеризовали головокружение как выраженное, а 46 пациентов (86,4%) описывали его как несистемное. У 24 пациентов (46,2%) показатель функции равновесия был снижен на 29,0 ± 2,6%; для всей группы этот показатель составил 13,4%. При проведении ФКС у 18 пациентов (33,3%) показатель функции равновесия был снижен на 26,7 ± 2,8%; для всей группы снижение показателя функции равновесия составило 8,9%. Примечательно, что снижение показателя функции равновесия было выявлено только у 6 из 24 пациентов (25%) с острой нейросенсорной тугоухостью. Выводы: Таким образом, все компоненты вестибулярной дисфункции (сенсорный, вегетативный и соматический) оказались наиболее выраженными у пациентов с периферическим типом протекания ИВР. Центральный тип ИВР характеризовался наличием вегетативных и сенсорных расстройств, выраженных в меньшей степени, чем при периферическом поражении. Менее выраженным оказалось и отклонение показателя функции равновесия от возрастной нормы.

СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Юсупова М.М., студентка 409 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель асс. Хайитов А.А.

Актуальность. Назначение обонятельного анализатора- информировать организм о присутствии в окружающей среде различных химических соединений. Нарушения обоняния, обусловленные смещенной носовой перегородкой (ИНП) возникают вследствии обструкции носовой полости, что препятствует прохождению воздушной струи и запахов к обонятельному эпителию. По данным литературы Damm и соавт. (2003) обнаружили аносмию у 7% и гипосмию у 60% пациентов с ИНП, Brinner и Simmen (2003) у 10,3% пациентов с ИНП имели расстройства обоняния. Цель исследования - изучить обонятельную функцию носа у больных с ИНП в до и послеоперационном периоде. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 пациентов с искривлением перегородки носа в возрасте от 16 до 45 лет, госпитализированных и прооперированных в ЛОР отделении клиники СамМИ. Нами проводилось исследование обоняния пациентов с помощью набора пахучих веществ (уксус, этиловый спирт, настойка валерианы и нашатырный спирт) до оперативного вмешательства,а также через 1 неделю, 14 дней и 1 месяц после нее. Больным предлагалось зажать пальцем одну половину носа,а к другой на расстоянии 1 см подносили сосуды с пахучими веществами начиная с самой слабого. Тест проводился отдельно для правой и левой половин носа. Результаты. Во время обследования до операции у 17 (группа А-58%) пациентов была выявлена гипосмия (по периферическому типу), у остальных 12 (группа Б-42%) пациентов - нормосмия. В первые неделю после операции у всех пациентов наблюдалось выраженное снижение обоняния, обусловленное операционной травмой и спровоцированными ею воспалительными и репаративными процессами. На второй неделе у 9 пациентов группы А(53%) и у 12 пациентов группы Б(100%) обонятельная функция носа нормализовалась. У остальных 8 пациентов группы А(47%) восстановление обонятельной функции носа наблюдалось лишь спустя 1 месяц после оперативного лечения, что связано с полным восстановлением носового дыхания. Выводы. Наше исследование показало, что нарушения обоняния в 58% случаях исследованных нами пациентов возникло вследствии обструкции носовой полости смещенной носовой перегородкой, которое препятствовало прохождению воздушной струи и запахов к обонятельному эпителию.

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ СТРЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. ИЖЕВСКА

Табаров С.М., Ватолина А.А., студенты 207 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России»

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности (зав. каф. – д.м.н. Шкатова Е.Ю.)

Научный руководитель ст. преподаватель, к.м.н Зыкина С.А.

Цель работы: Выявить проблемы восприятия стресса у иностранных студентов, обучающихся в вузах г. Ижевска (Удмуртская Республика). Материал и методы исследования: Обследовано 40 иностранных студентов-мужчин (граждан Таджикистана), 20 из них студенты Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА), 20 – студенты Удмуртского государственного университета (УДГУ). Средний возраст студентов ИГМА составил 20,15±1,78 года, студентов УДГУ составил 20,82±2,64 года. Все студенты проживали в общежитии. Анкетирование студентов проводилось с помощью «Шкалы воспринимаемого стресса» (ШВС), валидизированной в Российской Федерации, а также разработанного нами опросника. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Результаты: Установлено, что большинство студентов (90%) оценивали свое материальное положение как хорошее и удовлетворительное. Свою учебную успеваемость как «хорошую» оценили 35% студентов ИГМА и 85% студентов УДГУ, «есть два-три долга» - 20% и 15% соответственно, «много долгов» у 45% студентов ИГМА, не было задолженностей у студентов УДГУ. Знание русского языка как «отличное» отметили 10% студентов ИГМА и 20% студентов УДГУ, как «хорошее» - 35% и 50%, как «удовлетворительное» - 45% и 15%, как «неудовлетворительное» - по 10%, соответственно. По итогам обработки данных ШВС получены следующие результаты: по субшкале «Перенапряжение» среднее значение составило 17,4± 4,45 балла у студентов ИГМА, 15,1± 3,93 у студентов УДГУ. По субшкале «Противодействие стрессу» у студентов ИГМА среднее значение составило 11,7±2,67 баллов, у студентов УДГУ 10,85±2,03 баллов. Итоговое значение шкалы воспринимаемого стресса у студентов ИГМА среднее значение составило 29,1±4,87 баллов, у студентов УДГУ 25,95±4,59 баллов. При изучении взаимосвязи между уровнем воспринимаемого стресса и другими показателям у студентов ИГМА установлена положительная связь с успеваемостью (R=0,55), с материальным положением и знанием русского языки значимой связи нет (R=0,05). У студентов УДГУ установлена положительная связь уровня воспринимаемого стресса с материальным положением (R=0,51), знанием русского языка (R=0,31), незначительная связь с успеваемостью (R=0,15). У студентов ИГМА выявлена отрицательная связь между знанием русского языка и успеваемостью (R= -0,35), у студентов УДГУ такой значимой связи нет (R= -0,04). Установлена прямая положительная связь между субшкалой «Противодействие стрессу» и успеваемостью (R=0,41) у студентов ИГМА, У студентов УДГУ отмечена слабая отрицательная связь (R= -0,11). Выводы: Таким образом, из результатов исследования следует, что иностранные студенты ИГМА имеют более высокий уровень стресса при субъективном восприятии, чем иностранные студенты УДГУ. Студенты ИГМА хуже знали русский язык, имели больше долгов по учебе, повышенный уровень восприятия стресса был связан с этими позициями. У студентов УДГУ повышенный уровень восприятия стресса был связан с оценкой своего материального положения. Для снижения уровня восприятия стресса и лучшей адаптации, повышения успеваемости необходимо организовать курсы по изучению русского языка, больше вовлекать иностранных студентов в общественную жизнь.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО РАЗБОРА

Таиров А.Э - резидент магистратуры., ассистент кафедры Хайдарова Д.Д.

Кафедра внутренние болезни №2 (зав. каф. - д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: изучить распространенность тромбоэмболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА) и проанализировать имеющиеся диагностические ошибки и лечебную тактику при введении пациентов с ТЭЛА в стационаре СФРНЦЭМП по данным протоколов патологоанатомических вскрытий. Материалы и методы исследования: Было исследовано 7467 истории болезни умерших пациентов в центре, которые находились на лечении в разных отделениях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП) за период 01.01.2014г по 31.12.2018г. Результаты: Всего за период 01.01.13г по 31.12.17г умерло 7467 больных. Вскрыто 1674 тало умерших. ТЭЛА обнаружена у 942 больных. У всех пациентов тромбоэмболия была осложнением основного или сопутствующего заболевания. В 417 случаях она являлась основной причиной смерти, а в 225 случаях утяжеляла течения уже имеющихся заболеваний. ТЭЛА обнаружена у женщин в 275 случаях, мужчин 167. Наиболее часто она встречалась в возрастном интервале 65-75лет. Количество случаев в зависимости от локализации тромбоэмболии (массивная, субмассивная, субсегментарная формы) распредилилось практически одинаково, 35%, 30%, 30% соответственно. Выводы: Таким образом, наибольший удельный вес, по данным вскрытий принадлежал массивной тромбоэмболии. Правильный диагноз был установлен в 5,9% случаев. От общего числа умерших имела место гипердиагностика ТЭЛА.

ВОЗНИКАЕТ ЛИ НАРУШЕНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ СТЕАТОЗЕ?

Танаева Т.А. аспирант, Фомина К.Е., ординатор, Лучихина Г.А., ординатор

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

(зав. каф. - профессор, д.м.н. Пименов Л.Т.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Иванов Л.А.

Хронический панкреатит - воспалительное заболевание, которое постепенно приводит к развитию необратимых морфологических изменений паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) и снижению ее функциональной активности. Под стеатозом поджелудочной железы понимают избыточное накопление внутриклеточного жира в паренхиме органа. Цель работы: изучение состояния экзокринной функции поджелудочной железы при ее стеатозе. Задачи: провести выборку пациентов со стеатозом ПЖ, проанализировать характер изменений ее экзокринной функции. Материалы и методы: материалом для исследования послужила выборка из 15 пациентов. Среди обследованных пациентов было 2 мужчин, что составили 13,3% и 13 женщин, что составили 86,7%. Всем больным проводилось биохимическое исследование крови: определение липидного профиля, глюкозы, амилазы, липазы; определение эластазы в кале. Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эластографию ПЖ и компьютерную томографию ПЖ. Результаты и их обсуждение: В ходе исследования из 12 пациентов, по результатам эластографии ПЖ, выявлены группы с начальными признаками стеатоза ПЖ - 2 человека (16,7%), с умеренными фиброзно-стеатозными изменениями - 5 человек (41,6%), выраженными изменениями по типу стеатоза - 3 человека (25%). Также у 2 пациентов выявлены фиброзно-стеатозные изменения на фоне хронического панкреатита (16,7%). По результатам лабораторных данных: повышение уровня альфа-амилазы - 2 человека (13,3%), снижение липазы - 2 человека (13,3%). Следовательно, у 11 человек показатели ферментов крови в пределах нормы (73,4%). Выводы: У исследованных пациентов, по результатам эластографии ПЖ, преобладают умеренные фиброзно-стеатозные изменения. При этом у большинства пациентов экзокринная функция ПЖ не нарушается, о чем свидетельствуют нормальные показатели уровня липазы и альфа-амилазы крови.

ОСНОВНЫЕ СЛАГАЕМЫЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таралло В.Л.

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель работы: Определить базовые составляющие профилактической медицины для выделения, измерения, оценки и включения в практику здравоохранения ведущих факторов риска здоровью и жизни населения для их устранения или уменьшения их влияния. Материалы и методы исследования: Использованы собственные теоретические и методические разработки по системному анализу традиционных в медицине официальных показателей здоровья населения Украины за 1979-2018 гг. с учетом изменений в динамике структуры жителей страны по полу, возрасту и территории проживания. Результаты: Определены 2 базовые слагаемые в системной структуре: подсистема мониторинга здоровья/выживания населения и подсистема управления здоровьем/выживанием населения и территорией его проживания (медико-социальные и санитарно-экологические аспекты). Выводы:Ведущими маркерами (показателями) для формирования подсистемы управления стали: внутренняя (врожденная) и внешняя (приобретенная в среде проживания) жизнеспособность и жизнестойкость, длительность адаптационных и дезадаптационных периодов на «шкале долголетия», полные и аспектные (по изучаемым факторам влияния) поло-возрастные риски здоровью и сохранению жизни, средняя продолжительность жизни, в том числе здоровая и болезненная, качество здоровья и жизни, среды обитания (в единицах здоровья населения), скорость утраты врожденного ресурса здоровья.

РИСКИ ЗДОРОВЬЮ: ИЗМЕРЕНИЕ, ОЦЕНКА, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таралло В.Л.

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения

Цель работы: Определить значимость, возможность измерения, оценки и использования в практике здравоохранения полных и частных (аспектных) рисков здоровью/жизни людей для создания конструктивной научно обоснованной системы медицинского страхования в Украине. Материал и методы:Использованы собственные системные разработки понятий «риск», «фактор риска», материалы динамики здоровья населения Украины за 1979-2018 гг. и собственные, сертифицированные МРПИИН СЭС ООН (1992-2010 гг.), методы обработки медико-социальной информации Результаты:Проведен теоретический системный анализ понятий «риск», «факторы риска», разработана методика определения рисков здоровью/жизни для всех возрастных групп с учетом пола и особенностей среды проживания (по производственным и ландшафтно-геохимическим зонам); использованы для расчетов рисков здоровью/жизни населения реальные и нормативные «шкалы долголетия»;обработка последних осуществлена на основе параметров законов выживания популяций (1998 г.) и сохранения здоровья населения (2010г.). Выводы:Риски здоровью/жизни – ведущие динамические интегральные (и «прямые»!) показатели здоровья населения, пригодные для оценкикак здоровья людей, так и среды их проживания, в том числе созданной ими системы здравоохранения, качества и эффективности планируемых и реализуемых (в рамках этой системы и вне ее) оздоровительных программ, причем с учетом эффективности использования выделенных на них ресурсов. Факторы риска – основа измерения страховых рисков здоровью/жизни людей и, соответственно, создания ресурсных основ системы медицинского страхования населения проживающих на любых территориях.

ВЛИЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ, СОДЕРЖАЩИЕ ПРОБИОТИКИ, НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА

Тахирджанова З. студентка 3 курса стоматологического факультета

Кафедра Общественного здравоохранения, общей гигиены и экологии

Научный руководитель: доц. PhD. Аминов З.З.

Пробиотики определяются как живые микроорганизмы, которые при введении в адекватных количествах приносят пользу здоровью. Существуют несколько теорий по механизмам действий пробиотиков, включающие адгезию, коагрегацию, конкурентное ингибирование, продукцию органических кислот и иммунную модуляцию. Эти механизмы могут также стимулировать неспецифические клеточные и гуморальные реакции. Целью исследования является оценить влияние молочных продуктов, содержащие пробиотики, на здоровье ротовой полости. Материал и методы исследования: Были использованы 26 публикации соответствующих исследований 2010-2017 годов из баз PubMed, Web of Science и Scopus. Основными поисковыми терминами были «пробиотики», «зубной кариес», «инфекции ротовой полости». Был проведен анализ данных отобранных научных работ. Результаты: 26 исследования были включены в анализ. На основании девяти исследований было выявлено снижение количества Streptococcus mutans – средний уровень разницы риска 0,15 [95% ДИ 0,02, 0,28] p=0,03; также было выявлено снижение концентрации Lactobacillus spp. – средний уровень разницы риска 0,35 [95% ДИ 0,19, 0,51] p<0,0001; Две исследования были использованы для определения уровня pH слюны. У пациентов, которые употребляли молочные продукты с пробиотиками, по сравнению с другими пациентами средний уровень pH был на 0,20 [95% ДИ 0,04, 0,35] выше (p=0,01). Лица, потребляющие молочные продукты с пробиотиками, имели значительно более высокий показатель индекс налета по сравнению с пациентами, которые не употребляли какой-либо продукт. Таким образом, молочные продукты, содержащие пробиотики, увеличивают индекс налета на 0,38 [95% ДИ 0,11, 0,65] p=0,005. Выводы: Хотя данные анализов показывают, что потребление молочных продуктов, содержащих пробиотики, положительно влияет на pH слюны, микрфлору ротовой полости и развитие кариеса, требуются больше исследований, посвященных механизму действия пробиотических бактерий при заболеваниях полости рта. В заключение следует сказать, что потребление молочных продуктов, содержащих пробиотики, является вспомогательным методом, положительно влияющим на развитие кариеса.

АСПЕКТЫ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ О ВЛИЯНИИ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Темиров А. студент Лечебного факультета 5-курса

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: Наимова З.С.

Организм человека 65% состоит из воды, поэтому для поддержания водного баланса необходимо ежедневное её потребление. Основу любого напитка составляет вода, однако кроме нее там содержатся иные вещества, оказывающие, негативное действие на организм. В составе каждого газированного напитка есть своя кисло-сладкая основа: сахарный песок (или его заменители) и кислота. Чрезмерное увлечение сладкой газированной водой может увеличивать вероятность избыточного веса и сахарного диабета, способствовать развитию кариеса. Наиболее известный подсластитель – аспартам (нутрасвит), белок, который способен вызывать аллергические реакции, чаще всего в газированных напитках используют лимонную, яблочную кислоты, реже – ортофосфорную, которые способствуют вымыванию кальция из костей, что может приводить к ослаблению костной ткани, развитию остеопороза. Углекислый газ, являющийся непременным компонентом газировки, при употреблении продукта, способен возбуждать желудочную секрецию, повышать кислотность желудочного сока и провоцировать метеоризм – обильное выделение газов. Бензоат натрия (E211), используемый чаще всего в газированных напитках для увеличения их срока хранения в разы, подавляет активность ферментов, ответственных за окислительно-восстановительные реакции, сводит на нет активность ферментов, расщепляющих жиры и крахмал, что, безусловно, способствует нарушению обмена веществ. Добавленная в газировку аскорбиновая кислота, по мнению ряда ученых, способна вступать с бензоатом натрия в химическую реакцию, в результате которой образуется новое вещество – бензол, являющееся канцерогеном. Цель работы: Изучить информированность студентов в вопросах состава и влияния на здоровье сладких газированных напитков, выяснить отношение молодежи к данному продукту и регулярность его употребления. Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 109 человек (76 девушек и 33 юношей) в возрасте от 17 до 29 лет. Исследование было выполнено с применением опросного метода. С его помощью мы определили, какой процент людей употребляет или не употребляет газировку, как часто, какой напиток конкретно предпочитают, в какое время года преимущественно, интересуются ли калорийностью, составом, и знают ли о пагубном влиянии газированных напитков на организм при ежедневном их употреблении. При анализах этикеток газированных напитков выявили вредные для организма ингредиенты, добавки, усилители вкуса, количество сахара или сахарозаменителя. Результаты: В ходе анализа данных проведенного анкетирования выяснилось, что 79,1% из числа опрошенных, употребляют сладкую газированную воду, из них 41% респондентов делают это один раз в неделю, 24% – раз в месяц, 22,6% – пьют газировку ежедневно, и лишь 12,4% участников опроса «балуют» себя этими напитками раз в несколько месяцев. На вопрос: «Какие напитки предпочитаете?», самыми популярными были следующие ответы: «Sprite», «Coca-Cola» и «Pepsi zero». В результате анализа этикеток в составе газированных напитков были выявлены перечисленные ранее вещества химического происхождения, деструктивно влияющие на организм человека. Выводы: С применением опросного метода выявлено, что почти 91% всех респондентов, употребляют газированную воду регулярно и что уровень их осведомленности о последствиях, которые несет за собой эта регулярность довольно низкий. Поэтому, необходимо повышать осведомленность молодых людей по вопросам принципов рационального питания, пищевой и биологической ценности продуктов, в том числе и газированных напитков, связи их регулярного употребления с развитием таких заболеваний, как ожирение и сахарный диабет.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Тилавов Д. клинический ординатор I курса СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. Гайбиев А.А.

Цель работы: изучить диагностические критерии полиневропатии. Материалы и методы. Было обследовано 2 группы пациентов. Первую группу составляли 10 пациентов (25, 57%) с острыми заболеваниями периферической нервной системы, контрольную группу составили 7 пациентов (21,42%). У всех пациентов было произведено определение антинейрональных антиганглиозидных антител с помощью набора «Ganglioside-Profile 2 EurolineIgMandIgG». Этот набор предназначен для определения антител класса IgM и IgG к ганглиозидам в сыворотке или плазме крови человека методом иммуноблотинга. Принцип метода заключается в том, что тест «Ganglioside-Profile 2 EurolineIg MandIg G» предназначен для качественного определения invitro антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLAв сыворотке и плазме крови человека. Результаты: Установлено, что в группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы (ПНС) нами выявлена более высокая частота антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLAIgG – 85,7%,84,3% и 68,3% соответственно. Также обнаружено, что хотя бы один тип антител присутствует у 94,3% пациентов I группы. Показатели частоты выявления антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLAIgG или хотя бы одного типа антител в первой группе достоверно отличались как от показателей второй группы. Повышенная частота выявления антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLAIgG или хотя бы одного типа антител в группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы доказывает высокую диагностическую значимость качественного определения invitro антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLA в сыворотке и плазме крови пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы. Выводы. Таким образом, нами выявлена повышенная встречаемость антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLAIgG у пациентов с полиневропатии, что может служить новым диагностическим критерием данного аутоиммунного заболевания, что доказывает его генетическую предрасположенность.

ПОСТУЛАТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОИЗВЕДЕНИИ АБУ АЛИ ИБН СИНА «КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ»

Тиллоева Н.Р., студентка 507 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - D.Ph. Аминов З.З.)

Научный руководитель асс. Кушматова Д.Э.

Основоположник валеологии И.И. Брехман писал: "Именно здоровье людей должно служить главной "визитной карточкой" социально-экономической зрелости, культуры и преуспевания государства". Здоровый образ жизни – это образ жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья человека. В ряду общечеловеческих ценностей, определяющих социально-экономическую политику государства, несомненен приоритет здоровья. Хорошее здоровье основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент для самореализации личности. Цель работы: Изучить принципы здорового образа жизни, которые определены Авиценной и описаны в его произведении «Канон врачебной науки». Результаты: Основной задачей медицины Абу Али ибн Сина считал: «медицина – наука, познающая состояние тела человека, поскольку оно здорово или утратит здоровье, для того, чтобы сохранить здоровье и вернуть его, если оно утрачено». Великий табиб и врачеватель пишет в своем произведении, что «основное в искусстве сохранения здоровья – это есть уравновешивание необходимых, общих факторов, о которых упоминалось [выше](внутренних и внешних). Они суть: 1) уравновешенность натуры, 2) выбор пищи и питья, 3) очистка [тела] от излишков, 4) сохранение [правильного] телосложения, 5) улучшение того, что вдыхается через нос, 6) приспособление одежды, 7) уравновешенность физического и душевного движения. К последнему относятся в какой-то мере сон и бодрствование». Чтобы быть здоровым должна быть гармония тела и души, душевное равновесие должно стать нормой жизни. Подчеркивается, что правильный отбор пищи и напитков немаловажны для здоровья человека. Для принятия пищи имеется определенный порядок, которого должен придерживаться каждый берегущий свое здоровье. Очищение организма от шлаков является необходимой частью сохранения здоровья. Сохранение тела в нормальном весе отмечается как важный фактор здоровья и подвергаются критике излишняя полнота и излишняя худощавость. Одним из немаловажных условий здоровья человека, как указывает великий ученый, является чистота воздуха, которым мы дышим, т.е. благоприятная экология. Кроме этого, соблюдение правил и норм ношения адекватной погоде одежды указано в числе важных требований сохранения здоровья человека. Абу Али ибн Сина указывает на необходимость выбора одежды в соответствии с погодными условиями. Одним из необходимых элементов сохранения здоровья является баланс душевной гармонии и пропорции телесного движения. Это указывает на то, что надо чередовать интеллектуальную деятельность с физическим движением. Выводы: Таким образом, Ибн Сина среди принципов сохранения здоровья человека главными факторами считает условия внешней среды (экология), режим питания, содержание массы тела в норме, культуру одежды, закаливание и физическое воспитание. Важнейшими условиями для охраны здоровья великий табиб считает двигательную активность, соблюдение режима питания и сна, которые по сей день не утратили свою Актуальность. Советы Авиценны о том, как прожить здоровую и полноценную жизнь, написанные тысячу лет назад, актуальны и в XXI веке.

ФАКТОРЫ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Тиллоева Н.Р., студентка 507 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - D.Ph. Аминов З.З.)

Научный руководитель асс. Кушматова Д.Э.

Мотивация – побуждение к действию, активность и способность человека, направленная на удовлетворение своих потребностей. Мотивация – психофизиологический процесс, управляющий поведением человека. Изучение учебной мотивации у студентов является актуальным, так как именно мотивация является одним из основных факторов успешного обучения. Знания, полученные студентами, помогут им добиться желаемых целей и стать компетентными специалистами. Цель работы: Изучить учебную мотивацию у студентов Самаркандского государственного медицинского института. Материал и методы исследования: Нами был проведен анонимный опрос 58 студентов 6 курса педиатрического факультета и факультета медицинской педагогики. Анкета включала в себя 18 вопросов по учебной мотивации. Выборка состояла из студентов 24-29 лет, из опрошенных девушки составляли 34,5% (20 студенток) и парни 65,5% (38 студентов). Результаты: Почти все студенты (97%) считают, что выбранная ими специальность соответствует их интересам и способностям, что является положительным моментом. Решающую роль в выборе профессии сыграли: 1) мнение и рекомендации родителей (45%), 2) личная склонность к определенному виду деятельности (45%), 3) престижность специальности (10%). На вопрос какова цель обучения в институте предпочтения расположились в следующем порядке: получить профессиональные знания по специальности 48 (83%), получить диплом 6 (10%) и затрудняются ответить на данный вопрос 4 (7%). Стремятся улучшить результаты своей учебы большинство респондентов - 56 студентов (97%), достаточно хорошо понимают содержание своей будущей профессии подавляющее число опрошенных – 54 студента (93%). Планируют дальше продолжить обучение в магистратуре и ординатуре все опрошенные студенты. Черты характера, которыми должен обладать врач по мнению опрошенных, являются высокий интеллектуальный потенциал (50%), личная организованность и дисциплина (32,8%), кропотливость и усидчивость (8,6%) и, увы, на последнем месте – коммуникабельность (общительность) (8,6%). На вопрос считаете ли вы, что по окончанию института получите востребованную и престижную специальность, большинство респондентов ответили положительно (55%), 34% - не уверены в этом и 11% ответили отрицательно. Уверенность в возможности найти в перспективе работу по выбранной специальности имеют по данным опроса 79%, не уверены, но не исключают такую возможность - 17%, вообще не уверены - 4%. Причинами низкой успеваемости студентов по данным опроса являются: несистематическая работа в семестре (83%), неэффективность аудиторных занятий (10%), завышенные требования преподавателей (7%). На вопрос, что может способствовать повышению успеваемости студентов приоритеты расположились в следующем порядке: систематическая работа студента на занятии (43%), методические материалы с типовыми задачами и примерами решений (26%), другое (21%) и постоянное ведение конспектов лекций (10%). Методами поощрения студентов за результаты учебы и участие в общественной жизни являются: повышение стипендии (34%), предоставление «выходных дней» (31%), аттестация по успешно изучаемым предметам «автоматом» (24%) и другие (11%). Выводы: Таким образом, было выявлено, что главным мотивом студентов института является мотив стать компетентным специалистом в своей профессии. В результате исследования были определены первоочередные условия, которые, по мнению студентов, будут способствовать повышению их мотивации к учебе: 1) ещё более широкое применение инноваций в обучении; 2) создание условий экономического стимулирования студентов; 3) увеличение доли часов практических занятий; 4) создание здоровой конкурентной среды среди студентов с применением методов поощрения, включая, например, «автоматическую» сдачу зачетов и экзаменов по результатам учебы, стимулирование творческого подхода преподавателями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ

Тиркашев О.С. - ассистент кафедры, Махмадиёров Б.С.- студент 5-курса педиатрического факультетаСамМИ

Кафедра инфекционных заболеваний с эпидемиологией и кожно-венерических болезней (зав. кафедрой: к.м.н. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Ярмухамедова Н А.

Целью исследования явился анализ клинических и лабораторных особенностей течения скарлатины. Материалы и методы исследования: Нами проведено клинико-лабораторное наблюдение за 145 больными скарлатиной, находившихся н стационарном лечении в ОКИБ г. Самарканда за 2017-2018 г.г. Клиническое наблюдение включало объективное обследование больных при поступлении в стационар, лабораторное обследование состояло из клинического анализа крови, общего анализа мочи, посева слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк, по показаниям проводились определение СРБ, АСЛО. Результаты и их обсуждение: Под нашим наблюдением находились 145 больных скарлатиной в возрасте от 8 мес. до 15 лет. При анализе возрастного состава преобладали дети в возрасте 4-7 лет (50%), 0,4% составили дети до 1 года, 20,2% - больные старше 8 лет, 29,4% - от 1 до 3 лет.В 1-2 день болезни госпитализированы 78 больных (53,7%), на 3-5 день болезни -53 чел. (36,5%). Госпитализация 14 детей (9,8%) после 6 дня заболевания была расценена как поздняя. В большинстве случаев это было связано с ухудшением состояния, обусловленным возникновением

осложнений или наслоением других инфекционных заболеваний, в частности ОРВИ. У большинства детей (103 чел. -71%) скарлатина диагностирована до поступления в стационар. Однако, 48 больных скарлатиной (33,1%) поступили в клинику с другими диагнозами. В основном, ошибочно на догоспитальном этапе диагностированы псевдотуберкулез, реже -ОРВИ, лакунарная ангина. Заболевание у всех детей начиналось остро. Начальный период болезни выявлен у 64,6% больных. Его продолжительность составляла, в среднем, 1,5 + 0,6 дней с колебаниями от 1 до 3 дней. Температура тела повышалась у большинства детей (127 чел. -87,6%) и колебалась от 37,1 С до 39,6 С; у 18 чел. (12,4%) оставалась нормальной. На боль в горле с начала болезни жаловались 59,5% больных, менее постоянными были жалобы на головную боль, недомогание, слабость, снижение аппетита, тошноту, рвоту. Синдром острого тонзиллита выявлен у всех больных в виде гипертрофии небных миндалин, гиперемии слизистой оболочки ротоглотки различной интенсивности (катаральная ангина – у 62,4%, лакунарная у 33,9%, фолликулярная у 3,7%). Период высыпания начинался с появления на коже сыпи и продолжался от 3 до 6 дней, в среднем 3,7 ± 0,1 дней. Максимальная температура тела составила, в среднем, 38,4 ± 0,05 С, при этом у 17 больных (11,7%) она оставалась на нормальных цифрах, у 36 (24,8%) больных - не поднималась выше субфебрильной. Реакция переднешейных лимфоузлов в 81% случаев характеризовалась небольшим (до 1-2 см в диаметре) увеличением и лишь у 19% больных наблюдали значительное (более 2 см в диаметре) увеличение лимфоузлов, умеренное их уплотнение, болезненность при пальпации. Сыпь появлялась в 1-2 день у 78,4%, на третий день -у 21,6%. У всех детей сыпь мелкоточечная, появилась в течение нескольких часов. У всех больных: сыпь локализовалась преимущественно на сгибательной поверхности туловища и конечностей, в естественных складках, на гиперемированном фоне кожи. Характерный вид лица, а именно: бледный носогубный треугольник, яркие губы, румянец щек выявлялись лишь у 28,3% детей. У большинства больных наблюдались типичные изменения языка – обложенность в первый день болезни, со 2 до 4-5 дня постепенно очищался от налета, с гипертрофией сосочков. Средняя продолжительность лихорадки составила 4,2± 0,2 дней. Симптомы интоксикации исчезали в эти же сроки. Сыпь держалась, в среднем, 3,9 ± 0,1 дней. Изменения в зеве ликвидировались постепенно: вначале исчезали налеты (в среднем за 2,3 ± 0,1 дней), затем угасала гиперемия. В периоде реконвалесценции (с 8-10 дня болезни) у 19% детей отмечалось слабо выраженное крупнопластинчатое шелушение кожи на концевых фалангах рук и ног, ладонях, подошвах и мелкопластинчатая на туловище. В 22,1% случаев заболевание протекало в легкой, в 75,8% среднетяжелой и в 2,1% в тяжелой форме. Все осложнения скарлатины у 13 из 145 больных (8,9%) имели септический характер. По времени возникновения ранние осложнения (4,3%) появились в 1-5 дни болезни, поздние (5,3%) -на 6-22 день болезни. Самое частое осложнение -отит наблюдали у 5,3% детей, который в 10 случаях -имел гнойный, а в четырех -катаральный характер. Лабораторная диагностика скарлатины включала обследование на наличие гемолитического стрептококка у всех больных при поступлении в клинику. Диагноз скарлатины бактериологически удалось подтвердить лишь у 19,4% обследованных. Низкий процент обнаружения возбудителя обусловлен поступлением в стационар почти половины больных скарлатиной в поздние сроки болезни на фоне антибактериальной терапии, начатой в амбулаторных условиях. В анализе крови в остром периоде заболевания выявлены лейкоцитоз (25,4%), лейкопения (4,2%); относительный нейтрофилез (17,6%), относительный нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево (26,8%), эозинофилия (35,9%). СОЭ у 36,5% превышала 10 мм/ч, у 36,7% -колебалась от 10 до 20 мм/ч, в 26,7% случаев -составила более 20 мм/ч. Лечение больных скарлатиной было комплексным и включало режим, диету, этиопатогенетическую терапию. Антибактериальная терапия у 21,3% начиналась до госпитализации. 52,7% всех больных, получивших лечение до госпитализации в клинику, принимали пенициллин, эритромицин или ампициллин. С стационаре больным назначались антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда 2 и 3 поколений.Подавляющее число детей (58,7%) были выписаны из стационара на 11-13 день болезни с выздоровлением под наблюдение участкового педиатра. На 14-16 день болезни были выписаны 12,3% больных из-за развития ранних осложнений и наслоения сопутствующих заболеваний. Выводы: скарлатина в современных условиях протекает типично и сохраняет все свойственные данному заболеванию клинические проявления, преобладали среднетяжелые формы заболевания, в связи с низким процентом бактериологического обнаружения гемолитического стрептококка (19,4%) и типичной клинической картиной болезни основным методом диагностики скарлатины в современных условиях остается клиническая диагностика.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАЙКОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Тогаева Г.С., ассистент СамМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии № 3 (зав. курс.- к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: т.ф.н. асс. Норбаев А.Н.

Цель работы. Выяснить влияние на показатели дислипидемии, инсулинорезистентности и уровень мочевой кислоты применения трайкора у пациентов с метаболическим синдромом (МС). Материал и методы. Обследовано 30 больных с МС - 18 (64,3%) мужчин и 12 (35,7%) женщин. Средний возраст больных составил - (46,5+4,6) лет. Пациенты на протяжении 4 недель в амбулаторных условиях кроме гипотензивной терапии дополнительно принимали микронизированный трайкор в дозе 145 мг 2 раз в сутки. До приёма препарата и через 4 недели после начала курса терапии исследовались показатели липидного и углеводного обменов, уровень мочевой кислоты сыворотки крови. Базовая антигипертенизивная терапия включала ингибиторы АПФ и/или блокаторы рецепторов ангиотензина II дополнительно назначалась индивидуальная гипогликемичная терапия (метформин или его комбинация с глибенкламидом). Результаты. После проведенной терапии, у больных с МС, которые принимали трайкор отмечено существенное улучшение показателей липидного обмена по сравнению с показателями до лечения - достигнуто снижение уровней ОХС на 18,8% ($p<0,05$); ТГ на 37,9% ($p<0,01$); ХС ЛПНП на 17,6% ($p<0,05$) на фоне достоверного увеличения уровня ХС ЛПВП на 10,6% ($p<0,05$). Со стороны обмена мочевой кислоты и углеводного обмена отмечалась тенденция к снижению уровня мочевой кислоты у женщин с (354,6+20,5) мкмоль/л до (296,8+18,4) мкмоль/л ($p<0,05$); у мужчин с (395,8+21,6) мкмоль/л до (312,4+16,2) мкмоль/л ($p<0,05$) и повышение чувствительности тканей к инсулину на 16,6%. Выводы. Таким образом, применение микронизированного трайкора у пациентов с МС, в связи с его действием на пероксисомальные пролифераторы (агонисты PPARα) позволяет эффективно влиять как на атерогенную дислипидемию, так и на другие метаболические нарушения (на обмен мочевой кислоты и углеводов). В связи с хорошей переносимостью трайкор является препаратом выбора для коррекции обменных нарушений при МС.

РАЗВИТИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Тодерика Я.И., студентка 5 курса 14 группы лечебного факультета №2

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Тодорико Л.Д.),

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Научный руководитель к.мед.н., ас. Семянив И.А.

Длительный и непрерывный прием противотуберкулезных препаратов (ПТП), кроме лечебного эффекта, нередко оказывает отрицательное влияние на организм человека. Это затрудняет лечение, заставляет прерывать, а порой отказываться от него. В последние годы все чаще появляются сообщения о сочетании туберкулеза и заболеваний печени. Цель. Исследовать морфологические изменения печени у больных туберкулезом легких в зависимости от характера резистентности микобактерий туберкулеза. Материалы и методы. Проведено проспективное патоморфологическое исследование 60 случаев смерти больных, умерших по различным причинам, у которых в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах в качестве основного заболевания фигурировал туберкулез легких. Результаты. Группы гепатоцитов с признаками гидропической, гиалиновокапельной дистрофии и стеатоза в центролобулярной и среднезональной зонах были обнаружены у всех больных. В 3-х случаях нами был обнаружен панацинарный тип поражения, при котором морфологические признаки стеатоза были обнаружены во всех отделах ацинуса. Макровезикулярный тип стеатоза мы наблюдали в 6, микровезикулярный – в 8 и смешанный (макро-микровезикулярный) – в 6 случаях. Удельная площадь пораженных стеатозом гепатоцитов составила 61,47%. Кроме центролобулярных некрозов нами были выявлены отдельные перипортальные ступенчатые и одиночные мостоподобные портоцентральные некрозы гепатоцитов с очаговой или диффузной лимфоидноклеточной инфильтрацией. Гибель гепатоцитов на грани дольки с портальными трактами (ступенчатые некрозы) приводила к нарушению целостности пограничной пластинки (в норме граница ровная, клетки распо-

ложены в один ряд и тесно прилегают друг к другу) и проникновению клеток воспалительного иммунного инфильтрата (лимфоцитов) в дольку с возможностью иммунного цитолиза гепатоцитов. Выводы. У больных туберкулезом установлен фиброз смешанного типа с преобладанием перицеллюлярного, перисинусоидального, перивенулярного и фокального портального фиброза. Синусоиды были преимущественно щелевидной формы, иногда наблюдается их «капилляризация», что указывает на влияние ПТП на печеночную паренхиму.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОДАГРЕ

Тоиров Д.Р- Докторант PhD I-курс Кафедры пропедевтики внутренних болезней СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – к.м.н. Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент Ярмухамедова С.Х.

Метаболической синдром и кардиоваскулярные нарушенияза сравнительно короткое время приобрело особое значение не только для расширенного понимания подагры, но и для медицинской практики в целом. Цель исследования: Изучить признаки метаболического синдрома и кардиоваскулярные нарушения при подагре и оценить их значение для течения болезни. Материалы и методы исследования.Были обследованы 59 больных подагрой мужского пола. Возраст больных в среднем составил - 50,6±1,6 лет, продолжительность заболевания - 9,4±1,7 лет. Диагноз ИБС устанавливался больным в соответствии с критериями ВОЗ 1979 года. Для диагностики СД тип 2 использовались критерии ВОЗ, исходя из которых, диагноз выставлялся при 2-кратном определении повышения уровня глюкозы (>6,1 ммоль/л в цельной крови и >7,0 ммоль/л в сыворотке). Сывороточная концентрация глюкозы <6,1 ммоль/л соответствовала состоянию нормогликемии.Уровень АД определялся аускультативным методом в дневное время по методу Н. С. Короткова. У больных, не принимавших гипотензивных препаратов, диагноз АГ выставлялся в соответствии с современными критериями ВОЗ при уровне САД выше 140 мм рт. ст. и/или ДАД - выше 90 мм рт. ст. Клиническая диагностика метаболического синдрома осуществлялась на основании рабочих критериев экспертов Национального института здоровья США. Полученные результаты. На момент включения в исследование у всех пациентов были выявлены признаки артрита. АГ была проанализирована у всех включенных в исследование больных, и составила в среднем 90,5±8,6 мл/мин/1,73м². Все 59 больных более четко указали возраст или дату первой регистрации повышенного артериального давления, по сравнению с ожирением.ИБС была выявлена у 38 больного, причем только у 3-х больных диагноз был выставлен в клинике, что говорит о высоком проценте осведомленности. У 12 (32%) больных развитие ИБС предшествовало первому подагрическому артриту, у остальных 24 ИБС развилась на фоне течения подагры. ХСН была выявлена у 4 больных, при этом медиана возраста, в котором у больных развилась ХСН, составил всего лишь 55,1 [50,7; 61,5] лет, а ее длительность - 3,0 [1,4; 5,8] года. На момент включения в исследование медиана возраста больных с ХСН составила 59,8 [54,1; 66,7], что статистически достоверно отличало их от больных, не имевших такого осложнения - 50,4 [43,1; 58,2] (p<0,01).Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных: у 30,6% - ожирение I и II степени, и у 12,2% - СД 2 типа. При подагре наблюдалось повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. Содержание общих липидов варьировалось от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание составило - 8,55±0,03 г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% - выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных с клиническими признаками МС уровень общих липидов (9,60±0,04 г/л) был в 1,28 раза выше чем у больных без клинических признаков МС (7,50±0,05 г/л, P<0,02). Выводы. Таким образом, было показано, что метаболический синдром и кардиоваскулярные нарушения, связанные с атеросклерозом, являются частыми сопутствующими состояниями у больных подагрой и способствующими тяжелому течению подагры, проявляющегося в большей тяжести поражения суставов и хронизации артрита.

ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Тоиров Д.Р- Докторант PhDI-курс

Кафедры пропедевтики внутренних болезней СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – к.м.н. Ярмухамедова С.Х)

Научный руководитель:к.м.н. доцент Ярмухамедова С.Х.

Подагра являясь обменным заболеванием, оказывает определенное влияние на сердечно-сосудистую систему. Цель исследования: Выявить функциональные состояниесердца у больных подагрой в ассоциации с тяжестью болезни и признаками метаболического синдрома. Материалы и методы исследования.Были обследованы 49 больных подагрой мужского пола. Возраст больных в среднем составил - 50,6±1,6 лет, продолжительность заболевания - 9,4±1,7 лет. Первую группу больных составили 25 (51%) пациенты с подагрой без признаков метаболического синдрома. Из них у 24 пациентов с подагрическим артритом (49%) были выявлены признаки метаболического синдрома (МС) Из показателей липидного спектра определяли содержание общего холестерина энзиматическим колориметрическим методом, общие липиды (ОЛ). Уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови определялся с помощью фотометрического ферментативного теста с этилтолуидином. Больным было проведено электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ). Полученные результаты. На момент включения в исследование у всех пациентов были выявлены признаки артрита. Так, острый вариант подагрического артрита (длительность обострения не более 3-х недель) был отмечен у 42,9%, затяжной (длительность обострения от 3-х до 12-ти недель) – у 22,4% и хронический (артрит длительностью более 3-х месяцев) – у 34,7% пациентов. Частота подагрического поражения сердца у обследованных больных составила 65,3% (n=32). ИБС была диагностирована почти у половины включенных в исследование больных подагрой (24 пациентов, 49,0%), при этом у 75,0% (n=18) пациентов ее выраженность соответствовала IIфункциональной класс ФК стабильной стенокардии, у 25,0% (n=6) - IIIфункциональной класс (ФК) стабильной стенокардии. Пациентов с подагрой и хронической сердечной недостаточностью отличал более старший возраст, большое количество пораженных суставов и высокий показатель индекса тяжести подагры: возраст пациентов (56,1±4,2 против 46,2±3,8 лет, P<0,02), длительность подагры (6,2±0,5 против 4,8±0,4 лет, P<0,02) и индекс тяжести подагры (3,8±0,3 и 2,5±0,2 б, P<0,02) с наличием и отсутствием ХСН достоверно отличались. АГбыла проанализирована у всех включенных в исследование больных, и составила в среднем 90,5±8,6 мл/мин/1,73м². Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных: у 30,6% - ожирение I и II степени, и у 12,2% - СД 2 типа. При подагре наблюдалось повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. У больных с клиническими признаками МС уровень общих липидов (9,60±0,04 г/л) был в 1,28 раза выше чем у больных без клинических признаков МС (7,50±0,05 г/л, P<0,02). Содержание холестерина при подагре составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем - 7,2±0,05 ммоль/л): у 34,7% больных - 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% – 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% – выше 8,0 ммоль/л (высокий риск развития МС). Выводы. Наличие клинических и лабораторных показателей МС достоверно ухудшает состояние сердца у больных подагрой. Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови имеет прямую коррелятивную связь ИБС и АГ (r=-0,48; r=-0,44). Больным подагрой следует проводить комплексное обследование функционального состояния сердца, включая ЭКГ, ЭхоКГ, наряду с выявлением клинических и лабораторных нарушений, связанных с метаболическим синдромом.

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УЗБЕКИСТАНЕ

Тошпулатов Ш., клинической ординатор Ферганский филиал ТМА

Научный руководитель: Арипов А.М.

Цель работы: Главной целью социальной политики Республике Узбекистане является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, надлежащего качества организации и оказания медицинской помощи. Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения принадлежит системе здравоохранения, основной задачей которой на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, прежде всего, медико-санитарной помощи. Материал и методы исследования: Обследовано материалы статическое данные здравоохранение Узбекистана. Результаты: Как следует из Бюджетного послания Министерства финансов Узбекистана на 2018 год, расходы на здравоохранение составят 9,6 трлн сумов с ростом на 30,9% к предыдущему году. В послании

отмечено, что увеличение финансирования обеспечит реализацию всех мероприятий в рамках принятых программ по реформированию сферы здравоохранения и предоставлению населению качественных медицинских услуг. В 2009 году государство потратило на здравоохранение 1,3 трлн, а в 2017 году - уже 6,7 трлн сумов. В 2018 году финансирование увеличили сразу на 40 процентов - на здоровье граждан планируют потратить около 10 трлн сумов. При этом значительная часть расходов уйдет на семейные поликлиники, службу скорой помощи и региональные медпункты. Для скорой помощи в прошлом году закупили 1 269 машин и потратили 9,6 млрд сумов на лекарства. В 2018 году эта цифра составит уже 22,5 млрд, а сама скорая помощь станет бесплатной, в том числе и в частных клиниках. В 2016 году мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, по сравнению с 1991 годом увеличилась на 46 процентов. Если в 1991 году амбулаторно-поликлинические учреждения могли принимать в смену 282,2 тысяч человек, то к 2016 году этот показатель достиг 411,9 тыс. человек в смену. Если в 2000 году на одного жителя в среднем приходилось 7 посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в год, то в 2016 году этот показатель составил 10,2 посещения в год. За годы независимости, в результате осуществляемых реформ, направленных на оптимизацию и повышения эффективности системы здравоохранения были внесены структурные изменения в стационарные больничные учреждения, так в 2016 году число стационарных учреждений уменьшилось на 20% по сравнению с 1991 годом. В результате оптимизации неэффективных больничных коек число коек в больничных учреждениях уменьшилось на 49 процентов по сравнению с 1991 годом, а число коек, в расчете на 10000 человек, уменьшилось на 67 процентов. Вместе с тем растет объем привлеченных иностранных инвестиций. Если в 2016 году было освоено 40,2 млн долларов, то в текущем году эта цифра составила 93,5 млн. По состоянию на 1 января 2017 года в Республике Узбекистан действуют 6542 амбулаторно-поликлинических учреждения, их число, по сравнению с 1991 годом (3027) увеличилось более чем в 2 раза. При этом, число больничных учреждений наоборот уменьшилось, если в 1991 году действовали 1388 больничных учреждений, то к 2016 году их число составило 1106 единиц. Если в 1991 году в сфере медицинского обслуживания населения работало 75 тысяч врачей, то к 2016 году их число составило 84,1 тысяч человек (возросло на 12 процентов). А число среднего медицинского персонала увеличилось на 41 процент по сравнению с 1991 г (с 242,2 до 341,3 тыс. человек). Вывод: Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинского обслуживания населения, что невозможно без оптимизации ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса кадровая потенциала.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСЧЕТНЫХ МЕТОДОВ ПОДСЧЕТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Тронин А.В., Харалдина Е.Г., ординаторы Городской клинической больницы №9 г. Ижевска

Научный руководитель зав. кафедрой, профессор, д.м.н. Пименов Л.Т.

Цель работы: Провести сравнительный анализ результатов определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) расчетными методами у практически здоровых лиц, проживающих в Предуральском регионе. Материал и методы исследования: Обследовано 40 практически здоровых лиц от 23 до 64 лет, мужчин – 21, женщин – 19. «Практически здоровые лица» определялись, согласно понятию «групп диспансерного наблюдения», как лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, не имеющие обострений в течение нескольких лет, не влияющие на трудоспособность и социальную активность. У всех пациентов СКФ определялась по формулам Cockroft-Gault, MDRD, CKD-EPI. Для формулы Cockroft-Gault проводилась стандартизация на площадь поверхности тела пациента согласно формуле Дюбуа. Результаты обследования проходили статистический анализ, оценивался t-критерий Стьюдента, r-коэффициент линейной корреляции Пирсона. Различия между выборками считались достоверными при значении $p<0,05$. Результаты: Средние значения СКФ получились следующие: по Cockroft-Gault – 86,3±3,09 мл/мин/1,73м^2. MDRD – 77,9±2,21 мл/мин/1,73м^2, CKD-EPI– 82,8±2,55 мл/мин/1,73м^2. Проведенный анализ полученных данных показал, что средние значения показателей СКФ по уравнению MDRD были достоверно ниже, чем по Cockroft-Gault ($p<0,05$, $r=0,81$), CKD-EPI ($p<0,05$, $r=0,98$). Между тем, различия показателей СКФ по Cockroft-Gault и CKD-EPI оказались статистически недостоверными ($p=0,06$, $r=0,85$). Выявлены достоверные корреляции между показателями всех методов расчета СКФ, наиболее высокая составила для MDRD и CKD-EPI, а наиболее низкая – CKD-EPI и Cockroft-Gault. Наши результаты определения СКФ по формуле CKD-EPI вошли в наиболее оптимальный диапазон. Современные рекомендации по диагностике и классификации ХБП предлагают именно эту формулу, расчет дает более точные данные в сравнении с другими формулами, в том числе и при сохранной функциональной способности почек. Выводы: Оценка расчетных методов подсчета СКФ по уравнениям Cockroft-Gault, MDRD и CKD-EPI показала, что есть достоверные различия между данными перечисленных методов. Достоверных различий между значениями, полученными по формулам Cockroft-Gault и CKD-EPI у пациентов нашей когорты не выявлено. Вместе с тем, современные рекомендации формулу CKD-EPI считают наиболее предпочтительной для использования в клинической практике. Используя другие методы подсчета СКФ, необходимо помнить, что диспансерное наблюдение и мониторинг за эффектом лечения необходимо вести у каждого больного по одному и тому же методу.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОМА И ЭКСПОСОМА АКНЕ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ

Трубникова М.А., Кряжева П.А., лечебный факультет, 413 группа

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», г. Киров, Россия

Кафедра дерматовенерологии и косметологии, зав. кафедрой С.В. Кошкин, д.м.н., профессор

Кафедра микробиологии и вирусологии, зав. кафедрой Е.П. Колеватых, к.м.н., доцент

Руководители: М.Б. Дрождина, к.м.н., доцент, Е.П. Колеватых, к.м.н., доцент

Акне по данным рандомизированных исследований, начинаются обычно в пубертатном периоде и регистрируются у 44,1–94,9% лиц подросткового возраста, у 18,4–50,9% лиц старше 21 года. В 15–30% случаев больные акне нуждаются в медицинской помощи, что обусловлено тяжестью заболеванияи снижением качества жизни. Экспосомакне- сумма всех факторов окружающей среды, влияющих на возникновение, продолжительность и степень тяжести заболевания:диета, экологические и климатические факторы, стресс. Данные факторы влияют на течение и тяжесть акне путем взаимодействия с эпидермальным барьером, сальными железами, врожденным иммунитетом и микробиотой кожи.Микробиом кожи –индивидуальная совокупность всех микроорганизмов, колонизирующих кожу на различных участках. Изучение взаимодействиямикробиомаи экспосомакожи, анализ дерматологических индексов качества жизни при акне, демонстрация результатов лечения на основе принципов доказательной медицины - актуальное направление исследования для уточнения патогенеза заболевания и обоснованного назначения терапии. Цель работы. Анализмикробиома кожи лица при акне у студентов, выделение наиболее значимых экспосом-факторов, анализ изменения индексов качества жизни до и после лечения, демонстрация результатов проведенной терапии. Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 студентов, 20-22 лет. Первая группа: пациенты с акне, 15 человек. Вторая группа: здоровые студенты, 15 человек. Соскоб с поверхности кожи анализировали бактериологическим методом. CD3, CD4, CD8, CD20 лимфоциты в периферической крови анализировали в реакции непрямой иммунофлюоресценции, иммуноглобулины G, A, M выявляли иммуноферментным анализом. Метаболизм нейтрофилов оценивали по результатам спонтанного НСТ-теста. Циркулирующие иммунные комплексы определяли осаждениемполиэтиленгликолем. Качество жизни оценивали: Кардиффским индексомсоциальной дезадаптации(CADI),индексом оценки психосоциального эффекта воздействия акне(APSEA), дерматологическим индексом качества жизни (DLQI).Пациенты с легкой и средне-тяжелой степенью акнепролечены препаратом, содержащим бензоилпероксид и адапален; пациенты с тяжелой формой – системный изотретиноином. Статистический анализ - программа «STATISTICA 10». Результаты. На коже пациентов первой группы чаще колонизировали Propionibacteriumacnes (66,6 и 33,3%), Propionibacteriumgranulosum (86,6 и 26,6%), Prevotellamelaninogenica (53,3 и 13,3%), Peptostreptococcusanaerobius (80 и 40%), бактерии рода Enterococcus (80% и 26,6%). Анализ данных иммунного статуса выявил достоверное снижение количества CD16- лимфоцитов, процента фагоцитирующих нейтрофилов, а также повышение значений количества CD3-клеток, НСТ-теста, уровня циркулирующих иммунных комплексов, IgG и IgM в сыворотке крови пациентов с акне.Наиболее значимые экспосом-факторы: стресс, нарушение диеты, изменение климата, менструальный цикл.Средний

показатель CADI, APSEA, DLQI составили до лечения 6,1; 63; 7,3 соответственно; после лечения – 2,9; 42; 4 соответственно. Под влиянием проводимого лечения полного очищения кожи достигли все пациенты. Выводы.Кожа лица пациентов с акне значительно чаще колонизируется анаэробными бактериями и факультативно-анаэробными кокками, по сравнению с кожей интактных пациентов. Показатели иммунного статуса свидетельствуют о дисфункции иммунитета с преимущественной активацией Т-звена, что объясняет характер воспалительного процесса. Значительное улучшение индексовCADI, APSEA, DLQI в процессе лечения продемонстрировало правильный выбор терапевтической тактики у всех пациентов.

СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ РАВНОВЕСИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Туйчиева М.К., студентка 416 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Ежегодно в Узбекистане рождается 700 тысяч детей с двусторонней глухотой. Несмотря на существующие программы адаптации лиц с глухотой и высокой степенью снижения слуха, проблема остается актуальной и на сегодняший день. Надеемся, что наша работа внесет вклад в разработку программ социальной и медицинской реабилитации, адаптации лиц с нарушением функции слуха. Цель исследования: оценка стабилометрических показателей органов равновесия у лиц с нарушением слуховой функции. Материалы и методы: Для оценки системы равновесия кроме стандартного отоневрологического исследования, анкетирования пациентов применялась методика стабилографии. Исследование проводилось с помощью стабилоплатформы «стабилотренажер» модификации ST –150 включающего стабилометрическую платформу и компьютерный комплекс для регистрации колебаний общего центра давления (ОЦД) человека. Результаты исследования: Проводилось попарно сравнение испытуемых четырех групп. Статистически значимые различия (р 0,02) получены при сравнении показателей КР Коэффициента Ромберга), выполненных при стоянии с открытыми глазами и при повороте головы налево при сравнении лиц I и II групп. При сравнении лиц I и III групп статистически значимое различие КР получено в положении стоя с открытыми глазами прямо и при повороте головы налево (р 0,03). В пробе в свободной стойке с наклоном головы налево, медианы (16,4 и 45,95) параметра R также статистически значимо отличается уздоровыхи глухих.Не выявлено статистически значимых различий в позе свободной стойки с открытыми и закрытыми глазами между здоровыми, слабослышащими, глухими лицами и вокалистов. Приисследовании стабилографических параметров:среднее положение центра давления (ЦД), девиация ЦД, площадь статокинезиограммы, КР. Среди испытуемых 1-ой группы и у лиц с арефлексией лабиринтов также не выявлено статистически значимых отличий по сравнению слицами первой и третьей и четвертой групп. Выводы: Полученные данные свидетельствуют о высоких компенсаторных способностях центральной нервной системы и пропроцептивной системы у лиц с угнетением или выключением лабиринта, что требует дополнительного исследования.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УЗБЕКИСТАНЕ

Тулаков Э.О., студент 1-курса 108 группы педиатрического факультета АГМИ

кафедра нормальной и патологической физиологии (зав. каф. –Худоярова А.Г.)

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Актуальность: проблемы обусловлена тем что, происходящие реформы в здравоохранении требуют проведения коренных изменений в системы подготовки специалистов сестринского дела с высшим образованием для использования как в первичном звене системы здравоохранения, так и в специализированных лечебно- профилактических учреждениях. Цель: изучить состояние обучения медицинских сестер с высшим образованием в ВУЗах и подготовить предложения по их совершенствованию. Материалы и методы исследования. Для проведения анализа и определения уровня подготовки медицинских сестер по направлению «Высшее сестринское дело» было составлено и проведено анкетирование обучающихся. Анкетирование проводилось среди учащихся и выпускников двух высших учебных медицинских заведении города Ташкента, это Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт и Ташкентская Медицинская Академия. Было опрошено 15 медицинских сестер, закончивших направление «Высшее сестринское дело» и 41 медицинская сестра, ещё обучающаяся факультете «Высшее сестринское дело». Результаты исследования. Подводя итоги анкетирования, проведенного среди учащихся и выпускников факультета высшее сестринское дело, были получены следующие результаты. Среди наиболее востребованных предметов учащимися были отмечены менеджмент, хирургия, терапия, акушерство и педиатрия. Самой востребованной профессией оказалась профессия преподавателя, главной медицинской сестры, акушерки и медицинской сестры в отделении, ведущей медицинской сестры и организатора сестринского дела. Многие из числа тестированных считают, что медицинской сестре необходимо иметь высшее медицинское образование. В вопросе о совершенствовании учебного процесса, наибольшее количество голосов заняли предложения по увеличению количества часов по практическим навыкам, увеличению количества мест в магистратуре, открытию новых направлений в магистратуре, организации научных конференций по сестринскому делу. Выпускники выдвинули предложение по предоставлению возможности поступления в аспирантуру и создания сестринского совета по утверждению тем научных сестринских диссертации, а так же были предложения по мотивации и способствованию проведения научных исследований. Преимуществами на практике выпускников по высшему сестринскому делу были повышение в должности; повышение зарплаты; получение новых практических навыков и получение новой и интересной работы. Большинство респондентов отметили, что образование, полученное ими, учитывалось руководством при принятии па работу. Наиболее востребованными отраслями оказались управления системой здравоохранения в стационарах - руководящие должности по сестринскому процессу. Более того, все опрошенные считают, что руководящую должность должна занимать только медицинская сестра с высшим образованием. Выводы. Результаты проведенного исследования еще раз доказывают, что реформы проводимые в сестринском деле в нашей стране, приносят свои положительные результаты. В управлениях по здравоохранению появились главные специалисты по сестринскому делу, т.е. имеется реальная возможность влиять на формирование и лоббирование интересов сестринского персонала, изучать новые профессиональные роли, вносить инновационные предложения по трудоустройству кадрового резерва.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФАРКТ МИОКАРД

Тураев Ф. студент 628-группы лечебного факультета СамМИ,

Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренныеболезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Введение: Для ишемической болезни сердца (ИБС) характерна широкая распространенность и высокая смертность среди населения многих стран. Продолжает расти и заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ), при этом пациенты с ИМ в анамнезе остаются одними из наиболее проблемных среди всех больных ИБС. У выживших пятилетняя смертность составляет от 17 до 35%. В настоящее время концепция терапии больных ИБС подразумевает проведение обязательной вторичной профилактики, что невозможно без регулярного использования лекарственных препаратов (антиагрегантов, бета-адреноблокаторов (БАБ), статинов, ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), доказавших влияние на прогноз в многочисленных клинических исследованиях. Цель исследования: изучение особенности течения ИБС у мужчин с трех летним анамнезом ИМ в зависимости от проводимой терапии. Материал и методы: В исследование включены 148 пациента с 5-летним анамнезом перенесенного ИМ. Средний возраст мужчин - 56,35±1,66 год. Анализ историй болезни архива показал, что в 68,2% случаев выявляли первичный ИМ, в 31,8% -повторный ИМ. В 35,4% случаев регистрировали ИМ без Q, в 64,6% -крупноочаговый ИМ. Всем пациентам при выписке из стационара была назначена оптимальная медикаментозная терапия, включавшая антиагрегантную терапию, БАБ, статины и ИАПФ (схема ABCD). Согласно современным рекомендациям препараты

этих групп способствуют снижению риска развития повторного ИМ и улучшению прогноза у больных, перенесших ИМ. Для анализа течения ИБС и оценки приверженности к терапии была разработана анкета, отвечая на вопросы которой пациенты сообщали о факторах риска, сопутствующей патологии, произошедших сердечно-сосудистых событиях, а также указывали регулярность приема лекарственных препаратов после перенесенного ИМ и их дозы. Результаты исследования выявили низкую приверженность в течение 3 лет к терапии ABCD -42,5%. Пациенты, не приверженные к терапии ABCD (2 группа), составили 57,5%. Следует отметить, что пятилетняя выживаемость всехбольных, включенных в исследование, составила 81%. Достоверно больший процент смертельных исходов выявлен в группе пациентов, не приверженных к терапии -28,7% (против 14,8% в 1-й группе). Важно отметить, что во 2 группе пациентов на 2,9% чаще развивался повторный ИМ по сравнению с группой пациентов, приверженных к терапии ABCD. Следует отметить, что у пациентов, нерегулярно принимавших комбинированную терапию, в 2/3 случаев развитие повторного ИМ и инсульта заканчивалось летальным исходом, в то время как в группе пациентов, регулярно принимавших данную терапию, лишь в 1/3 случаев развивался фатальный инсульт и в ¼-фатальный ИМ. Анализ течения ИБС показал, что в группе пациентов, неприверженных к терапии, к концу исследования достоверно увеличился процент встречаемости пациентов со стабильной стенокардией (на 31,8%), что, безусловно, объясняется прогрессированием атеросклеротическогопоражения коронарных артерий у больных, не принимавших регулярно четырехкомпонентную терапию. Кроме того, в этой же группе пациентов отмечено и достоверное увеличение случаев выявления неконтролируемой артериальной гипертензии. Выводы Следует отметить, что кретьемугоду наблюдения выявлено достоверное прогрессирование ХСН в группе пациентов,неполучавшых к четырехкомпонентную терапию, что, по всей вероятности, обусловлено более выраженными структурно-функциональными изменениями сердца в условиях повышенной активности САС и РААС.

СТРУКТУРА АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тураев Ф. студент 628-группы лечебного факультета СамМИ, Мухиддинов А.И. ассистент кафедры внутренные болезни №-2

Кафедра внутренныеболезны №-2 (зав кав.- д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель. Провести анализ нарушений ритма и проводимости у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА). Материалы и методы.Обследовано 84 пациента с ХОБЛ средней и тяжелой степени и 50 пациентов с бронхиальной астмой средней и тяжелой степени, находящихся на стационарном лечение с обострением данных заболеваний. Средний возраст пациентов с бронхиальной астмой составил 55 лет, с хронической обструктивной болезнью легких – 66 лет. Пациентам проведено общеклиническое исследование, электрокардиограмма, холтеровскоемониторирование ЭКГ, спирография. Результаты. Наиболее часто встречающимся нарушением ритма сердца у данной категории пациентов является синусовая тахикардия (у 50% исследуемых). У пациентов с ХОБЛ в 42,86% случаев выявлены нарушения ритма и проводимости, при этом большая часть исследуемых - 26 пациентов с тяжелой степенью заболевания. У 7,14% пациентов диагностирована суправентрикулярнаяэкстрасистолия, у 9,52% - желудочковая экстрасистолия и у 4,76% пациентов – фибрилляция предсердий. Миграция водителя ритма по предсердиям выявлена в 7,14% случаев. Диагностированы также нарушения проводимости: блокада правой ножки пучка Гиса неполная и полная диагностирована соответственно у 7,14% и 9,52% пациентов, а также блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса – в 7,14% случаев. У пациентов с бронхиальной астмой нарушения ритма и проводимости выявлены в 12% случаев, полная и неполная блокада правой ножки пучка Гисса и фибрилляция предсердий одинаково в 4% случаев. Заключение. У пациентов с ХОБЛ нарушения ритма и проводимости развиваются чаще, чем при бронхиальной астме. Возможно, это связано с возрастными аспектами развития данной патологии и длительным курением. При этом у пациентов с ХОБЛ и БА преобладают нарушения проводимости по сравнению с нарушениями функции автоматизма.

РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛИЗМА ПРИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б., Кубаев Р.М. ассистенты СамМИ

Кафедра психиатрии, мед. психологии и наркологии (зав.каф. - к.м.н. Велиляева А.С.)

Научный руководитель: PhD Очилов У.У.

Во многих концепциях развития расстройств личности большая роль отводится факторам внешней среды, и в особенности родительскому окружению. Так, одним из высокозначимых факторов, влияющих на формирование полноценной личности человека является – злоупотребление алкоголем одним или обоими родителями. Цель. Изучить воздействие поведенческих нарушений на клинико-социальную характеристику пациентов с расстройствами личности в катамнезе. Материалы и методы: были исследованы катамнестические сведения о юношах, которым в ходе обследования перед призывом в армию был выставлен диагноз расстройства личности. Всего была изучена информация о катамнезе 70 призывников. Из которых у 40 пациентов в семье не отмечалось случаев злоупотребления алкоголем родителей (1 группа), в то время как у оставшихся 30, как минимум один из родителей регулярно злоупотреблял алкоголем (2 группа). Проводилось статистическое исследование этих двух групп по биноминальным признакам: злоупотребление алкоголем на момент исследования, токсикомания, употребление наркотиков, приводы в милицию за хулиганство и распитие спиртных напитков в общественных местах. Применялся критерий Х-квадрат и коэффициент Стьюдента. Результаты и обсуждение. По наличию токсикомании, употребления наркотиков, а также наличия приводов в милицию за хулиганство значимых различий между группами выявлено не было, при этом ожидаемо отмечалась достоверная разница по злоупотреблению алкоголем на момент исследования: 12 человек в 1-й группе (30%) и 23 (76,6%) во второй ($P<0,001$). А также статистически значимыми оказались отличия по приводам в милицию за распитие спиртных напитков: 8 (20%) в первой группе и 24 (80%)- во второй ($p<0,05$). Выводы. 1. В группе с родителями, злоупотреблявшими алкоголем, в нисходящем поколении отмечается более раннее злоупотребление алкоголем и вовлечение в криминальную активность. 2. Поведенческие расстройства возникающие у лиц воспитывающихся в социально неблагополучных семьях, обуславливают тенденцию отягощенного формирования и течения алкоголизма, трудности терапии, частых рецидивов и антисоциального поведения.

SWOT-АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Туразода Ф.У., студентка 413 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель асс. Хайитов А.А.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов в детском возрасте, что связанос высокой распространенностью респираторных вирусных инфекций, нерациональным применением антибиотиков, устойчивостью этиологически значимых возбудителей, снижением резистентности организма. Диагностика заболеваний носа и околоносовых пазух у детей с внедрением новых инновационных эндоскопических методов диагностики (ЭМД) способствовала более раннему распознаванию воспалительных процессов и их осложнений.Для оценки качества и эффективности предоставляемых медицинских услуг в медицине все чаще используется придуманный Гарвардским профессором Кеннетом Эндрюсом в 1963 году SWOT-анализ. Цель работы: Провести SWOT-анализ эффективности эндоскопических методов диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух у детей. Материалы и методы исследования:Нами проведено обследование 47 пациентов в возрасте от 1-го года до 18 лет в ЛОР кабинете МДК. Все пациенты со слов матерей имели жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, беспокойство. Обследование было произведено в 2 этапа:1 этаптрадиционные методы диагностики- передняя и задняя риноскопия, пальцевое исследование носоглотки и 2 этап- эндоскопические методы диагностики с помощью аппарата HEINEMANN. На первом этапе у пациентов выявлены

следующие патологии: смещение носовой перегородки в хрящевом отделе, отек слизистой оболочки, патологические выделения в общем носовом ходе, увеличение нижних раковин.На втором этапе кроме выше изложенных патологий выявлено:искривление носовой перегородки в костном отделе, увеличение задних концов средний и нижний раковины, аденоидные вегетации различной степени, наличие гнойных выделений в верхних и средних носовых ходах. Результаты исследования:На основании выше изложенного нами сделан SWOT-анализ эффективности эндоскопических методов диагностики(ЭМД) при заболеваниях носа и околоносовых пазух.Выявлены сильныестороны ЭМД-позволяет сделать обзор тех отделов носовой полости которые не осматривались при традиционных методах исследования,выявлены патологические процессы о которых родители пациентов не знали, уточнены степени аденоидных вегетации, показания и противопоказания к оперативному вмешательству, позволяет родителям самим убедиться о состоянии здоровья своих детей. Единственным недостатком ЭМД является сложность эксплуатации, которая требует особой подготовки и навыка врача. Выводы:Эндоскопические методы диагностики – диагностическая и лечебная процедура, которая позволяет быстро и точно проводить обследование и лечение заболеваний носа и околоносовых пазух у детей и в настоящее время считается «золотым стандартом» в практике врача оториноларинголога.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Тургунбаев А.У., Тураев Т.М., Алкаров Р.Б. ассистенты СамМИ

Кафедра психиатрии, мед. психологии и наркологии (зав.каф. – к.м.н. Велиляева А.С.)

Научный руководитель: PhD Очилов У.У.

В последние десятилетия отмечается существенный рост злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) приводящее к тяжелым социально-экономическим последствиям. Одурманивающие вещества находят все большее распространение в молодежных неформальных объединениях, группах, сектах. Появляются биологические, психологические и социальные факторы являющиеся результатом наркозависимости у подростков, склонных к неадекватным поведениям (не говоря уже с явными антисоциальными выходками). Целью настоящей работы было изучение социальных факторов, формирующих зависимость к психоактивным веществам в условиях города Самарканда. Материалы и методы. Исследовано 56 пациентов, получивших стационарную лечебно-реабилитационную помощь в 2016-2018 г.г. по поводу психических расстройств в следствии употребления ПАВ. Все больные были мужского пола в возрасте от 21 до 29 лет (средний возраст 24,9 года). Основным методом обследования был клинико-эпидемиологический. Результаты. У 20 больных (35%) преобладали полные семьи с достаточно высоким образовательным, профессиональным и социально-культурным уровнем. Вместе с тем в этих семьях имели место внутрисемейные отклонения в межперсональных отношениях, в выполнении руководящей, воспитательной, направляющей, контролирующей роли лидера семьи. Отмечалась недостаточно налаженная иерархическая подчиненность, подражательность, признание авторитета главы семьи. Этому способствовало и неровное, не всегда доверительное взаимоотношение между родителями. Отмечались недоверие и холодность во взаимоотношениях, отсутствие позитивного интереса к учебе, труду, здоровому образу жизни. У 36 пациентов (65%), наблюдалась ранняя алкоголизация. Социальное положение семьи характеризовалось более низким образовательным и культурным уровнем. Большинство родителей были безработными и имели судимость. Имело место слишком суровое отношение к детям, нетерпимость и эмоциональная холодность родителей. Вместо ласки и любви преобладали психическая травма, постоянные стрессы и обида. Как реакция на подобный образ жизни дети занимают вызывающую, агрессивную, бунтарскую, строптивую позицию или просто избегают трудностей, уходя в свой внутренний мир, подталкивающий на случайный прием одурманивающего препарата. Выводы. Таким образом следует отметить, что социальные факторы участвуют в формировании зависимости от ПАВ у больных – подростков.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Туробов Б.Г., студент 423 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра Внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав.каф.- д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.

Подагра - системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных органах и тканях. Повышение уровня мочевой кислота гиперурекемия среди населения составлят 4-12%, однако подагрой страдают 0,1-1%. Цель исследования:оптимизировать изучениеособенностей клинического течения подагры в зависимости от методов лечения. Материалы и методы исследования: Обследовано 23 больных с диагнозом подагры. Больные были разделены на две группы, первую группу составили 15 больных, которые принимали Аллапуринол в дозе 200мг в сутки и вторая группа 8 больных, которые принимали Аденурик в дозе 80мг в сутки. Всем больным в сыворотке кровипроводили анализ мочевой кислоты, С-реактивного белка, креатинина и мочевины. Результаты исследования:Установлено, что продолжительность заболевания в среднем в 1-группе составило 12-лет, а во 2-группе 11,8 лет. Обострение подагры в год в 1-группе было 3-4 раза, а во 2 группе только у одного больного 1 раз. Средние показатели биохимических анализовкрови больных первой группы следующее: С-реактивный белок 24мг/л, мочевая кислота 411 ммоль/л, ревматоидный фактор отрицательный, мочевина 7,8 ммоль/л, креатинин 108 ммоль/л. А во второй группе эти же показатели были: С-реактивный белок - 6 мг/дл, креатинин - 98 ммоль/л, мочевина - 6,7 ммоль/л, уровень мочевой кислоты - 292 ммоль/л соответственно. Выводы: Таким образом, течение подагры в первой группе расценено как тяжелое, учитывая частые обострения (>4 раз в год), наличие множественныхтофусов, несмотря на полученное лечение. Правильно подобранная терапия и высокая приверженность пациентов назначениями врача, позволило больным второй группы достичь целевого уровня мочевой кислоты, а также значительного клинического улучшения.

СОСТОЯНИЯ ГЕМОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Убайдуллаева Б.Н.

Кафедра факультетских внутренних болезней, профессиональных заболеваний, военно-полевой терапии, госпитальных внутренних болезней и пропедевтики внутренних болезней ТашПМИ

Целью настоящего исследования являлось оценить особенности периферической гемограммы у больных ХБП, находящихся на программном гемодиализе. Материал и методы исследования. В исследование были включены 21 больной (11 мужчин и 10 женщин), средний возраст 53,67±2,89 лет, находящихся на программном гемодиализе каждые 3 дня в течение 4-х часов. Этиология ХБП у 10 больных была – хроническийгломерулонефрит, у 6 больных – хронический пиелонефрит, у 3-х больных – диабетическая нефропатия, у 1 – миеломная болезнь, у 1 – поликистоз почек. Длительность диализа составила от 1 до 84 мес (в среднем 27,24±4,82 мес). Всем больным определялся общий анализ крови и ретикулоцитарными и тромбоцитарными фракциями (SYSMEX), а также сывороточный уровень мочевины, креатинина, железа и ферритина. Забор крови осуществлялся до начала процедуры гемодиализа. Результаты исследования. В среднем в группе обследованных больных концентрация креатинина крови составила 727,10±52,19мкмоль/л, мочевины – 30,75±4,55ммоль/л. Концентрация гемоглобина, абсолютное количество эритроцитов и концентрация гемоглобина в них оказалась в пределах нормальных значений (122,9±7,61г/л, 4,16±0,26*10^{12}/л и 33,85±0,22г/дл, соответственно). Только у 5 больных концентрация гемоглобина в периферической крови было ниже 100г/л. Абсолютное и относительное количество ретикулоцитов было увеличено у больных ХБП в большей степени за счет ретикулоцитов с высокой флуоресценцией (93,70±15,37*10^9/л, 2,21±0,28% и 3,23%, соответственно). Количество лейкоцитов и их фракционный состав был нормальным. Тромбоцитарный росток был достоверно угнетен: абсолютное количество тромбоцитов оказалось значительно снижено (163,10±16,09*10^9/л), при этом не отмечалось увеличения абсолютного и относительного количества незрелых форм (1,96±0,20%).

Скорость оседания эритроцитов была значительно увеличена у всех больных, включенных в исследование (39,86±6,84мм/ч). Определение концентрации сывороточного железа в обследованной когорте больных было нормальным (14,35±1,78мкмоль/л), в то время как концентрация ферритина была достоверно увеличена (963,70±133,27нг/мл). Выводы. На фоне программного гемодиализа у больных ХБП угнетение гемопоэза выражалось в снижении абсолютного количества тромбоцитов в периферической крови без увеличения концентрации незрелых форм, при этом нормальная концентрация гемоглобина объясняется гемоконцентрацией в связи со сниженным онкотическим давлением крови. Программный гемодиализ у больных ХБП ассоциируется со стойкой воспалительной реакцией, что выражается в увеличении уровня ферритина крови.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Узакова Г.З. ассистент, Вохидов Ж., студент 504 группы лечебного факультета,

Даминова М., студент 501 группы педиатрического факультета, СамМИ.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав.каф.: к.м.н. доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: Жураев Ш.А.

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения в мире зарестрировано около 70 миллионов человек с хроническим вирусным гепатитом С. В исходе которого у 399 000 больных с данной патологией развивается цирроз и рак печени, которые в свою очередь ведут к смерти больного. При анализе прогнозов и осложнений хронического вирусного гепатита С изучение эффективности противовируной терапии имеет особое значение. Цель исследования: Оценить эффективность противовирусной терапии у больных с хроническими гепатитами С. Методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 17 больных с хроническим вирусным гепатитом С, которые получили противовирусную терапию. Диагноз поставлен на основании биохимических показателей крови, ИФА, ПЦР, УЗИ и данных фиброэластометрии печени. Была проведена оценка клинических симптомов и вирусной нагрузкиу всех больных. Из 17 больных противовирусную терапию получили 8 больных (4 женщин и 4 мужчин с вирусной нагрузкой<1,6*10^6(копий/мл)МЕ/мл.), а 9 больных не получили противовирусную терапию (5 женщин и 4 мужчин больные с хроническим вирусным гепатитом С вирусная нагрузка в крови у которых составила >1,6*10^6(копий/мл) МЕ/мл.). Результаты исследования: Под наблюдением были больные в возрасте 18-45 лет которые лечились амбулаторно. Большинство наблюдаемых больных были из города Самарканда и районов Самаркандской области:город Каттакурган (2%), Нарпайский район (7,3%), Нурабадский район (4,8%), Самарканд сельский район (12,6%), Тайлакский район (9,8%) и Ургутский район (11,4%). Из эпидемиологического анамнеза выявлено, что 33,3% больных получали инъекционные манипуляции, 28,5% выезжали за границу, 19% перенесли оперативные вмешательства, 14,3% получали переливания крови и плазмы, у 14,2% больных пути заражения не были выявлены. В зависимости от степени активности процесса больные были разделены на 4 группы: высокая, умеренная, низкая и минимальная. До лечения противовирусными препаратами у больных наблюдалась быстрая утомляемость, тошнота, вздутие живота и запоры. В биохимических показателях крови наблюдались цитолитические и мезенхимиальные признаки воспаления. Больные которые получили противовирусную терапию, лечение проводилась с противовирусными препаратами в комбинации ледиспавир+софосбувир в течении 3 месяцев. После окончания противовирусной терапии в течении 6 месяцев у всех больных не наблюдались отклонения в клинико-биохимических показателях, вирусная нагрузка в крови была в пределах нормы. Общее состояние больных после получения противовирусной терапии было удовлетворительным. А у больных которые не получали противовирусную терапию отмечалось вздутие живота, запоры, быстрая утомляемость, плохой аппетит, боли в правом подреберье и чувство тяжестив правой подреберной области. Несмотря на регулярно проводимую базисную терапию у больных вирусная нагрузка и биохимические показатели были не изменены. Выводы: Применение противовирусной терапии у больных с хроническими вирусными гепатитами С приводит к относительно быстрой нормализации клинико-биохимических показателей и нормализации общей вирусной нагрузки в крови.

РИТМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Уктамов М. 204- группа СамМИ Педиатрческий факультет

Кафедра: Физиология и патологический физиология (зав. кафедра – д.м.н. доц. Самиева Г.У.)

Научный рукаводитель: Курбанов Ғ.Т

Суть концепции заключается в том, что все три ритма (интеллектуальный-длительностью в 33 дня, эмоциональный-длительностью в 28 дней, физический, длительностью в 23 дня) возникают одновременно в момент рождения. Все три ритма имеют строго синусоидальную форму и следовательно не изменяющуюся на протяжении всей жизни человека. Положительная часть каждой синусоиды (полуволна, расположенная выше так называемой нулевой линии, горизонтали, проведенной по середине между максимумами и минимумами) соответствует периодам подъема физической, эмоциональной и умственной активности, а отрицательная ее часть (полуволна, расположенная ниже указанной горизонтали) характеризуется периодом упадка, снижения этих видов активности. В положительной полуволне эмоционального ритма господствует оптимистическое настроение, чувство уверенности к себе, мир представляется прекрасным, в отрицательной полуволне эмоциональная жизнь смещается в минорную фазу. Интеллектуальные подъемы и спады колеблются в пределах 33-суточного периода. Дни перехода положительной части каждой синусоиды трех типов в отрицательную, т.е. точки пересечения синусоиды с нулевой волной отмечены резким снижением «надежности» организма и его устойчивости к любым негативным воздействиям. Такие дни называются критическими или нулевыми. Считают, что в эти дни чаще всего допускаются разнообразные ошибки в производственных и бытовых ситуациях, опасность появления ошибок возрастает в двойные критические дни, когда в одной точке на уровне нулевой линии пересекаются одновременно две синусоиды, наиболее опасными являются тройные критически дни, соответствующие взаимному пересечению сразу трех синусоид и нулевой линии. По мнению сторонников существования этих ритмов, учет данных ритмических изменений состояния организма человека позволяет достаточно точно прогнозировать состояние его здоровья и работоспособность. При совпадении во времени двух и тем более трех «критических» дней высока вероятность возникновения заболевания, обострения хронических болезней, несчастных случаев на производстве и в быту.

НАРУШЕНИЕ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q И БЕЗ ЗУБЦА Q

Улмасова З.А, студентка 421 группы лечебного факультета, Садикова Ш.Н., резидент магистратуры 3 курса СамМИ

Кафедра Внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав.каф.- д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель:д.м.н., доц. Шодикулова Г.З.

Цель исследования:оптимизировать изучение частоты встречаемости нарушения ритма сердца у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с зубцом Q и без зубца Q. Материалы и методы исследования:Обследовано 28 пациентов, в частности, 18 (64%) мужчин и 10 (36%) женщин. Среди обследованных пациентов у 16 был поставлен диагноз ОИМ сзубца Qи у 12 ОИМ без зубца Q. При этом первичный ИМ зарегистрирован в 76% случаях, в то время как повторный 24% соответственно. Исследуемых разделили на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия зубца Q. 1-ая группа ИМ без зубца Q, а 2-я группа с зубцомQ. Результаты исследования:Установлено, чтопроведенные в этом плане исследования показали, что ОИМ с зубцом Q чаще локализуется в задней стенке, без Q – в передней стенке. Одиночные наджелудочковыеэкстрасистолы встречались у большинства больных 1-й и 2-й группы 72.6% и 67.3% соответственно. Процент групповых наджелудочковых экстрасистол и неустойчивых пароксизмов наджелудочковой тахикардии был наибольшим среди пациентов 2-й группы. Фибрилляция предсердий в структуре нарушений ритма занимала небольшой процент и одинаково часто встречалась в обеих группах. У пациентов 1-й и 2-й групп чаще всего встречались одиночные, в основном редкие, и парные желудочковые экстрасистолы. В небольшом проценте случаев зарегистрированы пароксизмы желудочковой тахикардии в 1-й группе, что составило 4,4% и 6,8% во второй. Нарушение проводимости регистрировалось реже, причем АВ блокада чаще встречалась во 2-й группе - 10.1% пациентов, в 1-

й-2.8% соответственно; внутрижелудочковые блокады – в 1-й группе -4.3%, во 2-й группе – 6,8%. Выводы:Таким образом, течение острого инфаркта миокарда с наличием зубца Qв большинстве случаев осложняется нарушением ритма и проводимости сердца, что приводит к ухудшению течения заболевания и соответственно снижает качество жизни и увеличивает процент летальности пациентов этой группы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Умаркулова Г. 5 курс, 516 гр. Пед. фак., Джураева К.С.

Кафедра Инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. каф. - к.м.н., доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: Раббимова Н.Т.

Больные сахарным диабетом относятся к группе высокого риска инфицирования возбудителями вирусных гепатитов - прежде всего гепатита С. В настоящее время предполагается роль вирусов гепатитов в инициации процессов, приводящих к развитию сахарного диабета. Известно также, что вирусные гепатиты оказывают неблагоприятное воздействие на течение сахарного диабета. Цель исследования: Выявить особенности клинического течения ХВГС у больных сахарным диабетом II типа. Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в период с 2013-2015гг. на базе Областной инфекционной клинической больницы Нами было обследовано 15 пациентов хроническим вирусным гепатитом С в сочетании с сахарным диабетом II типа. Основную часть этой группы (66,6%) составили мужчины, средний возраст больных составлял 49,0±6,0 лет. Результаты и их обсуждение: Клиническая симптоматика заболевания у всех обследованных больных характеризовалась наличием интоксикационного синдрома, проявляющегося в основном общей слабостью, недомоганием, потерей аппетита, болью в правом подреберье и эпигастрии, тошнотой, однократной или повторной рвотой. Боль в правом подреберье и эпигастрии являлась наиболее частым симптомом и встречалась в 73,3% случаев, снижение аппетита наблюдалось в 46,6% случаев. Астеновегетативный синдром, а также изменения со стороны пищеварительной системы выявлялась у всех наблюдаемых больных. Так, тошнота регистрировалась у 73,3%, рвота у 60% больных, гепатомегалия выявлялась у 73,3%больных. Желтушный синдром регистрировался при ХВГС на фоне СД II типа в 53,3% случаев, кожный зуд как следствие холестатического синдрома регистрировался в 46,6% случаев. Жажда и сухость во рту выявлялись у 20% больных. Признаки полиурии с увеличением частоты мочеиспусканий наблюдались у 26,6% пациентов. Геморрагический синдром проявлялся кровоточивостью десен и выявлялся у 13,3% больных. Нарушение периферического кровообращения встречалось у 73,3% больных. На понижение зрения предъявляли жалобы – 53,3% пациентов. Клиника панкреатита наблюдалась у 26,6% больных, хронического холецистита 40% больных. Микроангиопатия выявлялась у больных в 33,3% случаев. Диабетической ретинопатией страдали 60% больных Диабетическая нейропатия у больных ХВГС на фоне СД II типа наблюдалась в 73,3% случаев. Диабетическая нефропатия наблюдалась у 33,3% больных. Переход хронического гепатита С в цирроз печени был выявлен у 40% больных, а в 26,6% случаев осложнялся варикозным расширением вен пищевода. Выводы: Таким образом, особенностями клинического течения ХВГС на фоне СД II типа являются преимущественно тяжелое течение заболевания, более частое наличие жалоб, отражающих интоксикационный и холестатический синдромы. Для больных с сочетанным течением ХВГС с сахарным диабетом 2 типа характерно наиболее частое присутствие таких осложнений, как панкреатит, холецистит, микроангиопатия, диабетическая ретинопатия, нейропатия, нефропатия, переход в цирроз печени и расширение вен пищевода. С увеличением длительности течения заболевания на фоне СД II типа увеличивается риск их развития.

АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИНИКИ ПАРОТИТНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Умурзаков Б.А, студент 503-группы II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра: Эпидемиология, инфекционные болезни (зав. кафедрой: проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: ассистент Бурибаева Б.И.

Актуальность. Паротитная вирусная инфекция (ПВИ) занимает в структуре воздушно-капельных инфекций особое место, которое определяется широким распространением во всех странах мира и неблагоприятными последствиями. Социальная значимость паротитной вирусной инфекции определяется, в основном, частотой поражений нервной системы в виде серозного паротитного менингита, энцефалита, поражением железистого аппарата организма человека и связанными с этим отдаленными последствиями. Клинически ПВИ у взрослых протекает тяжелее, чем у детей, нередко в генерализованной форме, с вовлечением в патологический процесс, кроме слюнных желез, различных органов и систем (поражение половых органов, поджелудочной железы, нервной, мочевыделительной, сердечнососудистой системы, органов дыхания, слуха и зрения и др.) Целью исследования явилось изучить особенности клинического течения паротитной вирусной инфекции (ПВИ) у взрослых. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 68 больные с диагнозом ПВИ в возрасте от 17 по 39 лет, находившихся в стационарном терапии 1-ой городской клинической инфекционной больнице в г. Ташкент. Больные в основном были мужского 45(66,2%) и 23(33,8%) женского пола. Для подтверждения диагноза ПВИ использовали определение противопаротитных антител в сыворотке крови с помощью РТГА. Результаты исследования. По клинической классификации все больные были разделены в 2 группы: железистая форма диагностирована в 89,4% случаев, из них 63,1% составили мужчины и 26,3% женщины; железисто-нервная форма наблюдалась в 10,6% случаях, из них 5,8% составили мужчины и 4,8% женщины. Анализируя возрастную структуру заболевших, следует отметить, что обе группы клинические формы ПВИ представлены в основном лицами в возраста (от 17 по 39 лет), преобладает мужского пола 63,1% и 5,8% соответственно. У взрослых ПВИ с преимущественным поражением слюнных желез отмечали припухлость в области околоушных слюнных желёз у 100%, отёк подчелюстных желёз у 54,8% и симптом «Мурсу» у 86,8% пациентов. При сочетанных формах ПВИ поражение околоушных слюнных желез диагностировано в 100% больных, причем почти у всех больных патология имел место двухсторонний процесс. Тяжесть течения болезни была более выраженной при двухстороннем поражении слюнных желез (100%). У взрослых также средние значения температурной реакции четко коррелировали с тяжестью болезни: наиболее высокие средние ее показатели наблюдались при тяжелой форме болезни. У взрослых также при тяжелой форме в первые дни болезни наблюдалось уже явление паротита. ПВИ, протекающая с преимущественным поражением поджелудочной железы у взрослых частота встречаемости паротита было 25,3% случаев из всех пациентов. Из 18 больных с преимуществом поражения поджелудочной железы 72,4% представляли мужчин, а 27,6% женщин. Заболевание протекало в виде легкой форме у 15,6% больных, у 37,0% в тяжелой и у 47,4% в среднетяжелой форме. Следовательно, у взрослых чаще диагностировались среднетяжелые и тяжелые формы. Выводы: На основание полученных результатов в 89,4% случаев больных ПВИ диагностирован железистая форма болезни, из них в основном страдали (63,1%) лица мужского пола. Выраженность тяжести болезни определялось при двухстороннем поражении слюнных желез.

ПРОБЛЕМЫ СКОЛИОЗА И ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Ураков Б.Ш.- преподаватель государственной специализированной общеобразовательной школы №2 Самаркандского района

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: ст.преп. Мамасолиева Ш.А.

Основа человеческого организма – это здоровый позвоночник, а поддерживать его в порядке помогает правильная осанка. Дети особенно подвержены возникновению сколиоза в периоды интенсивного роста скелета: от 7 до 9 лет - 29%, 10-14 лет -40%, 15-17 лет - 31%. Несоответствие школьной мебели росту и пропорциям тела может привести к напряжению определённых мышц спины, шеи, конечностей, что приводит к возникновению так называемых «школьных» болезней - ассиметрии плеч и лопаток, сколиозы, кифозы, лордозы. Именно поэтому, формирование правильной осанки является актуальной темой в настоящее время. Цель работы: Выявление факторов риска развития сколиоза у школьников и разработка профилактических мероприятий на их основе. Материал и методы исследования: Оценка состояния здоровья детей и подростков проводилась на основании анкетирования, анализа материалов углубленных медицинских осмотров школьников 1 и 9 классов государственной специализированной общеобразовательной школы №2 Самаркандского района, который проводился врачами СВП Самаркандского района, сотрудниками кафедры обществен-

ного здоровья, общей гигиены и студентами 6 курса педиатрического факультета СамМИ по методическим рекомендациям Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан «Методические рекомендации по комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков при массовых медицинских осмотрах». Обследованы 57 учеников из них 29 учеников первого класса (19 девочек; 10 мальчиков) и 28 девятого класса (17 девочек; 11 мальчиков). Результаты: Сравнительный анализ полученных данных среди школьников разных возрастных групп и разного пола показал, что девочки в отличие от мальчиков более дисциплинированно сидят за партой и стараются правильно носить сумку или портфель. А также видно, что и мальчики, и девочки первого класса не соблюдают рекомендуемую массу сумки. При оценке физической активности установлено, что 31,6% (18) детей регулярно занимаются физическими упражнениями, 56,2% (32) детей занимаются спортом только на уроках физической культуры и 12,2% (7) детей вообще не выполняют физических упражнений. Таким образом, 68,4% (39) учеников попадают в группу риска, так как у них наблюдается низкий уровень физической активности, являющийся одним из факторов риска заболевания сколиозом. У 5,2% (3) учеников есть ассиметрия плеч, 24.5%(14) - сутулость, 19,3% (11) быстро наступающая усталость, 28,0% (16) - снижение концентрации внимания, 24,5% (14) боли в спине. Нарушения осанки у половины учеников из-за невыполнения режима чередования труда и отдыха; низкой двигательной активности и слабой информированности о причинах и симптомах сколиоза. Школьная мебель для учеников 9 класса стандартные, имеют ростовую маркировку, но не подобран по росту ученика. Выводы: Группами риска по развитию сколиоза среди школьников являются: мальчики первых классов и девушки старших классов (9 класса), так как неправильное распределение нагрузки способствует риску возникновения нарушения осанки. Факторами риска являются: несоответствие школьной мебели росту и пропорциям тела, неправильное ношение портфеля, неправильное расположение учащихся за партой, масса портфеля. Девочки в большей степени подвержены искривлению позвоночника, что связано с большим распространением гиподинамии и более ответственным подходом к учебе. Роль школьного врача и педагогов по профилактике сколиоза у школьников заключается в регулярной проверке соответствия школьной мебели росту и пропорциям тела школьников разных возрастных групп, в году два раза пересаживать учеников, информировать учеников о причинах и симптомах сколиоза.

ВЛИЯНИЕ СКОРОСТИ СТАРЕНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ

Уракова М.М., студентка 306 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра физиологии и патофизиологии (зав.каф. –д.м.н., доцент Самиева Г.У.)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хайдарова Д.С.

Цель работы: сопоставление календарного и биологического возраста в зависимости от скорости старения. Материал и методы. Проведено антропометрическое обследование 14 сотрудников кафедры физиологии и патофизиологии СамМИ в возрасте от 26 лет до 56 лет. Из них 8 человек составили женщины – Iгруппа, 6 человек – мужчины – П группа. Все обследованные родились и постоянно проживали на территории г.Самарканда и Самаркандской области. Работа проведена с соблюдением чётких критериев исключения беременности, а также наличия на момент обследования острых и обострения хронических заболеваний. Определение коэффициента скорости старения (КСС) проводилось по методу А.Г.Горелкина и Б.Б.Пинхасова, 2008. Для расчета КСС были использованы параметры массы тела, роста, обхвата талии и бёдер. Была рассчитана разница лет между календарным возрастом и возрастом онтогенетической нормы. По рекомендациям авторов онтогенетической нормой считается для женщин 18 лет, а для мужчин – 21 год; КСС менее 0,95 – замедленная скорость старения, 0,95-1,05 – соответствие календарного и биологического возраста, более 1,05 – ускоренное старение. Результаты. По результатам проведённого обследования нами получены следующие данные. Установлено, что КСС у женщин в среднем составил 0,95 (0,64-1,22), а у мужчин – 1,35 (0,84-1,62). Из обследованных женщин у 3-х выявлено, что биологический возраст опережает календарный незначительно (P< 0,05), а у мужчин – у 5-х (P<0,05). Мужчины с ускоренным вариантом старения имели достоверно (P<0,01) большую массу тела и вредные привычки. Показатели массы тела у обследуемых с нормальной скоростью старенияотличались от показателей обследуемых с замедленным и ускоренным вариантами старения и занимали промежуточное положение. Выводы. На основании полученных данных можно сделать выводы, что в обследованной нами группе у мужчин КСС выше, чем у женщин. Соответственно их биологический возраст опережает календарный. Это может быть связано с особенностями питания, образа жизни, физической активности, вредными привычками и возможно другими факторами, что требует дальнейшего глубокого изучения данного вопроса.Исследования скорости старения и биологического возраста различных возрастных и половых групп имеют большое значение для разработки медико-социальных мероприятий с целью улучшения состояния здоровья и увеличения продолжительности жизни населения.

К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ И ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Усманова Ю., студентка 420 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – асс. Пардаева У.Д.

Целью нашего исследования явилось анализ структуры и возможные пути ранней диагностики генерализованного туберкулеза. Материалы и методы: нами изучены и проанализированы данные 81 истории болезни пациентов самаркандского противотуберкулезного диспансера за 2013-2016гг. Основная часть больных обращались по направлению с подозрением на туберкулез, с более конкретными рентгенологическими методами обследования. Небольшая часть больных имели данные гистологического и цитологического обследования. Применены все существующие лабораторные методы исследования патологического материала: окраска по Цилю-Нельсену, люминесцентная микроскопия, молекулярно-генетическое исследование GeneXper tMTB/RIF. Результаты и обсуждения. Основную группу больных 72 (88,9%) составили жители сельской местности. Возрастная категория больных: 1 (1.25%) подросток, с 18-30 лет 32 (39,5%), с 31-49 лет 21 (25,9%), 50 лет и больше 27 (33,3%). Из них первичных 80 (98,8%), вторичных 1 (1,2%). У всех пациентов органное поражение протекало в активной стадии. В основном больные госпитализированы с ГТ, в виде мультифокального проявления заболевания, как с легочным поражением, так и полиорганного ВЛТ. Имело место бытовой контакт у 23 (28,4%) пациентов. Анализ анамнестических данных выявило: длительное и не успешное лечение больных по поводу соматических заболеваний узкими специалистами; разного рода оперативное вмешательство с недостаточными лабораторными исследованиями резекционного или биопсийного материала, из отсутствия диагностического поиска на туберкулез. Значительное количество больных с ГТ, это: туберкулез легких и позвоночника 28 (34,6%)больных; туберкулез позвоночника в сочетании легочным туберкулезом и туберкулезный менингит 2(2,5%); туберкулез легких и туберкулезный менингит 3 (3,7%); туберкулез легких в сочетании с туберкулезным менингитом и туберкулез глаз 1 (1,2%); туберкулез легких и абдоминальный туберкулез 1 (1,2%); туберкулез легких с туберкулезом позвоночника и мочевыделительной системы 7 (8,6%); туберкулез легких и мочевыделительной системы 7 (8,6%); туберкулез легких и половых органов 6 (7,4%). С ВЛТ составили 26 (32%) больные, это различное сочетание экстра пульмонального туберкулеза, большую часть которых составляет туберкулез позвоночника и мочеполовой системы. Также были больные с редчайшими формами туберкулеза в виде туберкулеза ребер, полости рта, межфаланговых суставов кисти рук. Наиболее тяжелое проявления ГТ с осложненным течением и неблагоприятным исходом было в послеродовом периоде у одной больной, на четвертой неделе после родов: абдоминальный туберкулез осложнился с перфорациями кишечника и каловым перитонитом. Отказ от госпитализации больной на шестом месяце после родов после установления диагноза: туберкулез поясничного отдела позвоночника, осложнился туберкулезным менинго-энцефалитом и привел к летальному исходу. В комплексном лечении 27 больным проведены хирургические методы лечения. В структуре легочного туберкулеза чаще выявлены инфильтративные формы (52,2%) и диссеминированный туберкулез с распадом (42,8%). Выводы: Подводя итог нашей работы, можно уверенно подчеркнуть, что начало нашего тысячелетия туберкулез остается глобальной медико-социальной проблемой. Кажущаяся относительная стабилизация эпидемии туберкулеза не отражает истинную ситуацию угрозу человечества. Все это заставляет считать, что мы продолжаем видеть «вершину айсберга», лишь предполагая о значительном количестве недовыявленных случаев экстраторакального туберкулеза. Распространение инфекции по органам со специфическими изменениями при генерализованных формах бывает различным и зависит от степени защиты иммунной системы макроорганизма.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Уфаева Н. Б., студент 1 курса магистратуры по специальности наркология, ТМА

Кафедра психиатрии и наркологии (заф.каф.-д.м.н. Ашуров З.Ш.)

Научный руководитель, д.м.н. Султанов Ш.Х.

Цель работы: Изучить особенности формирования, клинической картины и течения алкогольной зависимости у больных, ранее употреблявших опийные наркотики. Материала и методы исследования: В ходе исследования были изучены клинические случаи 40 больных, с проходивших лечение в Ташкентском городском наркологическом диспансере, с диагнозом «алкогольная зависимость» [МКБ-10]. Основную группу составили 20 пациентов мужского пола. Критериями включения являлось наличие алкогольной зависимости, сформировавшейся в период, когда у пациентов уже сложился систематический прием наркотиков опийной группы. Контрольную группу (20 пациентов мужского пола) составили больные алкогольной зависимостью сравнимого возраста, не употреблявших ранее наркотики. Больные были сопоставимы по социально-демографическим характеристикам полу, возрасту и семейному положению. Возраст исследуемых больных составил от 18 до 30 лет, средний возраст – 26,5±2,5 года. Результаты: Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями в сравниваемых группах больных была практически одинаковой, составила 84% и 80% в первой и второй линиях родства. Первая проба алкоголя приходилась на 14,5 и 13,8 лет в основной и контрольной группах соответственно. Возраст начала систематического употребления алкоголя в контрольной группе приходился на 18,6±2,1 лет До формирования опийной наркомании все больные употребляли алкоголь. У 46% больных прием алкоголя имел систематический характер без признаков зависимости. У 18% пациентов отмечалось стремление к оглушению в состоянии алкогольного опьянения. Остальные больные выпивали эпизодически. Среди факторов, определяющих прекращение употребления наркотиков и трансформацию наркотической зависимости в алкогольную, можно отметить медицинские, социальные, семейные и культурно-средовые. Было выявлено, что около половины 52% больных осознавали последствия употребления опий здоровья, начинали лечить инфекционные осложнения (гепатиты, ВИЧ), отмечали «наркотическую усталость», оставшиеся 48% пациентов говорили о социальных и семейных причинах прекращения приема наркотиков. Систематически употреблять алкоголь 64% пациентов начали в терапевтической ремиссии, 36% - в остром периоде отмены наркотиков. У 20% преобладали гедонистические мотивы (желание расслабиться, получить удовольствие), а у 4% пациентов выявлены социальные причины. Выявление особенностей клинико-динамических характеристик и клинико-психопатологической картины алкогольной зависимости проводилось при помощи подробного изучения анамнестических сведений, анализа материалов бесед с их родственниками, данных клинических историй болезни и амбулаторных карт. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Иейтса. Распределение количественных данных в группах оценивалось при помощи критерия Стьюдента. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Бонферони. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p<0,05$. Для определения взаимосвязи между показателями использовался коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Выводы: Предшествующая опийная зависимость существенно изменила большинство основных клинико-динамических параметров алкогольной зависимости. Наряду с сохранением общих закономерностей патогенеза алкоголизма, она определила своеобразие всех этапов его становления и развития. Алкогольная зависимость с предшествующей наркотической зависимостью является неблагоприятным вариантом аддикции, который характеризуется высокой частотой наследственной отягощенности и ускоренным формированием синдромов зависимости

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Файзиев А.А. студент 402 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав.каф.-д.м.н. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Джураев С.О.

Цель работы – оптимизировать применение концентрации ренина и альдостерона у больных симптоматической почечной гипертонией среднего возраста. Материал и методы исследования: Обследовано 40 больных симптоматической почечной гипертонией 60-74 лет, использованием иммуноферментного анализа для определения концентрации альдостерона и ренина в плазме крови. Результаты: Установлено, что вВ начальной стадии у больных было выявлено незначительное повышение активности альдостерона 77±12 пг/мл/ч и значительное повышение концентрации активности ренина в плазме крови 8,8 пг/мл/ч. По мере прогрессирования болезни у больных данной группы сопровождалось снижением активности ренина и значительным повышением концентрации альдостерона 6,6 пг/мл/ч и 115±24 пг/мл/ч соответственно, которая превышала таковую у здоровых лиц. Были значительные различия активности ренина плазмы в зависимости от пола болезни. Так у больных мужского пола в начальных стадиях болезни отмечено более выраженная активация ренина в плазме чем у женщин. У женщин отмечалось повышение концентрации альдостерона более выражено, чем у мужчин. По мере прогрессирования болезни активность ренина плазмы снижалась более достоверно у мужчин и повышение альдостерона более значительно у женщин. Выводы: Таким образом, анализ исходного уровня активности ренина и концентрации альдостерона в зависимости от стадии болезни выявил, что с прогрессированием болезни увеличивается количество больных с низкими показателями активности ренина, т.е. с «гипоренинoвой» формой. Также, вместе с этим увеличился число больных с высоким уровнем альдостерона в плазме. Секреторная активность ренина находится в зависимости от состояния симпатоадреналовой системы.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФОНА НА СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ-ИНОСТРАНЦЕВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В САМАРКАНДСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Фатуллаева Д.С., Шарапова Ю.Ш., Резиденты магистратуры Маджидова Г.Т., Суннатова Г.Т. ассистенты кафедры

Кафедра внутренние болезни №2 (зав. каф. - д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: Оценить состояние фактического питания студентов обучающихся на иностранном отделении Самаркандского государственного медицинского института. Материалы и методы исследования: Изучено питание 10 студентов из Кореи, возраст студентов - от 19 до 23 лет. Для оценки фактического состояния питания использовался стандартный пассивный анкетный метод. Разработанная анкета содержала пакет вопросов, характеризующих состояние фактического питания. Результаты: Оценка режима питания выявила, что преобладающее число студентов (70%) принимали пищу три раза в день: завтрак в 7 часов, обед - в 11-13 часов, ужин - в 22-23 часа. Отмечается увеличение времени между завтраком и обедом и обедом и ужином до 7-9 часов. Среднесуточная калорийность рационов составила 2024,8 ккал, что ниже на 80,99% рекомендуемого уровня (2500ккал). Энергетическая ценность завтрака студентов составила 23,2% от общей калорийности суточного рациона, калорийность обеда - 34,8%, ужина-40,6%, что свидетельствует о нерациональном распределении калорийности суточного рациона по приемам пищи. При анализе качественного состава среднесуточных рационов установлено, что уровень потребления белка был ниже рекомендованных норм потребности (РНП) на 15,3%. При этом преобладал дефицит животного белка - 22,7%, дефицит растительного белка составил 17,4%. В пределах нормы содержание белка в среднесуточном рационе питания студентов-иностранцев белка отмечено лишь у 14,3% студентов. Дефицит белка в среднесуточных рационах установлен у 47,6% студентов. Недостаточное потребление белка особенно недопустимо в молодом возрасте, так как приводит к снижению иммунитета, нарушению функции печени, поджелудочной железы, органов репродукции, кроветворных органов, возникновению анемии, снижению работоспособности и успеваемости, развитию быстрой утомляемости. Содержание в рационах жиров было ниже РНП на 45,3%, при этом дефицит животного жира составил 34,5%, растительного жира - 26,9%. Оптимальное среднесуточное потребление жиров отмечалось менее чем у 10% студентов. Для 4,7% студентов характерно избыточное

употребление общего количества жиров. Ниже РНП на 7% отмечено содержание в рационах углеводов. При оценке индивидуальных рационов питания выявлено, что оптимальное среднесуточное потребление углеводов отмечалось лишь у 10,4% студентов, для 23,8% студентов характерно избыточное поступление углеводов с пищей, у 65,8% - недостаточное. Причиной дефицита углеводов может служить тот факт, что большинство студентов употребляли недостаточное количество овощей и фруктов или они вообще отсутствовали в рационе. Углеводы представлены в рационе в основном крупами, из овощей в рационе присутствовали морковь, картофель и капуста. О несбалансированном питании свидетельствует фактическое соотношение белков, жиров и углеводов - 1:1:7 (оптим. соотношение 1:1:4). Выводы: Таким образом, проведенные исследования выявили существенные нарушения основных принципов рационального питания, в том числе и режима питания. Энергетическая ценность рационов не покрывает суточные энергозатраты организма. Калорийность рационов распределена нерационально. Отмечается недостаточное поступление с пищей основных пищевых веществ белков, жиров и углеводов, а также ряда витаминов и минеральных веществ. Требуется существенная коррекция питания указанной группы студентов для обеспечения организма всеми необходимыми пищевыми веществами и нутриентами с целью профилактики различных заболеваний связанных недостаточностью питания.

«ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО И ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮЩЕГОСЯ ПРЕПАРАТА ПРИ ГЕПАТИТЕ»

Фейзуллаева С. Студентка 312 группы II педиатрического факультета ТашПМИ.

Кафедра фармакологии, физиологии (зав.каф.- проф. Аминов С.Д.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Юнусов А.А.

Актуальность: Ежегодно инфекционные болезни являются причиной смерти более чем у 14 млн человек от гепатита В и С в мире каждый год погибает около 1 млн. человек (1). В мире проживает по меньшей мере 2 млрд. человек перенесшие бессимптомный гепатит В и около 350 млн хронических носителей вирусов. Нередко вирусы гепатитов являются причинами онкологической болезни, цирроза печении т.д. Поэтому снижение инфекционной заболеваемости является важнейшей частью здорового населения. Цель исследования: Изучение влияния и эффективность применения препарата на печень. Материалы и методы: Один из широко применяющихся препаратов на настоящий момент является - «Гепа-Мерц» оказывает гепатопротективное действие. Механизм действия: Обладает дезинтоксикационным действием, снижая повышенный уровень аммиака в организме, в частности при заболеваниях печени. Действие препарата связано с его участием в орнитиновом цикле мочевинообразования Кребса активирует работу цикла, восстанавливая активность ферментов печени: орнитин-кабамоил-трансферазы и карбамоил-фосфатсинтетазы. Способствует так же уменьшению астенического, диспептического и болевых синдромов и нормализации повышении массы тела (при стеатозе и стеатогепатите) (2). Исследовали 17 человек в городской клинической инфекционной больнице. Использовали препарат у 13 больных с острым вирусным гепатитом В и 4 больных с острым вирусным гепатитом С .Препарат применялся в течение 10 дней. Результаты исследования: При исследовании было видно что клиническое улучшение отмечали уже к 5 дню от начала лечения. У 16 больных получены нормальные величины. Количество ферментов (АСТ,АЛТ) в крови, общий белок, общий билирубин, щелочная фосфатаза нормализовались. У одного больного через 10 дней только наметилась тенденция к улучшению. В целом препарат хорошо переносится больными и дает мало побочных эффектов. Выводы: Как видно из исследований препарат оказывает положительное действие на печень (3). По данным многих авторов препарат Гепа-Мерц широко используется во многих странах в настоящее время. Эффективность препарата не только при гепатите его также используют при циррозе печени, стеатозе, стеатогепатите.

АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СПОРТСМЕНОВ ЛЫЖНИКОВ И ТАНЦОРОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Фокина Т.Ю., студентка 414 группы, Ложкин Д.П., студент 406 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.каф. – д.м.н., профессор Осетров А.С.)

Научный руководитель: ассистент кафедры, к.м.н. Малкова А.А.

Цель: выявить астенические проявлениях спортсменов по лыжным гонкам и студентов УДГУ, занимающихся аэробикой, а также обнаружить первые признаки астенического синдрома. Материалы и методы исследования: для работы использовалась группа лыжников из сборной Удмуртской Республики, которые занимаются постоянно и участвуют на соревнованиях высшего уровня. А также студенты УДГУ, которые занимаются стрейтчингом и танцами. Исследовательской группе была представлена анкета "Субъективная шкала оценки астении (MFI - 20) по Шметцу", проведено анкетирование, анализ, сопоставление и обобщение полученного материала, успеваемость в зимнюю сессию. Результат: проведя анкетирование и анализ данных у лыжников, было обнаружено, что из 50 спортсменов 21(42%) не имеют признаков астенического синдрома, 13(26%) человек имеют общую астению, 9 (18%) лыжников имеют сниженную мотивацию, а у 7 (14%) обнаружена физическая астения. При анализе данных у студентов, занимающихся аэробикой, были получены следующие данные: из 26 студентов 19 (73,1%) не имеют признаков астенического синдрома, 4 (15,4%) человека имеют общую астению и 3 (11,5%) имеют сниженную мотивацию. Оценка результативной деятельности студентов вуза определяется по успешной сдаче зимней экзаменационной сессии. По данным зимней сессии у лыжников, средний балл составил 4,0: отлично 27,2%; хорошо – 55,2% и удовлетворительно – 17,6%. На фоне изменения психологического состояния спортсменов в результате занятий по физическому воспитанию отмечено нарушение нормальной подготовки, в связи с общей усталостью на фоне тренировок и соревнований. По данным зимней сессии у танцоров, средний балл составил 4,4: отлично 42,3%; хорошо – 50,1% и удовлетворительно –7,6%. Вывод:таким образом, разные виды физической активности в неодинаковой степени влияют на психологическое состояние студентов. Большая часть спортсменов-лыжников страдает астеническим синдромом. Этот показатель складывается из всех факторов, которые влияют на их психоэмоциональное состояние. Но главным фактором остается и будет оставаться это предстартовая подготовка, так как она зачастую влияет на появление астенического синдрома, потому что она связана с напряжением, возбуждением, тревожностью и оказывает свое пагубное влияние на организм в целом. Гимнастика повышает стрессоустойчивость организма в условиях учебы и в сессионный период. Занятия аэробикой можно рассматривать не только как средство повышения уровня проявления физического качества «гибкость», но и профилактики отрицательных психологических состояний (астении).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Фузайлова И.Э., студентка 408 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – асс. Ходжаева С.А.

Цель. Определение особенностей течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ/ТБ) с последующей разработкой реабилитационных и противоэпидемических мероприятий. Материалы и методы. Исследование проводится в Самаркандской области. Обследование 45 больных ВИЧ/ТБ в 3 группах (в зависимости от времени выявления вторичного заболевания) проводилось в соответствии с общепринятым стандартом, с использованием инновационных диагностических методов. Результаты и обсуждение. В социальной структуре среди больных ВИЧ/ТБ преобладают мужчины и городские жители, возрастной состав коррелирует с возрастными группами заболевших туберкулезом. В клинической структуре заболеваемости ВИЧ/ТБ преобладают больные с нераспространенными формами ТБ и лишь в 2% случаев диагностирован фиброзно-кавернозный ТБ. У 12% больных, или в 21,8% случаев бактериовыделения выявлена первичная множественная лекарственная устойчивость МБТ. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто регистрировался хронический гепатит (65%), анемия (21,6%), злоупотребление алкоголем выявлено в 17,4% и в 35,3% случаев – табакокурение. Контакт с больным туберкулезом в семье отмечали в 11,1%, с друзьями и сослуживцами - 7,4%, кроме того, 29,6% ранее находились в местах лишения свободы. Заражение ВИЧ парентеральным путем при введении наркотиков у 74,1% больных, у 14,8% - половым и у остальных 11,1% путь заражения установить не удалось. В клинических проявлениях ВИЧ/ТБ сравнительно с ВИЧ-инфекцией отмечается достоверно выраженное проявление инфекционно-токсического (ИТС), астеновегетативного (АВС) и бронхолегочного (БЛС) синдромов на всех стадиях ВИЧ, кроме IVB и V. Из

особенностей распространения и клинического течения следует отметить и низкую выявляемость внелегочных форм туберкулеза у ВИЧ ТБ больных. У всех больных через 5-9 лет инфицирования ВИЧ и при выявлении туберкулеза отмечались клинические проявления иммунодефицита и вторичных заболеваний: персистирующая генерализованная лимфаденопатия (14,8%), кандидозный стоматит (7,4%), гнойничковые заболевания (3,7%), опоясывающий герпес - у 3,7%, цитомегаловирусная инфекция констатирована в 6,7% случаях. Сравнительный анализ динамики ВИЧ/ТБ и ВИЧ-моноинфекции выявил более быстрое прогрессирование заболевания в первом случае. Практически двукратная разница по скорости прогрессирования обнаружена при IVB и IVB стадиях ВИЧ-инфекции. Выводы. Течение ВИЧ/ТБ отличается комплексом добавочных воздействий, утяжеляющих общее состояние больных - длительный воспалительный процесс, сопровождающийся признаками ИТС, АВС и резкой стимуляцией неспецифического звена иммунитета. ТБ усиливает иммунодефицит и способствует резкому прогрессированию ВИЧ-инфекции. Для фтизиатров в настоящее время важнейшим вопросом является проведение специфической профилактики (ХП) ТБ среди ВИЧ- инфицированных. Здесь нет ясности даже на уровне ВОЗ, где этот вопрос предпочитают не рассматривать. При высокой инфицированности ТБ ВИЧ-инфицированных (по нашим данным до 96% взрослых) не исключается проведение ХП двумя антибактериальными препаратами. Однако при выраженных факторах риска развития ТБ, а именно, снижении иммунитета до числа СД4 ниже 200 на стадиях ВИЧ- инфекции IVБ, IVB, V и длительности течении ВИЧ-инфекции 7 лет и более, целесообразно проведение ХП по типу пробной. Приоритетным направлением повышения эффективности помощи больным является предупреждение пораженности туберкулезом путем проведения целенаправленных противоэпидемических мероприятий с учетом факторов риска и использование индивидуализированных режимов лечения с применением патогенетической терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Хайдаров Р.Б., резидент магистратуры 2 курса СамМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии № 3 (зав.курс.-к.м.н Каримова Н.А.)

Научный руководитель: т.ф.н. асс. Норбаев А.Н.

Цель работы. Изучить влияние метформина на динамику клинических и гормонально-метаболических показателей у больных с метаболическим синдромом (МС). Материал и методы. В исследование были включены 106 пациентов (женщины в возрасте 38,8 + 6,08 лет) с МС (критерии IDF 2005 г.). Методом случайной выборки они были разделены на две группы, одна из которых (n = 48, первая группа) получала терапию метформином в дозе 1500 мг/сут. без изменения образа жизни, другая (n = 38,вторая группа) находилась на гип калорийной диете и должна была соблюдать повышенную физическую активность. Продолжительность наблюдения в обеих группах составила 6 месяцев. В динамике изучались ИМТ, окружность талии (ОТ), концентрация инсулина, про инсулина. Результаты. Полученные данные выявили в обеих группах различную степень выраженности инсулино резистентности, гиперинсулинемии, гиперпроинсулинемии, гиперлептинемии,. Достоверных различий исследуемых показателей в обеих группах до начала терапии выявлено не было. Через 6 месяцев терапии метформином ИМТ в среднем снизился на 10,1% ($p < 0,05$), в то время как в группе с измененным образом жизни снижение данных показателей составило 5,4% ($p < 0,05$). Уменьшение величины ОТ в первой группе составило 8,8% ($p < 0,001$), во второй группе достигло 3,8% ($p > 0,05$). При этом содержание инсулина и проинсулина в первой группе снизилось на 27% и 20,3% соответственно ($p < 0,05$), во второй группе снижение составило 12,7% и 8% соответственно ($p < 0,05$). Вместе с тем проведенный сравнительный анализ динамики полученных данных между двумя группами показал более выраженное влияние метформина на клинические и гормонально метаболические показатели по сравнению с группой, пациенты которой отказались от привычного им образа жизни. Выводы. «Повышенный» инсулин в крови у диабетиков является причиной увеличения массы тела и появления сосудистых заболеваний. Метформин повышает чувствительность инсулиновых рецепторов, а также не даёт организму накопленную энергию перерабатывать в жир. Вот это последнее свойство препарата активно мы пытались активно использовать .Терапия метформином пациентов с метаболическим синдромом в течение 6 месяцев эффективнее, чем изменение образа жизни, корригирует не только клинические (ИМТ, ОТ), но и гормонально-метаболические (инсулино резистентность, гиперинсулинемию, гиперпроинсулинемию, гиперлептинемию) показатели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМПРИЛАНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хайдаров Р.Б., резидент магистратуры 2курса Сам МИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии №3 (зав.курс.-к.м.н Каримова Н.А.)

Научный руководитель т.ф.н. асс. Норбаев А.Н.

Цель работы. Клинико- функциональная оценка эффективности и переносимости препарата Амприлана у пациентов АГ при метаболическом синдроме. Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 больных с АГ II степени, риск IV (11 женщин и 19 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет). Диагноз АГ устанавливался согласно классификации ВОЗ/ МОАГ (1999г). У всех больных АГ сочеталась с другими компонентами метаболического синдрома (МС). Амприлан применялся в двух дозировках 5мг. и 10 мг. У всех исследуемых до начала лечения оценивалось систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД), показатели внутрисердечной гемодинамики, содержание общего холестерина и сахара крови. Эффективность препарата оценивалась через 2-4 и 14-16 дней. При отсутствии адекватного ответа на терапию доза препарата была увеличена. Контролировали возможность развития побочных эффектов. Результаты. При лечении Амприланом отмечалось субъективное улучшение состояния больных АГ: уменьшились головные боли, головокружение, колющие боли в области сердца, нормализовалось АД. При лечении Амприланом в течении 12 недель отмечалась статистически достоверная нормализация и стабилизация АД. ЭХОКГ - показатели до лечения свидетельствовали о наличии процесса ремоделирования сердца, проявляющиеся увеличением конечно-систолического и конечно-диастолического объемов сердца, ТМЖП и ТЗСЛЖ - в 1,5 раза ($p<0,05$). Анализируя полученные результаты в ходе проведения исследования установлено, что Амприлан способствует регрессу процесса ремоделирования миокарда у больных АГ. В большинстве случаев переносимость препарата была хорошей, положительный эффект был достигнут у большинства пациентов – 25 (83%), у 5 (17%) – частичный (у этих больных положительная динамика была достигнута при применении Амприлана в больших дозах). Поскольку тиазидные диуретики способствуют повышению уровня холестерина и сахара, нами изучено влияние комбинированного препарата на уровень холестерина и сахара крови. Установлено, что Амприлан не оказывает отрицательного влияния на их уровень, поскольку Амприлан, входящий в состав данного препарата, ни велирует отрицательный эффект гидрохлортиазида. Выводы. Таким образом, Амприлан является эффективным гипотензивным препаратом при МС, способствует регрессу процесса ремоделирования миокарда, не оказывает отрицательного влияния на уровень холестерина и сахара крови и может быть рекомендован для широкого использования в лечении больных АГ при МС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ФАРМАКОПУНКТУРОЙ

Хакимова Г.К. резидент магистратуры III курса СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель к.м.н. Ниязов Ш.Т.

Цель работы: оценить эффективность лечения больных полинейропатией сочетанным введением церебролизина в биологические активные точки и иглорефлексотерапией. Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели нами было обследовано 43 больных детей с диагнозом полинейропатия в возрасте от 8 до 14 лет. Из них мальчиков – 20 (46,5%), девочек – 23 (53,5%). Критериями включения больных в исследование являлись: возраст от 8 до 14 лет; подтвержденный диагноз полинейропатии; отсутствие следующих причин полинейропатии: онкологическая, наследственная, системные заболевания крови. Всем детям проводили диагностическое обследование, включающее наряду с консультацией врача-невролога ЭЭГ, ЭНМГ, общий анализ крови, общий анализ мочи. Исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата проводилось методом стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) с использованием моторных, сенсорных стандартных и стимуляционных

электродов. С помощью стандартных ЭНМГ-методов исследовали моторные волокна срединного, малоберцового, большеберцового и сенсорные волокна срединного нервов. Результаты: Установлено, у подавляющего количества наблюдаемых детей преобладало острое течение заболевания, что нами было отмечено в 20 случаях (46,51%), несколько реже диагностировано подострое течение полинейропатии – 13 наблюдений (30,23%), и лишь у 10 больных полинейропатия имела хроническое течение (23,26%) Выраженность демиелинизации и дегенерации аксонов нервных стволов различна в зависимости от этиологии полинейропатии. Даже так называемые инфекционные полинейропатии имеют в своей основе иммунологические нарушения, а не прямую инвазию инфектов. Так начало развития полинейропатии в 27 наблюдениях (62,8%) имело связь с каким-либо инфекционным заболевание (чаще на фоне пневмонии, ОРВИ, несколько реже энтеровирусной инфекции), что классифицировалось нами как параинфекционные полинейропатии. У 2 (4,65%) детей полинейропатия развилась на фоне сахарного диабета (дисметаболическая полинейропатия), в 14 случаях (32,5%) полинейропатия развилась со слов родителей «по непонятным причинам». Выводы. Таким образом, способ лечения больных с полинейропатиями с использованием фармакопунктуры с церебролизином показал высокую эффективность: по окончании терапии положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 80% больных. После проведённого курса лечения у больных уменьшались парестезии, купировался алгический синдром, наблюдалось улучшение поверхностных и глубоких видов чувствительности: болевой, температурной, тактильной, вибрационной, мышечно-суставного чувства. Таким образом, введение церебролизина в биологические активные точки воздействует на патогенетические звенья полинейропатии, этот способ лечения является эффективным методом терапии данной патологии периферической нервной системы.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП МЕТОДОМ БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Хакимова Г.К. магистр II курса обучения

Кафедра неврологии и нейрохирургии. (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность: В современной литературе, посвященной эффективности и безопасности методов лечения спастичность, вновь убедительно было показано лидирующее место инъекций ботулинического токсина типа А (БТА) у детей с церебральным параличом. Цель исследования. Изучить эффективность ботулинотерапии в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Материал и методы исследования. Для оценки эффективности ботулинотерапии у детей с ДЦП в зависимости от возраста сравнили две группы: первая группа до 6 лет (20 детей), вторая группа старше 6 лет (20 детей). Исследуемые получали комплексную реабилитацию с внутримышечным введением ботулотоксина типа А (БТА). Клинические методы исследования включали Модифицированную шкалу Ашворта для оценки спастичности и Электронейромиографическое исследование (ЭНМГ). Результаты исследования. Спастичность по шкале Ашворта не имела достоверных различий. При сравнении электронейромиографических показателей между детьми до 6 лет и старше получены следующие результаты. Между двумя группами детей со спастическими формами ДЦП, до 6 лет и старше, достоверной разницы показателей не выявлено на всех трех этапах - до лечения, через 1 и 2 месяца после ботулинотерапии. На доинъекционном этапе уровень спастичности имел тенденцию к снижению.Через 2 месяца после лечения БТА между группами выявлена статистическая достоверность различий. Внутри групп наблюдалась различная динамика: через 2 месяца больше достоверных различий с доинъекционным уровнем выявлялось в группах детей, получивших 1 и 3 инъекции БТА. В группе детей, получивших 5 инъекций спастика возвращалась быстрее. Снижение мышечного тонуса также статистически достоверно происходило через 1 и 2 месяца после каждой из пяти инъекций. При тестировании позднего миографического феномена проводился анализ динамики показателя Н/М. Вывод. При сравнительном клинико-нейрофизиологическом анализе эффективности комплексного лечения детей со спастическими формами детского церебрального паралича инъекциями ботулинического нейротоксина типа А в зависимости от возраста пациентов, объективное улучшение клинических и нейрофизиологических показателей было выявлено в обеих группах.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Халикова Ф.Х. магистр 1 курса по направлению «Детская неврология» СамГМИ, Исанова Ш.Т.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность. По данным ряда авторов частота внутриутробной инфекции (ВУИ) колеблется от 2%до 65,5%. Столь разноречивые показатели объясняются трудностями этиологической верификации данной патологии. В последнее время изменилась структура инфекционной заболеваемости беременных, а также плода и новорожденного. Цель. Изучить особенности нейросонографииу новорожденных детей с внутиутробной инфекцией. Материалы и методы исследования. В исследование включены результаты обследования и динамического наблюдения за 60 женщинами и 60 родившимися у них детьми. Первичное обследование детей, включало применение методов этиологической верификации ВУИ и нейросонографию. Уровень угнетения в неврологическом статусе оценивался на основании классификации расстройств сознания у новорожденных по Вольпе. Нейросонографическое исследование производилось всем детям с 1 дня поступления в отделение интенсивной терапии по стандартной методике через передний родничок. Результаты исследования. В 88,9% случаев диагноз ВУИ основывался на выявлении клинико-лабораторных и инструментальных признаках внутриутробной инфекции. Особенность внутриутробных инфекций неспецифический характер клинических проявлений у новорожденных.При оценке неврологического статуса ребенка в остром периоде была применена скрининг-схема оценки состояния нервной системы новорожденного. Выявлены следующие клинические синдромы: синдром угнетения центральной нервной системы - 23 ребенка, синдром повышенной нейрорефлекторной возбудимости - 22, синдром внутричерепной гипертензии - 8 детей, судорожный синдром - 4, синдром вегетативно висцеральных дисфункций - 4, а также очаговые симптомы - 9, изменение физиологических рефлексов новорожденных - 42. Повышение мышечного тонуса (23,3%)случаев, сопровождалось как правило повышением периостальных рефлексов. Синдром угнетения ЦНС сочетался с другими синдромами острого периода: с мышечной гипотонией и гипорефлексией - (89,2%) случая, с очаговыми симптомами - (5,4%), с судорожным синдромом - (2,2%) случая и при синдроме угнетения ЦНС в (72%) случаев на НСГ выявлялись очаги лейкомаляции.Особенностью структурных изменений головного мозга новорожденных с внутриутробной инфекцией по данным НСГ являлись высокая частота перивентрикулярнойлейкомаляции (62,4%), кист (24,8%>), кальцификатов (25,6%) и признаков незрелости мозга(15,2%). Вывод. У детей с диагнозом ВУИ с наибольшей частотой диагностировалась врожденная пневмония. Наиболее часто выявлялась хламидийнаяинфекция. У детей с диагнозом ВУИ в остром периоде наиболее часто выявляются: синдром угнетения центральной нервной системы, изменение мышечного тонуса, физиологических рефлексов и ведущую роль в формировании инвалидизирующих и дезадаптирующих состояний нервной системы новорожденных играют перинатальные перивентрикулярные поражения мозга.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Хамидова З. Ю., Курбанова З. П., Ибадова О.А.

Кафедра Внутренних болезней №3 и эндокринологии СамМИ (зав.каф доц.Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.

Цель: Оптимизировать изучение роли провоспалительных цитокинов в развитии и прогрессировании поражения сердца у больных железодефицитной анемией (ЖДА) в зависимости от наличия или отсутствия КМП. Материалы и методы: Обследовано 43 больных ЖДА различной степени тяжести в зависимости от наличия или отсутствия КМП - 23 и 20 пациентов, соответственно, и у 20 здоровых лиц. Нами было изучено содержание ряда

провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-) и противовоспалительного (ИЛ-4) интерлейкинов в сыворотке крови. Результаты: Установлено, что содержание ИЛ-1 в сыворотке крови превышало показатель контроля у больных ЖДА, имеющих клинико-инструментальные симптомы КМП, критериии диагностики КМП на 71,5%, а у пациентов анемией без КМП - на 28,5% (p<0,001). Содержание ИЛ-4 у больных ЖДА практически не изменялось. Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови у больных ЖДА с КМП превышал контрольный показатель на 30,3%, у пациентов без КМП - на 24,1% (p<0,001). Что касается ФНО-а, так называемого домена «смерти», то его содержание в сыворотке крови пациентов ЖДА без КМП не отличалось от показателя контроля. У больных АКМП уровень ФНО-а превышал на 25,4% и 19,7% показатели контрольной группы и больных ЖДА без КМП, соответственно (p<0,001). Таким образом, у пациентов анемией, не имеющих клинико-инструментальных симптомов КМП, происходит увеличение содержания в сыворотке крови ИЛ-1 и ИЛ-6, а с развитием признаков КМП ещё больше возрастает уровень ИЛ-1 и повышается содержание ФНО-а. Выводы: Таким образом, ключевыми механизмами, запускающими каскад метаболических и морфофункциональных изменений в сердце у больных ЖДА, являются гемическая гипоксия и возникающая вследствие этого активации симпатико-адреналовой системы, увеличивается продукция провоспалительных цитокинов, играющих роль в деградации фибриллярного коллагена и усилении апоптоза кардиомиоцитов, что также приводит к формированию АКМП.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АУГМЕНТИНОМОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ

Хамидова Г.С.

Ургенческий филиал ТМА

Актуальность. Острый и хронический бронхит, трахеит, тонзиллит-наиболее распространённые нозологические формы,с которыми сталкиваются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры. То есть воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов занимают следующее место после болезней ,масштабы которых во всем мире признаны глобальными.Часто возбудительямиэтих заболеваний становятся бактерии, поэтому важное место в терапии занимают антибактериальные препараты .К Амоксиклав чувствительны 94-100% штаммов S. pneumoniae, 99,6-99,9% штаммов H. Influenza, 100% штаммов M. cararrhalis. Цель исследования.Применять и доказать преимущество Аугментина (Амоксициллина\клавуланата) в лечении хронического бронхита легкой степени при поликлинической-амбулаторной условии. Материал и методы. Были обследованы (по анализу мокроты выявлена сштаммами S. pneumoniae, 99,6-99,9% штаммов H. Influenza) 34 пациентов с хроническим бронхитом легкой степени, из них 17(50%) больным рекомендована другие антибиотики .17(50%) болным из контрольной группы назначена Аугментин. Результат.Через 7 дней у больных контрольной группы наблюдалось снижения температуры, улучшения общей состояния, исчезнования симптомы интоксикации.Эти симптомы поздно, через 4-5 дней выявлено и у другой группы.Значит при лечении Аугментином рано наступает стадия выздоровления. Выводы. Амоксиклав соответствует необходимым фармокодинамическим критериям эрадикации в отношение всех наиболее значимых респираторных патогенов, что и определяет его высокую клиническую эффективность. Это способствует сохранению качества жизни пациентов, в значительной степени сокращению затрат на лечение как со стороны пациента, так и системы здравоохранения.

ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамидова Д.А., резидент магистратуры 1 курс

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Курбонова Н.С.

Цель: установить оптимальный метод лечения больных сахарным диабетом пожилого и старческого возраста. Материалы и методы: под наблюдением находилось 34 больных сахарным диабетом, из них 18 мужчин и 16 женщин в возрасте 55-67 лет).Длительность течения сахарного диабета более 5 лет был у 12 (35,3%) больных и свыше 10 лет у 22 (64,8%). До госпитализации больные сахарным диабетом 2 типа принимали пероральные сахаропонижающие препараты..Однако у 15 больных была гипертония 2-3 степени тяжести,подагра у 13 больных,ишемическая болезнь сердца 18 Все больные были переведены на инъекции инсулина продолжительного действия в комбинации с инсулином короткого действия на 1/3 суточной дозы. Причинами для перевода больных на смешанную терапию инсулина короткий и средней длительности перевода были: декомпенсация сахарного диабета, неэффективность пероральных сахаропонижающих препаратов, частые эпизоды декомпенсации начало нефропатии ,нейропатии необходимость перевода на смешанную инсулинотерапию. Всем пациентам проводили обычные клинические, лабораторные и инструментальные исследования, а также осмотр различными специалистами для исключения диабетических осложнений. Результаты: при поступлении в стационар у всех больных сахарный диабет был декомпенсирован (HbA1c 10.1 ± 1.6%). У 25% больных наблюдались эпизоды осложнений в виде диспепсии, тошноты, боли в эпигастрии.. В период наблюдения у всех больных была достигнута стабильная субкомпенсация сахарного диабета, наблюдалось значительное улучшение общего самочувствия больных. Через 3 месяца после перевода на инсулинотерапию HbA1c снизился до 6.1 ± 0.6% (P < 0.01). Выводы: таким образом своевременное введение инсулинотерапии убольных сахарным диабетом пожилого возраста является оптимальным решением профилактики осложнений, так как создает стабильный контроль гликемии на фоне соматических осложнений. Улучшает качество жизни.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ВЛИЯНИЕ КЛИМАТА НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Хамраева Н.А. преподаватель СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: проф. Тоиров Э.С.

Цель работы. Оценить влияние резкоконтинентального климата и пищевых стереотипов на течение системной красной волчанки (СКВ). Материал и методы исследования. Основу статьи составляют результаты обследования 150 больных СКВ (145 женщин, 5 мужчин) находившиеся на стационарном лечении в трех клиниках Республики. Все больные были жителями из числа коренного населения. Результаты. Климатопогодные факторы развития СКВ были взаимосвязаны с другими преморбидными факторами. В качестве инициирующих факторов СКВ, на преждевременные роды, аборты и проведенные акушерско-гинекологические манипуляции указывали 11,3% пациентов. Волчанку также спровоцировали психоэмоциональные факторы (7,5%), физическое перенапряжение (5,0%), прием медикаментов (3,8%) - противотуберкулезных (изониазид), противогрибковых препаратов (флунол) и антибиотиков (тетрациклин). 6,3% пациентов не смогли указать на причину заболевания. При СКВ не разработана специальная диета, однако во многих случаях требуется вносить изменения в питательный рацион пациентов. Так, при анкетном исследовании чрезмерное употребление продуктов с повышенным аллергическим действием - чеснока, лука, различных приправ и острых специй выявлено у 45,0%, частый прием шоколада и кофе – у 27,5% пациентов. 20,0% пациентов почти каждый день (7 и более раз в неделю) принимали жирную жареную пищу, приготовленную на курдючном сале. Несмотря на общедоступность и обилие фруктов, 22,5% пациентов принимали их в недостаточном количестве (всего 1 раз в неделю). В рационе у 26,3% пациентов недостаточными оказались такие важные продукты как молоко, творог и молочные продукты (через день), у 46,3% - зелень и овощи (1 раз в недели), у 52,5% - рыба, печень и куриное мясо (реже, чем в 2 недели раз). Большинство указанных недостатков в питании были связаны с низкой информированностью пациентов о правилах питания. При анкетированном опросе 78,8% больных указали, что они не знают (или в недостаточной степени знают) особенности здорового питания и диеты при ревматических заболеваниях. Взаимосвязь генетических, климатических факторов и существующих неблагоприятных пищевых стереотипов (чрезмерное употребление продуктов с повышенным аллергическим действием, жирной жареной пищи, приготовленной на курдючном сале, недостаточный прием молока, творога и молочных продуктов, зелени, фруктов, овощей, рыбы, печени и курицы) способствует не только развитию, но и утяжелению СКВ. Большинство недостатков в питании связано с низкой информированностью пациентов. Пациенты должны быть информированы об особенностях питания и диеты. Для пациентов СКВ должна быть разработана и назначена специальная диета. При этом питание должно учитывать возраст, пол больного, активность, течение и клинические проявления СКВ,

и образ жизни пациентов с учетом климатических условий каждого региона. Выводы. Таким образом, помимо патологической наследственности предиктором развития СКВ является внешний фон, к которому зачастую можно отнести резкоконтинентальный климат и пищевые стереотипы, особенно на фоне с провоцирующими факторами (преждевременные роды, аборты, акушерско-гинекологические манипуляции, психоэмоциональные факторы, физическое перенапряжение, недостаточность начальной базисной и гормональной терапии). Необходима разработка мероприятий первичной и вторичной профилактики данного заболевания, а также назначение специальной диеты, с учетом клинических проявлений различных регионов.

ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хамраева Н.А., Шамсиева М., студентка 105 группы мед. - пед. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель проф. Тоиров Э.С.

Цель работы: Изучить электро- и эхокардиографические признаки ишемической болезни сердца. Материал и методы исследования: Было обследовано 50 больных с ишемической болезнью сердца. У 36 больных (72,0%) был установлен диагноз ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения функциональный класс II, у 6(12,0%) - функциональный класс III и у 8 больных (16,0%) - постинфарктный кардиосклероз. Среди всех обследованных преобладали мужчины- 37 (74,0%), женщины составили 13 (26,0%). Средний возраст больных составил 65,7 ± 1,4 лет. В возрасте от 45 до 59 лет было 12 больных (24,0%), от 60 до 70 -26 больных (52,0%) и старше 70 лет–12 больных (24,0%). Преобладали больные с длительностью заболевания от 6 до 10 лет. Анализы крови способствовали выявить анемию легкой степени (у 25 больных 50,0%), средней степени тяжести (у 22 больных 44,0%) и тяжёлой степени (у 3 больных 6,0%), умеренное повышение СОЭ (у 39 больных 78,0%). Результаты: При помощи ЭКГ исследований удалось установить признаки гипертрофии отделов сердца: гипертрофии левого желудочка – у 39 больных (78,0%), обоих желудочков – у 10 больных (20,0%). Кроме того, в наших исследованиях у 30 больных (60,0%) отмечались признаки воспалительного и дистрофического поражения миокарда: снижение сегмента RS-T, сглаженный или отрицательный зубец T в нескольких отведениях (I, II, III, aVL, aVF, V3, V4 и V5). Депрессия сегмента S-T в I, aVL отведениях (признак ишемии передней стенки) была выявлена – у 11 больных (22,0%), на II, III, aVF отведениях (признак ишемии задней стенки) - у 21 больных (42,0%), рубец после перенесенного инфаркта миокарда (наличие патологического зубца Q или комплекса QS) – у 7 больных (14,0%). ЭхоКГ исследование способствовало выявить гипертрофию левого желудочка (у 39 больных 78,0%), гипертрофию обоих желудочков (у 10 больных 20,0%), ослабление сокращения левого желудочка (у 38 больных 76,0%), снижение фракции выброса (у 39 больных 78,0%). Выводы: Таким образом, у больных с ишемической болезнью сердца при эхокардиографическом исследовании наблюдалось снижение фракции выброса сердца, что немаловажное значение имеет при нарушении коронарного кровообращения, нарушая при этом сократительную способность сердца при гипертрофии левого желудочка.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамраева А.П., резидент магистратуры 1 курса

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология, СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс. Джураева З.А.

Цель: Изучить особенности течения и лечения аутоиммунного тиреодита. Материалы и методы: Было обследовано 48 пациентов. Средний возраст на момент наблюдения составил 32,8 ± 2 лет. Диагноз аутоиммунного тиреодита. устанавливали на основании характерных жалоб: увеличение щитовидной железы ощущения удушья и инородного тела, тахикария боли в сердце, эндокринной офтальмопатией повышенного уровня тиреоидных гормонов (св. Т4 и Т3) наряду со снижением уровня ТТГ ниже 0,1 мЕд/л. повышение уровня антител к компонентам ткани ЩЖ с повышенным уровнем АТ-ТПО. По данным УЗИ: увеличение объёма щитовидной железы (ЩЖ), низкой эхогенности, неоднородность эхоструктуры ткани ЩЖ. При тяжелом течении проводилась магнитно резонансная томография вывлялось: увеличение щитовидной железы, неоднородная структура, наличие узловых образований ,увеличение региональных лимфоузлов, Результаты: среди обследованных пациентов доминировали женщины, соотношение 4:1. Курящих было 5 пациентов (10,4%). Сопутствующие аутоиммунные заболевания (витилиго, псориаз) были установлены в двух случаях (4,2%). Средний возраст постановки диагноза в возрасте до 50 лет – 40 пациентов (83,3%); после 50 лет – 8 пациентов (16,7%), p=0,001. Длительность течения тиреотоксикоза составила 2-3 месяцев до лечения (2 ± 0,4). Средний объём ЩЖ у лиц с тиреотоксикозом составил 30,6 ± 6,6см3; p=0,19. Титр антител к тиреопероксидазе составил 87±23 мкл .В терапии аутоиммунного тиреодита премущественно эффект наблюдался при использовании преднизолона в дозе 20мг-30мг в зависимости от тяжести течения .Курс лечения 28дней со снижением дозы по 5г еженедельно Выводы: Аутоиммунный тиреодит патология с преимущественным поражением женщин. Для своевременной диагностики необходимо использовать определение титра антител к тиреопероксидазе при повышении титра антител выше 30 ммкл наиболее эффективным было использование преднизол

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Хасанова Д.Н., студентка 416 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – Ходжаева С.А.

На фоне достижения стабилизации эпидемической ситуации эффективность лечения при туберкулезе (ТБ) остается явно ниже ожидаемой и возможной с учетом внедрения новых режимов этиотропной терапии. Одним из главных факторов, негативно влияющих на эффективность лечения, является развитие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя (МБТ). Цель. Выявление факторов риска и особенностей развития туберкулеза МЛУ. Материалы и методы. Исследования проведены в два этапа. На первом обследованы 27 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском областном противотуберкулезном диспансере (далее СОТД). На втором в исследование были включены 89 больных и пациентов с подозрением на туберкулез, у которых при обследовании и лечении в диспансерах Самаркандской области (далее СО) были выделены МБТ. При обследовании больных наряду с этиотропной диагностикой, применяли стандартные методы, в том числе молекулярно-генетические технологии. Результаты и обсуждение. Выявлены отдельные социальные факторы, повышающие риск развития ТБ МЛУ. При частоте диагностики наркологами синдрома алкогольной зависимости у 29,3% и 26,5%, злоупотребление алкоголем выявлено у 62,9% больных с МЛУ МБТ и 32,1% у пациентов без МЛУ МБТ. Столь же достоверные различия установлены в частоте трудозанятости и стойкой потере трудоспособности. Из клинических особенностей при МЛУ-ТБ заметно реже встречаются ограниченные клинические формы ТБ легких, выше уровень деструктивных форм, в том числе фиброзно-кавернозного туберкулеза, характеризующегося хроническим течением и неблагоприятным прогнозом. Почти у всех пациентов при поступлении в стационар отмечается массивное бактериовыделение. Отмечается склонность МЛУ-ТБ к рецидивирующему течению, реактивация процесса при нем возникает в 3 раза чаще, чем у пациентов без МЛУ, почти у четверти больных сформировалось хроническое течение. У больных МЛУ-ТБ, злоупотребляющих алкоголем, достоверно чаще диагностируются заболевания органов желудочно-кишечного тракта и печени (26,4% против 12,7%). В тесной связи с этим находятся и частота развития, и характер нежелательных побочных реакций (НПР) при химиотерапии туберкулеза, которые у больных с МЛУ-ТБ и алкогольной зависимостью развились в 85,1% случаев этиотропной терапии. У этих же больных достоверно чаще сравнительно с больными, не злоупотребляющими алкоголем, развивались гепатотоксические НПР – в 47,3% против 25,4%, а также НПР средней тяжести и тяжелые по течению – у 40,5% и 23,6% соответственно. Злоупотребление алкоголем отягощает, в определенной степени, клинические проявления туберкулеза при МЛУ МБТ,

способствует повышению частоты развития и тяжести проявлений НПР на ПТП. Выводы. При алкогольной зависимости значительно повышается риск развития МЛУ- ТБ с преобладанием запущенных форм туберкулеза легких. Массивное бактериовыделение отмечается у 97,1% с МЛУ-ТБ, что имеет важное эпидемиологическое значение. Наличие интоксикационного синдрома, полостей распада в легких, рецидивирующее и хроническое течение чаще выявляется при МЛУтуберкулезе. Злоупотребление алкоголем является фактором, способствующим формированию МЛУ-ТБ, отягощающим его клинические проявления и течение, приводит к более частому развитию НПР на ПТП.

РАЗРАБОТКА УСТРОЙСТВА ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АРТ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У., Косимов И.А.

Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Определить факторы приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией Материалы и методы: Под наблюдением находились 28 пациентов с верифицированным диагнозом ВИЧ-инфекции на стадиях 3-4, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ). Пациенты наблюдались в Специализированной клинике инфекционных заболеваний Республиканского центра по борьбе со СПИДом города Ташкента. Группа обследованных больных с ВИЧ-инфекцией была представлена 68% мужчины, и 32% женщины. По возрастным группам больные распределялись следующим образом: первый период зрелости от 21 года до 34 лет - 65% человек, второй период зрелости 35-60 лет - 35% обследуемых. Антиретровирусную терапию больные получали не менее 6 месяцев. Результаты: Проводился подробный опрос по выявлению условий проведения антиретровирусной терапии: (1) длительность приема АРВТ, (2) замена препаратов при проведении АРВТ, (3) количество принимаемых таблеток в сутки, (4) связь АРВТ с приемом пищи. При замене схемы лечения выяснялись ее причины - наличие побочных эффектов, введение в схему антиретровирусных препаратов последнего поколения, резистентность к препаратам АРВТ, наступившая беременность, самостоятельное прекращение приема препаратов, начало терапии сопутствующего заболевания (хронического гепатита С, туберкулеза), употребление больших доз алкоголя. Среди всего многообразия проанализированных факторов, не связанных с основным заболеванием (ВИЧ-инфекцией) и потенциально способных повлиять на формирование приверженности АРВТ, при анализе семейного положения исследовались и получены следующие данные: (1) холост/не замужем, проживает с родителями - 15,8%, КП АРВТ = 3,4 балла; (2) женат/замужем, имеет детей - 12,8%, КП АРВТ = 5,1. В подгруппах «холост/не замужем, проживает отдельно» и «женат/замужем, не имеет детей» доля неприверженных АРВТ составляла всего 6,2 - 6,8%, КП АРВТ = 10,5. В подгруппе «холост/не замужем, проживает с родителями» рост числа неприверженных АРВТ был выше, а КП АРВТ минимальным и статистически значимо отличался от такового в других группах по семейному положению. Что касается влияния уровня образования, то доля высоко приверженных пациентов среди людей с высшим образованием была наибольшей (80,3%), неприверженных пациентов было 4 человека (5,6%), а КП АРВТ =14,3. Среди лиц со средним профессиональным и общим средним образованием высоко приверженные АРВТ составляли, соответственно, 59,3% и 40%, а неприверженные - от 12,6% до 40%. КП АРВТ при среднем профессиональном образовании составлял 4,7, а при общем среднем образовании - 1,3. Выводы: Факторы, не связанные с собственно ВИЧ-инфекцией, но создающие риск неприверженности антиретровирусной терапии, включают «холостой/незамужний» статус пациента и его проживание с родителями, отсутствие высшего образования, прием алкоголя чаще 1 раза в неделю. Среди условий, связанных у больных ВИЧ-инфекцией с режимом антиретровирусной терапии, к факторам риска неприверженности лечению принадлежат замена одной схемы лечения на другую и высокий уровень лекарственной нагрузки (более 7 таблеток в день).

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У., Косимов И.А.

Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней

Цель: Определить факторы приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией Материалы и методы: Под наблюдением находились 28 пациентов с верифицированным диагнозом ВИЧ-инфекции на стадиях 3-4, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ). Пациенты наблюдались в Специализированной клинике инфекционных заболеваний Республиканского центра по борьбе со СПИДом города Ташкента. Группа обследованных больных с ВИЧ-инфекцией была представлена 68% мужчины, и 32% женщины. По возрастным группам больные распределялись следующим образом: первый период зрелости от 21 года до 34 лет - 65% человек, второй период зрелости 35-60 лет - 35% обследуемых. Антиретровирусную терапию больные получали не менее 6 месяцев. Результаты: Проводился подробный опрос по выявлению условий проведения антиретровирусной терапии: (1) длительность приема АРВТ, (2) замена препаратов при проведении АРВТ, (3) количество принимаемых таблеток в сутки, (4) связь АРВТ с приемом пищи. При замене схемы лечения выяснялись ее причины - наличие побочных эффектов, введение в схему антиретровирусных препаратов последнего поколения, резистентность к препаратам АРВТ, наступившая беременность, самостоятельное прекращение приема препаратов, начало терапии сопутствующего заболевания (хронического гепатита С, туберкулеза), употребление больших доз алкоголя. Среди всего многообразия проанализированных факторов, не связанных с основным заболеванием (ВИЧ-инфекцией) и потенциально способных повлиять на формирование приверженности АРВТ, при анализе семейного положения исследовались и получены следующие данные: (1) холост/не замужем, проживает с родителями - 15,8%, КП АРВТ = 3,4 балла; (2) женат/замужем, имеет детей - 12,8%, КП АРВТ = 5,1. В подгруппах «холост/не замужем, проживает отдельно» и «женат/замужем, не имеет детей» доля неприверженных АРВТ составляла всего 6,2 - 6,8%, КП АРВТ = 10,5. В подгруппе «холост/не замужем, проживает с родителями» рост числа неприверженных АРВТ был выше, а КП АРВТ минимальным и статистически значимо отличался от такового в других группах по семейному положению. Что касается влияния уровня образования, то доля высоко приверженных пациентов среди людей с высшим образованием была наибольшей (80,3%), неприверженных пациентов было 4 человека (5,6%), а КП АРВТ =14,3. Среди лиц со средним профессиональным и общим средним образованием высоко приверженные АРВТ составляли, соответственно, 59,3% и 40%, а неприверженные - от 12,6% до 40%. КП АРВТ при среднем профессиональном образовании составлял 4,7, а при общем среднем образовании - 1,3. Выводы: Факторы, не связанные с собственно ВИЧ-инфекцией, но создающие риск неприверженности антиретровирусной терапии, включают «холостой/незамужний» статус пациента и его проживание с родителями, отсутствие высшего образования, прием алкоголя чаще 1 раза в неделю. Среди условий, связанных у больных ВИЧ-инфекцией с режимом антиретровирусной терапии, к факторам риска неприверженности лечению принадлежат замена одной схемы лечения на другую и высокий уровень лекарственной нагрузки (более 7 таблеток в день).

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хасанова Г.Х., резидент 1-курса магистратуры по направлении диетология, факультета диетологии Ташкентской медицинской академии

Тухтаева Н.Х., PhD, Салихов М.У., Ст. преподаватель Ташкентской медицинской академии

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – д.м.н., проф. Каримов М.Ш.)

Научный руководитель PhD Тухтаева Н.Х.

Введение: Рацион современного человека далек от идеала. Различные нарушения в питании могут быть причиной развития заболеваний и способствуют преждевременному старению организма. От того, насколько правильно оно построено, в значительной мере зависит не только здоровье, но и продолжительность жизни человека. Цель исследования: Оценка пищевого поведения пациентов с гипертонической болезнью. Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 70 пациентов в возрасте 45-75 лет с АГ II – III стадии, имеющие как систолодиастолическую (СДАГ), так и изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСАГ), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники №3 Ташкентской Медицинской Академии в период с 10.11.18г. по 20.11.18г. Мужчин 34, женщин 36. Средний возраст больных составил 55. Для проведения исследования был разработан опросник, включающий, блок вопросов по оценке питания и образа жизни. Результаты исследования: У всех

пациентах отмечено потребление овощей и фруктов ниже уровня, рекомендуемого ВОЗ (4 и 5 порции в сутки, соответственно – 1 порция составляла в среднем 100 гр.). При оценке было установлено снижение питания вследствие финансовых проблем и т.д. У 75,4% женщин и у 92,2% мужчин из группы сравнения таких проблем не было отмечено. При оценке регулярности питания отмечено, что мужчины питаются 3 раза в сутки, а женщины питаются 5 раз в сутки. Среди особенностей приготовления пищи (допускалось несколько вариантов ответов) у опрошенных можно отметить, что чаще всего и женщины, и мужчины едят жаренные, высококалорийные как европейские, так и национальные блюда. Что касается пищевого поведения, 71% женщины кушают разнообразные продукты одновременно в зависимости от настроения, а у мужчин этот показатель составляет 54%. Выводы: Таким образом, оценив пищевое поведение пациентов с гипертонической болезнью, полученные материалы показали, что лица пожилого и старческого возрастов потребляют овощей и фруктов меньше рекомендуемого. В группе мужчин преобладает трехразовое питание, а у женщин – пять раза в сутки. Высок удельный вес пациентов, которые не придерживаются четкого режима питания. Большинство пациентов (особенно женщины) склонны к злоупотреблению пищи.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ СТУДЕНТАМИ

Хатамова М.А., студент студент 3 курса стоматологического факультета

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: ст. преп. Наимова З.С.

Образ жизни – критерий, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. В структуру образа жизни наряду с трудовой, хозяйственно-бытовой деятельностями также входит рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой. (Рекреационная деятельность - это один из комплексных видов жизнедеятельности человека, направленный на оздоровление и удовлетворение духовных потребностей в свободное от работы время). Цель работы: Оценить использование свободного времени студентами медицинского института с гигиенической точки зрения и дать соответствующие рекомендации по рациональному его использованию. Материал и методы исследования: Для изучения количества и структуры свободного времени использован метод анкетирования. С помощью анонимной анкеты опрошено 112 студента III курса лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского института. Результаты: По данным анкетирования по продолжительности свободного времени контингент студентов неоднороден. При среднем свободном времени, равном 2,4 ч., у 19,7% опрошенных продолжительность его оказалась менее 1 ч, у 19,3% - 1-2 ч., у 40,1% - 2 - 4 ч., и у 20,9% - более 4 ч. Элементами созидательной деятельности является научное творчество, общественная деятельность, участие в художественной самодеятельности и др. Среди ответивших на анкету 16% занимаются в студенческих научных кружках, в среднем отдавая этой работе 1,74±0,01 ч. в неделю. Общественные поручения имеют 67% опрошенных, на их выполнение затрачивается 1,42±0,01 ч в неделю. Около 5–6% студентов занимаются в кружках художественной самодеятельности. С гигиенических позиций целесообразны активные виды деятельности, наилучшим образом обеспечивающие реституцию после учебной работы, физическое совершенствование, улучшение здоровья. Однако значительная часть студентов используют пассивные физически ненагруженные виды деятельности в свободное время. По данным анкетного опроса, 40,1% студентов занимаются физкультурой и спортом в среднем 2 ч. в неделю, только 12,8% - более 3 ч., остальные 47,1% вообще не занимаются физкультурой. Мало студентов занимаются физическими упражнениями: утреннюю гимнастику регулярно делают только 14,9% студентов, нерегулярно – 46,0%. Элементами досуга являются культурные мероприятия (посещение кино, чтение художественной литературы, изучение иностранных языков), общение с товарищами, компьютерные игры и посещение сайтов Интернета. При этом немалая часть свободного времени студента расходуется на просмотр телепередач. Ежедневно 1 час смотрят телепередачи 85,2% опрошенных. На открытом воздухе, не считая времени на дорогу, студенты проводят в среднем 0, 90±0,01 часа в день, что значительно ниже гигиенических норм. Выводы: Продолжительность свободного времени студентов медицинского института достаточна, чтобы его рационально использовать для саморазвития и на благо здоровья самого студента. В структуре свободного времени студентов высокий удельный вес имеет отдых с небольшой мышечной нагрузкой, ограничена продолжительность пребывания на свежем воздухе. У значительной части студентов нерационально в гигиеническом отношении организован воскресный и каникулярный отдых, характеризующийся малым объемом двигательной активности. В работе по гигиеническому воспитанию студентов необходимо уделять больше внимания вопросам педагогической и гигиенической значимости свободного времени.

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Хатамова М.А., студентка 3 курса стоматологического факультета

Кафедра Общественного здравоохранения, общей гигиены и экологии

Научный руководитель: доц. PhD. Аминов З.З.

Аномалии развития ротовой полости (заячья губа, волчья пасть) - одни из самых распространенных врожденных дефектов в мире. Заболеваемость ими колеблется от 1,0 на 1000 рождений до 2,21 на 1000 рождений в разных регионах и является относительно высокой среди населения стран запада, Японии и Китая. Эти аномалии можно разделить три категории: заячья губа, волчья пасть и сочетанные аномалии Этиология аномалий ротовой полости является сложной и остается неясной, несмотря на широкий спектр эпидемиологических и экспериментальных исследований на животных. В последние годы все больше исследований концентрируется о совокупном влиянии генетических факторов и факторов окружающей среды матери. Материал и методы исследования: Были использованы публикации соответствующих исследований 1966-2015 годов из баз PubMed и ScienceDirect. Основными поисковыми терминами были «заячья губа», «волчья пасть», «врожденные дефекты», «табак», «курение сигарет» и «материнское». Наше исследование было сосредоточено на исследованиях курения матери (включая уровни воздействия) до и после зачатия. Был проведен анализ влияния курения матери на развитие аномалий ротовой полости. Результаты: В результате проведенного анализа представленных данных в 20 статьях, опубликованных за период от 1974 по 2011 года были выявлены следующие виды ассоциации между курением беременных женщин и рождением ребенка в аномалиями развития ротовой полости: только в одной статье было отмечено отрицательная и статистически не значимая связь между курением матери при беременности и аномалией ротовой полости [0,92 (95% ДИ - 0.59, 1.43)]; анализ 8 статьей продемонстрировали положительную, но статистически не значимую связь – соотношение риска от 1,15 до 1,81 с общим ДИ 95% 0,58-2,72; научные труды опубликованные в 8 статьях показали умеренно положительную и статистически значимую связь – соотношение риска от 1,17 до 1,69 с общим ДИ 95% 1,08-2,56; и 3 научных работ показали сильную положительную связь с соотношением риска от 1,33 до 5,87 и с общим ДИ 95% от 1,28 до 5,87. В научных исследованиях, где были презентованы статистически не значимая связь между курением при беременности и аномалиями ротовой полости, были отмечены относительно малый размер выборки. Такая же картина была отмечена в статьях где были презентованы наиболее сильные связи с широким доверительным интервалом. Это показывает, что доля связи может быть атрибутирована статистической ошибке из-за малого размера выборки. Также в разных работах отмечается разное соотношение случаев и контролей, что могло бы повлиять на качество этих работ. Итоговое общее соотношение рисков по итогам 20 статей составило 1,37 с ДИ 95% от 1,26 до 1,49, что доказывает достаточно сильную и статистически значимую связь между курением при беременности, особенно в ранние сроки, и аномалиями ротовой полости у детей. Выводы: Несмотря на противоречивые результаты как активного, так и пассивного курения в различных исследованиях, эффект взаимодействия гена и окружающей среды, вероятно, является более приемлемым объяснением развития заячьей губы и волчьей пасти. Больше внимания следует уделять курению матери, поскольку доказана связь между активным курением во время беременности и аномалий развития ротовой полости у потомства. Данная информация идет в поддержку усилиям по прекращению курения во время беременности и способствует здоровым родам.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хисамутдинова А.М., Мокшина П.С. студентки 617 группы лечебного факультета ИГМА на базе БУЗ УР «Городская клиническая больница №6» МЗ УР

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП (зав.каф. - д.м.н. Дударев М.В.)

Научный руководитель: доцент. к.м.н. Николаева А.В.

Целью нашей работы стало изучить факторы которые влияют на приверженность пациентов в лечении артериальной гипертензии(АГ). Материалы и методы: В исследование включено 154 пациента с АГ II степени, находящиеся на учете врача кардиолога ГКБ №6 г. Ижевск. Из них 102 женщин (66,3%) и 52 мужчины (33,7%) в возрасте от 35 лет до 80 лет. Средний возраст составил 58,8±7,6 года. Результаты исследования: Длительность артериальной гипертензии составила от 1 года до 42 лет, в среднем 9,9±6,1 лет. Индекс массы тела пациентов составил 30,4±4,2 кг/м2, причем у 36,5% пациентов имело место избыточная масса тела. Ожирение наблюдалось у 43,2% пациентов, в том числе ожирение I степени – у 25,3% пациентов, II степени – у 10,1% пациентов и III степени – у 3,8% пациентов. У 14,2% пациентов была ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия напряжения 1-2 функционального класса). На табакокурение указали 23 пациента (14,9%), 90 пациентов (58,4%) - на наличие АГ у ближних родственников. По мнению пациентов, основными причинами пропусков в приеме АГС является отсутствие симптомов заболевания (60,7%) и забывчивость (30,2%). В 1,3% - отсутствие денежных средств. 9,4% пациентов указывали на две и более причин, приводящие к изменению приема АГС. В 25,7% пациенты самостоятельно заменяли препараты на аналоги. Наблюдается корреляция следующих признаков с приемом АГС (использовали γ-корреляции (r)): женский пол ($r = 0,45$; $p<0,05$), должность пациентов (у пенсионеров приверженность выше, чем у работающих)($r = 0,2$; $p<0,05$), наличие артериальной гипертензии у ближних родственников ($r= 0,42$; $p<0,05$), длительность заболевания меньше 5 лет ($r= 0,54$; $p<0,05$). Также можно судить, что у курящих пациентов приверженность к терапии ниже, чем у некурящих ($r= -0,34$; $p<0,05$). Выводы: Наиболее привержены к лечению женщины пенсионного возраста с длительностью заболевания более 5 лет. Пациенты, приверженные к лечению в меньшей степени мужчины работоспособного возраста, со стажем заболевания менее 5 лет, имеющие вредные привычки(курение). Превалировали пациенты выполняющие назначения врача. Основными причинами пропусков в приеме АГС явились отсутствие симптомов заболевания.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Холмуминов А., студент 402 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии №3 (зав. курс.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель асс. Норшодиева Р.У.

Цель работы: В настоящее время всё большее признание получают методы специфического лечения. К последним относится энтеросорбцияполисорбом. Он из кишечника сорбирует застойные шлаки, скатол, индол, желчные кислоты, ксенобиотки, поступившие с пищей. Это повышает детоксикационный потенциал лечения. Энтеросорбцияполисорбом в дозе 20 гр в день. Материал и методы исследования: Нами проведена у 30 больных в возрасте от 30 до 55 лет с декомпенсированным СД. Результаты:Инсулинозависимый СД (1 типа) наблюдался у 15 больных, инсулиннезависимый СД (2тип) -15 больных. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет. Мужчин-18, а женщин-12. Диабетическая нефропатия отмечена у 12%, изменения ССС-у 31%, диабетическая ретинопатия- у 33%. Больным СД назначали полисорб 20 гр в день 3 раза через час после еды.Значительная регрессия клинических симптомов отмечена у 14 (70%) больных с продолжительностью болезни до 10 лет. Клинический эффект энтеросорбцииотсуствовал у 2 больных, у которых, несмотря на отсуствие субъективного улучшения, отмечались положительные биохимические сдвиги.Положительный эффект энтеросорбции у всех больных выражался в проявлении бодрости, повышении работоспособности, регрессии симптомов декомпенсации СД. Это подтверждается динамикой лечения. После энтеросорбции уровень глюкозы в крови понизился натощак с 15,4+3,1 до 7,5+1,1 ммоль/л ($P<0,05$), после приема пищи с 17,1+4,2 до 9,1+1,2 ммоль/л. У больных СД контрольной группы данные соответственно были следующими: натощак 16,1+3,2 и 8,4+3 ммоль/л, а после приема пищи 18,1+3,3 и 10,1+1,9 ммоль/л. Выводы:У больных с диабетичекойнейропатией установлена положительная динамика клинических проявлений. Боли и симптомы нефропатии исчезли у 16 (80%) больных, а у остальных больных уменьшилась выраженность указанных клинических симптомов. Положительный эффект энтеросорбции обусловлен, по видимому, непосредственно детоксикационным действием сорбента, нормализацией гликемии и активацией функции печени и почек.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Хонназаров Т. – студент 3-курса педиатрического факультета

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: Курбанова Х.А

В последние десятилетия избыточная масса тела и ожирение стали одной из важнейших проблем для жителей большинства стран мира. Подростковая полнота стала в последнее время общемировой проблемой. Причинами ожирения детей и подростков могут быть изменившийся уклад жизни: современные подростки, в отличие от их сверстников предыдущих десятилетий, ведут малоподвижный образ жизни, большую часть времени проводя за гаджетами. Кроме того, меняется рацион питания современного человека: к сожалению, фаст-фуд вытесняет вкусную, здоровую, сбалансированную, богатую нутриентами пищу. Целью данной работы было оценить факторы риска развития ожирения у подростков. Для выполнения поставленной перед нами задачи проводилась анкетирования среди обучающихся. Анкета состояла из 20 вопросов. Помимо вопросов об особенностях питания (количество приемов пищи, размер порций, наиболее часто употребляемые продукты, наличие перекусов) и образа жизни (уровень физической активности, время, выделяемое на прогулку, ежедневная дистанция в километрах) респондентов, в анкету были включены вопросы об информированности подростков по проблеме ожирения. Так же в паспортной части анкеты указывался возраст, рост и вес ребенка; для определния избытка массы тела или ожирения были использованы перцентильные таблицы. Результаты исследования: в анкетировании приняло участие 36 человек, 18 девочек и 18 мальчиков. Проведенное нами исследование было направлено на выявление подростков с избыточной массой тела и с ожирением, определение факторов риска и сравнение групп респондентов с высокой и низкой степенью риска. Подростки с высокой степенью риска развития ожирения и ожирением 1 степени имели несбалансированный рацион и вели малоподвижный образ жизни. В результате наблюдений и бесед был выявлен дефицит знаний у учащихся по вопросам рационального питания, влияния ожирения на здоровье и факторов риска. Так, 26 (72,2%) человек отметили, что им недостаточно знаний о здоровом образе жизни, в том числе о правильном питании, дозировании физической нагрузки и т.д. Возникла необходимость провести мероприятия по профилактике ожирения среди подростков. Выводы: Проведенный сравнительный анализ ответов респондентов разных возрастных групп, направленный на выявление факторов риска ожирения показал, что ведущими факторами риска стали нерациональное, нерегулярное питание в сочетании с недостаточной физической активностью. Также немаловажной причиной развития ожирения стал дефицит знаний респондентов по вопросам рационального питания и необходимой физической активности. Это позволило разработать групповые рекомендации по профилактике ожирения у подростков.

РЕГИОНАРНОЕ ПРИМИНЕНИЕ АТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Худойкулов Ш.Ш. студент 4 курса, лечебного факультета

Кафедра оториноларингологии (зав. кафедрой: доц. Хушвакова Н.Ж.) СамМИ

Научный руководитель: ст.ассистент Шаматов И.Я.

Острый и хронический риносинусит (РС) – наиболее распространенное заболевание как в стационарной, так и в амбулаторной практике, с одинаковой частотой встречается во всех возрастных категориях. В последнее время в связи с появлением большого количества различных антибактериальных препаратов и многообразием их формы выпуска перед практикующим врачом встает сложная задача оптимального выбора препарата и метода ее введения. Цель работы: повышение эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух посредством применения эндоназальной внутрикожной антибиотикотерапии. Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 20 больных с острым и 20 с обострением хронического РС; 20 больных находилось на стационарном лечение, 20 на амбулаторном, среди обследованных было 18 мужчин, 22 женщин от 19 до 50 лет. Всем больным был проведен стандартный осмотр ЛОР – органов, бактериологическое исследование патологического отделяемого из околоносовых пазух и полости носа. Основная группа получала антибактериалный препарат (цифамед) методом эндоназального внутрикожного введения в сочетании синус – эвакуацией, а также ежедневным анимизацией слизистой полости носа, физиотерапевтическими процедурами и пероральным применением антигистаминных препаратов. Контрольная группа получила стандартную схему лечения; парентеральное применение антибактериального препарата (цефамед в дозировке 1 г 1 раз в сутки) в сочетании с пункциями. Результаты исследование: показала что у 94% больных основной группы, только 70% больных контрольной группы оценили эффект от лечения как положительный. Удовлетворительный эффект от лечения отметили 6% больных основной группы и 30% больных контрольной группы. Сравнительный анализ показал безопасность и эффективность регионарной антибиотикатерапии, а также преимущество перед парентеральным и местным использованием антибактериальных препаратов.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Камолов Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Гипертоническая болезнь является одной из наиболее распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. При острой гипертензивной энцефалопатии имеет место срыв адаптации мозгового кровообращения. Целью работы явилось исследование цереброваскулярной недостаточности у больных артериальной гипертонией и распространённости энцефалопатии по возрастным группам у данных больных. Методы исследования. Нами проанализировано 456 историй болезни больных артериальной гипертонией II стадии различной степени артериальной гипертензии и риска, госпитализированных в терапевтические отделения клиники Андижанского Государственного медицинского института. Из них мужчин составило 188 (42,2%), женщин 268 (58,8%). Результаты исследования. Симптомы гипертензивной энцефалопатии I стадии обнаружены у 57 пациентов гипертонической болезнью, из них у 31 мужчины (54,3%), женщин соответственно 26 (45,7%). Признаки энцефалопатии I стадии чаще встречаются среди пациентов в возрасте 50-59 лет, при III степени АГ и 4 риска, а в возрасте 60 лет и старше одинакова как у мужчин, так и у женщин. При АГ II степени риск 3 проявления энцефалопатии были обнаружены у 66,6% мужчин, 33,4% у женщин; при риске 4- соответственно 83,3%; 16,7%. При АГ III степени риск 3 признаки энцефалопатии встречались у 44,4% мужчин, у женщин 45,6%; а при 4 риске соответственно мужчин 51,8%, женщин 48,2%. Обсуждение результатов исследования. Проведенные нами исследования показывают, что при артериальной гипертонией II степени, риск 3 (высокий) в возрасте 50-59 лет симптомы энцефалопатии чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, а в возрасте 60 лет и старше одинаково как у женщин, так и у мужчин; при риске 4 (очень высокий) симптомы энцефалопатии в 1,5 раза чаще встречаются у женщин. При артериальной гипертонии III степени отмечается тенденция частоты у женщин. Полученные результаты проведённых исследований, бесспорно, свидетельствуют о связи пола, возраста и степени артериальной гипертонии в развитии цереброваскулярной недостаточности. При хронической артериальной гипертензии повышается верхняя граница ауторегуляции мозгового кровообращения, в связи с процессом ремодулирования в мелких церебральных артериях и артериолах, больные адаптируются к высоким цифрам артериального давления. При острой гипертензивной энцефалопатии имеет место срыв адаптации регуляции мозгового кровообращения.

ИММУННАЯ СИСТЕМАИ ПРОЦЕССЫ ПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования: Изучение взаимосвязи нарушений иммунного статуса и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных инфарктом миокарда (ИМ). Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 28 больных в возрасте от 30 до 65 лет страдающих ИБС.Инфаркт миокарда острая стадия. 28 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 10-ти больных была диагностирована ИБС.QMI; у – 18 больных ИБС.NQMI. Контрольную группу составили10 относительно здоровых лиц в возрасте 20-45 лет. Для определения в плазме крови иммуноглобулинов использовали метод радиальной иммунодиффузии в геле в модификации Манчини. Результаты исследования: Уровни интерлейкина-6 у больных ИБС.QMIпоказатель составил 115,4±5,3Пкг/мл, а уИБС.NQMI92,4±4,0Пкг/мл. В контрольной группе показатель ИЛ-6 составил 26,6±1,2Пкг/мл. Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малоновогодиальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем 3,6±0,5 нмоль/мл. В группе больных ИБС.NQMI отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p<0,001$). В группе ИБС.QMI отмечается повышение уровня МДА на 116,6% по отношению показателям контроля ($p<0,001$) Обсуждение результатов:Биологические эффекты интерлейкина-6 участвование в развитии воспалительных и иммунных реакций, а также в регуляции межсистемных взаимодействий. Обеспечивает взаимоотношения между вегетативной и иммунной систем.Исследования показали, увеличение содержания в крови ИЛ-6 у больных ИБС.QMIкоррелирован с тяжестью клинических проявлений. Заключение. Участие медиаторов иммунного воспаления в схеме заболевания расширяет "базу терапевтического вмешательства" и открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения. Уже сейчас серьезно обсуждаются пути воздействия на цитокиновое звено. И не исключено, что вскоре антицитокиновые препараты станут таким же обычным средством лечения больных ИМ. В ходе исследования выявлена значительное изменение процессов ПОЛ при ИМ, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

КЛАПАННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хузина Л.Ф., Назмиева А.Ш., студенты 305 и 312 группы 3 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела (зав.каф. - д.м.н., профессор Вахрушев Я.М.)

Научный руководитель к.м.н., ассист. Пенкина И.А.

Цель работы: исследовать характер нарушений сердечного ритма (НСР) и частоту встречаемости клапанных пороков сердца (КПС) у пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно–сосудистой системы (ССС). Материалы и методы исследования: проанализированы данные 439 пациентов с заболеваниями ССС. Женщин было 253 (57,6%) в возрасте 80,1±1,2 лет; мужчин – 186 (42,4%), средний возраст составил 79,4±2,5 лет. Результаты: гипертоническая болезнь (ГБ) диагностирована у 88,3% обследованных, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 75,4%. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались: СД II типа – 33,8%; остеоартроз – 21,3% случаев. Осложнения основного заболевания: дисциркуляторная энцефалопатия II ст. – 43,8%; хроническая сердечная недостаточность IIA – 31,3%; постинфарктный кардиосклероз – 5,5%; острое нарушение

мозгового кровообращения – 2,7% случаев. Атеросклероз аорты и ее ветвей диагностированы в 89,7% случаев. Основными жалобами были: одышка при физической нагрузке – у 88,8% пациентов, головокружение у 55,5% и головные боли у 44,4%. Кардиалгия регистрировалась в 75% случаев, повышенное артериальное давление (АД) – у 88,3% пациентов, сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в груди предъявляли 38,1% пациентов. Показатели АД в среднем составили: систолического – 144±8,5 мм.рт.ст.; диастолического – 79±4,2 мм.рт.ст. Значения пульса в среднем составило – 65±4,1 уд/мин; ЧСС – 76±4,3 уд/мин. Дефицит пульса выявлен у 5 пациентов, и в среднем составил 19±3,7 уд/мин. При оценке полного анализа крови у 92 (20,9%) больных было повышено количество лейкоцитов, в среднем 9,8±0,2х109/л; у 55,0% пациентов было повышено СОЭ – 26,07±0,58 мм/ч. В биохимическом анализе у 46,5% выявлена гиперхолестеринемия: 7,4±0,2 ммоль/л. По данным ЭХО-КГ недостаточность митрального клапана (НМК) встречается у 47,1% обследованных: у 80,8% при ГБ, у 71,8% при ИБС. Недостаточность трикуспидального клапана (НТК) у 33,5% пациентов: у 63,0% при ГБ, у 63,5% при ИБС. Недостаточность аортального клапана (НАК) встречается у 21,2% пациентов: у 44,6% с ГБ и у 45,0% с ИБС. При НМК наибольшие отклонения имеются в толщине межжелудочковой перегородки (МЖП) и левого предсердия (ЛП) у 100% пациентов и превышаютнорму в среднем на 2,4±0,8 мм и 7,3±3,7 мм соответственно. У 87,5% превышает норму толщина правого желудочка (ПЖ) в среднем на 11,0±2,0 мм. При НТК у 85,7% пациентов наблюдается увеличение толщины МЖП в среднем на 2,6±1,3 мм. При НАК наибольшие отклонения имеются в конечно-систолическом объеме, толщине ПЖ и ЛП у 80,0% пациентов и превышают в среднем на 23,2±17,5 мл, 10,5±2,2 мм и 8,5±4,4 мм соответственно. Выводы:таким образом, ССС чаще встречаются у лиц женского пола, что можно связать с большей продолжительностью жизни. У большинства пациентов диагностирована ГБ на фоне атеросклероза и гиперхолестеринемии. Наиболее часто выявляемым клапанным пороком при различных заболеваниях ССС у геронтов является НМК, который характеризуется отклонениями от нормы в толщине МЖП и ЛП. Эти сдвиги, наряду с другими, обусловливают нарастание признаков ремоделирования сердца: дилатации и сферизации полостей сердца, недостаточность клапанных структур, снижение силы сердечных сокращений, что обуславливает прогрессирование хронической сердечной недостаточности. Полученные данные необходимо учитывать при подборе терапии у лиц с заболеваниями ССС в геронтологической практике.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Хурсанов Ё.Э., студент 502 группы, Маманазаров Д.М., студент 02 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренный терапия II (зав.кафедрой: к.м.н., доц.Ярмухамедова С.Х).

Научный руководитель: асс. Назаров Ф.Ю.

Целью исследования: Многочисленные исследования последнего десятилетия показали, что нарушения ритма сердца (НРС) представляют собой наиболее сложный и трудный раздел клинической терапия, большую и серьезную проблему кардиологии. Ведущая роль в формировании НРС отводится дисбалансу между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Методы исследования: Нами проведено клинико-инструментальное исследование 28 болных (12 женшина и 16 мужшина) в возрасте от 20 до 45 лет. Оценка состояния вегетативного гомеокинеза проводилась по стандартной методике определения исходного вегетативного тонуса с помощью специальных таблиц, а также вегетативной реактивности посредством вариационной пульсографии. Суточное мониторирование (СМ) ЭКГ осуществляли с помощью кардиорегистратора «Кардио-Сенс». Результаты исследования: Большинство обследованных болных при поступлении предъявляли жалобы на кратковременные колющие боли в области сердца 5 болных ощущали перебои в работе сердца, у 3 болных имели место синкопальные состояния. СВД по симпатикотоническому типу обнаружен у 7 болных, ваготонический тип диагностирован у 8 болных, у остальных СВД носил смешанный характер. При ЭКГ НРС были обнаружены у (58,6%) пациентов, при СМ ЭКГ НРС и проводимости регистрировались у 27 болных (96,7%). Из сопутствующей патологии обнаружены психосоматические заболевания: бронхиальная астма, атопический дерматит, гастрит, ДЖВП. При ЭхоКГ у 5 больных выявлено пролабирование митрального клапана, у 2 болных регистрировались дополнительные аномально расположенные хорды. 1/3 пациентов имели хронические очаги инфекции. По результатам холтеровского мониторирования максимальная продолжительность пауз за счет синусовой аритмии составила: 1313,0±- 178,8 мс. Частые паузы у болных с ваготоническим вариантом вегетодистонии обнаруживались в 1,5 раза чаще, чем у симпатикотоников. Характерным для парасимпатикотонии является миграция водителя ритма, зарегистрированная в 85,3%, при этом более чем у 70% болных с ваготоническим вариантом дистонии. У таких пациентов во время сна регистрировались короткие участки замещающего ритма в 30,7%. Единичные эпизоды синоатриальной блокады II степени 1 типа встречались у 58,9%. Частичная АВ блокада I степени выявлена у 3,8% болных. У 2,5% мужчинов были обнаружены единичные эпизоды АВ блокады II степени типа Мебиц 1. По нашему наблюдению редкие одиночные наджелудочковые экстрасистолы зафиксированы в 29,6%, в том числе 24,2%, с вагозависимой эктопической активностью. Однако даже такая редкая экстрасистолия рассматривается как симптом срыва адаптационных механизмов в регуляции сердечного ритма. Кроме одиночных экстрасистолических комплексов при вегетодистонии регистрировались эпизоды эктопических ритмов. Обычно они были достаточно короткими, занимая по времени от нескольких секунд до 2-3 минут. Выводы: Выявленные ЭКГ феномены расцениваются как проявления функциональной кардиопатии вследствие дисбаланса вегетативной нервной системы, которую наряду с обнаруженной соматической патологией можно отнести к клинической форме СВД.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Хурсанов Ё.Э., студент 502 группы, Туропов Х.Р., студент 504 группы, Хайдаров Н.Б., студент 504 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренный терапия II (зав.кафедрой: к.м.н., доц. Ярмухамедова С.Х.).

Научный руководитель: асс. Назаров Ф.Ю.

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает основное место в структуре общей заболеваемости и смертности. Наряду с сердечно-сосудистой патологией заболевания щитовидной железы также относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. При этом поражения сердечно -сосудистой системы наблюдаются у 70-80% больных с первичным гипотиреозом и являются ведущими в клинической картине заболевания. Исследования последних лет показали, что в основе развития и прогрессирования сердечно -сосудистых заболеваний лежит нарушение функциональной активности сосудистого эндотелия. Наиболее распространенным и информативным методом оценки эндотелиальной функции является изучение сосудодвигательной реакции плечевой артерии с использованием ультразвука. Целью исследования: Целью работы явилось изучение функционального состояния эндотелия сосудов у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. на фоне манифестного гипотиреоза. Методы исследования: Обследовано 38 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. на фоне манифестного гипотиреоза (28 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 31 до 55 лет, группу сравнения составили 24 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. и 20 здоровых лиц. Результаты исследования: Исследования показали, что относительное расширение плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией у больных ИБС было достоверно меньшим, чем в контрольной группе- 5,0±1,3% и 10,5±2,3% соответ- ственно, при этом наименьший показатель был зарегистрирован в группе больных сочетанной патологией и составил - 2,8±1,1%; $p<0,01$. В группе больных ИБС и гипо- тиреозом при реактивной гиперемии определялось менее значительное (в среднем на 35% ниже контрольного уровня) изменение скорости кровотока, средний уровень дилатации, вызванный потоком, был более чем в 3 раза ниже у больных ИБС и гипо- тиреозом в сравнении с контролем. По данным литературы, нормальной реакцией плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией считается вазодилататорный ответ более 10%; вазодилатация менее 10%, а также парадоксальная вазоконстрикция свидетельствует о нарушении сосудодвигательной функции эндотелия. В настоящем исследовании ЭЗВД более 10% не была зарегистрирована ни у одного больного ИБС на фоне гипотиреоза. У 35 больных ИБС на фоне гипотиреоза диаметр плечевой артерии во время реактивной гиперемии увеличился менее чем на 10%, что свидетельствует о наличии у больных этой группы, сосудодвигательной дисфункции. Следует отметить, что у 14 обследованных пациентов с сочетанной патологией, имевших ЭЗВД менее 10% наблюдалась парадоксальная вазоконстрикция, а у 6 человек диаметр плечевой артерии во время реактивной гиперемии не изменился. Выводы: Таким образом, исследования показали наличие эндотелиальной дисфункции при сочетанной патологии. У больных ИБС в сочетании с гипотиреозом преобладали недо- статочная вазодилатация и парадоксальная вазоконстрикция. Наличие парадоксальной вазоконстрикции свидетельствует о более тяжелой эндотелиальной дисфункции.

ТИОКТОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Хусинов А., студент 402 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни и эндокринологии №3 (зав. курс.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель асс. Собирова Д.Ш.

Целью данной работы: явилось применение тиоктовой кислоты в качестве медикаментозного препарата по лечению диабетической полинейропатии. Материал и методы исследование: Исследование проводилось в течение 5 ти недель у больных со 2 типом течения СД. Средний возраст 50+7,5 лет. Результаты:Длительность заболевания 13+6,5 лет. Средняя суточная доза тиоктовой кислоты составляет 600 мг. Симптомы диабетической нейропатии часто проявляются незаметно, при этом развиваются ощущения онемения, покалывания и поздние парестезии, чувство жжения и острые стреляющие боли. Выраженный болевой синдром, усиливающийся по ночам, вызывает бессонницу, депрессию, страх, снижение аппетита. На фоне лечения тиоктовой кислоты на 5-7 день уменьшилось чувство жжения в нижних конечностях, на 8-9 день исчезло. На 10-12 день восстановились все виды чувствительности и положительный эффект сохранился до конца лечения. У больных СД имеется сочетание диабетическойполинейропатии с диабетической микроангиопатией. Выводы: При выраженной диабетической микроангиопатии сосудов нижних конечностей уменьшение боли по ночам отмечается на 9-10 день, уменьшаются боли в покое, но сохраняются при ходьбе. В случае преобладания диабетической полинейропатии уменьшение боли отмечается на 5-7 день. У всех больных на 8-9 день улучшается сон, исчезает страх. За время наблюдения изменений в общем анализе крови и биохимических исследованиях не отмечались. Полученные результаты исследований дают возможность судить о положительном терапевтическом эффекте тиоктовой кислоты при диабетической полинейропатии.

СИНДРОМ ЭКСИКОЗА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Чориева О.К., студентка 509-группы II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра: Эпидемиология, инфекционные болезни (зав. Кафедрой: проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: ассистент Осипова Е.М.

Актуальность. Острые кишечные инфекции у детей представляют значительную проблему для здравоохранения. Ведущей причиной тяжести ОКИ у детей, приводящей к летальным исходам, является развитие обезвоживания. Эксикоз является одним из наиболее часто возникающих неотложных состояний. В основе патогенеза эксикоза лежат потери жидкости и электролитов, а так же буферных оснований с диарейными массами, что приводит к развитию обезвоживания. В связи с этим, основой рационального лечения больных является широкое использование оральной, парентеральной регидратации с применением глюкозо-солевых растворов в сочетании правильным питанием. Цель исследования. Изучить особенности течения острых кишечных инфекций синдром эксикоза у детей раннего возраста Восполнить недостающее количество воды и минеральных солей при острых кишечных инфекций синдром эксикоза у детей раннего возраста. Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе клиники УзНИИЭМИЗ. У 40 больных детей в возрасте до 5 лет с острыми диарейными заболеваниями. Результаты и обсуждения. Дети поступили в стационар в средне – тяжелом состоянии симптомами интоксикации (температура, вялость, слабость, снижение аппетита, беспокойство). У больных отмечались признаки поражения желудочно -кишечного тракта (рвота, боли в животе, метеоризм, диарея). Наиболее частой причиной были острые кишечные инфекции (сальмонеллез, ротавирусная инфекция, эшерихиоз) при которых из-за потери жидкости и солей с фекалиями и рвотными массами, был обезвожен организм ребенка. У обследованных 20 больных был кишечный эксикоз -1 степени, 15 – больных был кишечный эксикоз 1- 2 степени, 5- эксикоз 2-3 степени. Для постановки диагноза были сделаны лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, кала, бактериологическое исследование кала, крови, так же у больных была определена степень обезвоживания по клиническим данным (количество рвоты, жидкий стул, снижение тургора и эластичности кожи). Каждому больному был подсчитан обьем суточных потерь, количество полученной путем регидратации и питания жидкости за сутки. Регидратационную терапию проводили в зависимости от степени эксикоза, при тяжелых формах эксикоза проводили внутривенное введение жидкостей. Вывод. На основании проведенных исследований, были сделаны выводы. Таким образом, эффективность пероральной и парентеральной регидратации оценивается по исчезновению и уменьшению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи, прибавке массы тела. Применение глюкозо-солевых растворов для оральной регидратации физиологически обосновано, так как установлено, что глюкоза обладает свойством усиливать перенос калия натрия через слизистую тонкой кишки - это способствует быстрому восстановлению нарушений водно-солевого баланса и нормализации обмена веществ.

УРОВЕНЬ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА И ЕГО СТРЕСС-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬУ СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ С НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА НА ВЫНОСЛИВОСТЬ В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ПОКОЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Чушьялова Д.А., Мехоношина А.С., студенты 207 группы лечебного факультета,

Наговицына Е.А., аспирант кафедры нормальной физиологии ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф.-д.м.н. Исакова Л.С.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Елисеева Е.В.

Введение: в мире ежегодно происходит около 2000 внезапных сердечных смертей среди спортсменов, что является огромной социальной и медицинской проблемой человечества. Непосредственной причиной смерти является несоответствие резервов адаптации организма к уровню тренировочного процесса. Сердце - это индикатор всех происходящих в организме событий. Именно поэтому ритм его сокращений, который регулируется через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, первым реагирует на любые стрессорные воздействия на организм. Для получения максимальных результатов необходимо спортсмена готовить всесторонне, включая при этом не только ежедневные изнуряющие тренировки, но и правильноесоотношение уровня адаптации и стресс-чувствительности тренирующего организма к воздействию такого мощного раздражителя, как тренировочный процесс. Цель работы:Изучить уровень адаптации и стресс-чувствительность к физическим нагрузкам у спортсменов-футболистов с направленностью тренировочного процесса на выносливость в состоянии относительного покоя и физической нагрузки. Материалы и методы исследования:Нами было обследовано 10волонтеров (спортсменов-футболистов)в возрасте 19-22 лет.Оценка функционального состояния регуляторных систем организма была дана по данным вариабельности сердечного ритма:стресс-индекс (SI), активность симпатического отдела вегетативной нервной системы (VLF);а также на основе показателей вегетативного индекса (частота пульса, частота дыхательных движений, уровень артериального давления в покое и во время физической нагрузки, масса тела и рост).Все результаты, представленные в работе, получены на отечественном оборудовании фирмы «НейроСофт» г. Иваново. Обработку полученных данных осуществляли с использованием пакета стандартных статистических методов программы «MicrosoftExcel 2010». Результаты: При оценке функционального состояния регуляторных систем организма нами получены следующие результаты: в 80% случаев наблюдается умеренное преобладание симпатической и центральной регуляции сердечного ритма, умеренное напряжение регуляторных систем организма; в 20% - умеренное преобладание парасимпатической активности, оптимальное состояние регуляторных систем, нормальный уровень тренированности. Выводы: 1. При анализе показателей на стресс-чувствительность (SI) и на активность симпатического отдела вегетативной нервной системы (VLF) было выявлено, что большинство спортсменов-футболистов имеют высокий уровень адаптации к стрессорным ситуациям, но имеется небольшой процент спортсменов с недостаточной тренированностью и небольшим резервом адаптации.2. Изучение физического состояния и уровнястресс-чувствительности у спортсменов-футболистов необходимо для определения оптимального тренировочного режима,для последующего контроля основных физиологических показателей организма, а также для снижения риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ФАКТОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СТУДЕНТОВ

Шавази Р.Н., студент 1 курса лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - D.Ph. Аминов З.З.)

Научный руководитель: ст. преп. Исраилова С.Б.

Полноценное питание является одним из важнейших факторов, формирующих здоровье населения, однако проблема современного общества - это абсолютно неадекватное отношение к питанию. Сегодня трудно найти тех, кто, заботясь о своем состоянии, старается принимать только здоровую пищу. Эта тенденция особенно имеет место среди студентов, чей рацион, в основном, состоит из того, что можно дешевле купить и быстрее приготовить. В последнее время многими учеными отмечен рост заболеваемости среди студентов, который связан с неправильным питанием. Многие молодые люди при поступлении в вузы уже имеют отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера. Ежегодные медицинские осмотры студентов 1 и 2 курсов показали устойчивую тенденцию к росту числа соматических заболеваний разной степени тяжести. Цель работы: Изучение аспектов нерационального питания как фактора развития заболеваемости студентов. Материал и методы исследования: Для оценки фактического питания использовался старших метод анонимного анкетирования. Анкетирование было проведено у 200 студентов 6 курса. Содержание анкет включало в себя данные о возрасте, семейном положении, наличие вредных привычек, о занятии спортом, наличии заболеваний, суточном наборе продуктов. Структуру питания оценивали по общей калорийности, содержанию основных пищевых веществ (белков, жиров, углеводов), а также витамина С, минеральных элементов (кальция, фосфора). Результаты: У студентов выявлены следующие нарушения режима питания: 25,0% не завтракают, 40% питаются два раза в день, около 15,0% не обедают или обедают нерегулярно, около 20,0% не ужинают. Отмечено редкое употребление горячих блюд, в т. ч. первых блюд, поздний по времени приема ужин. Однако более половины студентов не беспокоятся по этому поводу. Среди факторов, которые, по мнению респондентов, могли повлиять на ухудшение здоровья в наибольшей степени 66,2% студентов отметили «недосыпание», 65,6% - нерегулярное питание, 59,3% - наличие психоэмоционального напряжения (стресса). В связи с этим заболеваемость среди студентов распределилась в следующем порядке. Болезни ЖКТ-29%, болезни эндокринной системы - 3,7%, опорно-двигательного аппарата 6,3%, глазные болезни - 14%, нервные болезни 4%, Сердечно-сосудистой системы (ВСД) 24%, болезни дыхательной системы - 9%, прочие - 10%. Качественная характеристика рационов питания свидетельствует о дефиците потребления белковой пищи у значительной части студентов. Большинство студентов (78%) оценивают свое питание как неполноценное и недостаточно сытное. Это отражается на их здоровье. Ведущей патологией среди студентов является патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нервной системы (вегето-сосудистая дистония) и поражение органа зрения. Как известно, заболевания желудочно-кишечного тракта напрямую связаны с неправильным и некачественным питанием. Рост заболеваний желудочно-кишечного тракта отмечается на протяжении всего периода обучения в вузе с ежегодным приростом. Истоки этих нарушений находятся в довузовском периоде жизни, однако сегодняшнее питание студентов продолжает усугублять процесс хронизации болезней ЖКТ. Беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, которые содержат ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты, в т. ч. сэндвичи, чипсы, газированные, сладкие и энергетические напитки. Выводы: Таким образом, уровень здоровья большей части учащейся молодежи нельзя считать удовлетворительным. Эти данные требуют не просто внедрения диетического питания, создания диетических столовых, но и разработки концепции здорового питания. Запрещение торговли блюд фастфуда, чипсами, энергетическими напитками и кока-колой в столовых и буфетах учебного заведения, и, наоборот, организация горячих блюд и расширение ассортимента диетического питания, что является реальным вкладом в изменение ситуации к лучшему.

ЗНАЧЕНИЕЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕСТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Шамсиев О.Ф,студент 222-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней(заф.каф.-Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель: доцент к.м.н. Ярмухамедова С.Х.

Стеноз митрального отверстия характеризуется частичным сращением передней и задней створок митрального клапана, уменьшением площади митрального отверстия и обструкцией диастолического кровотока из ЛП в ЛЖ. Целью исследования явилось изучения признаков сужения левого атриовентрикулярногоу больных ревматической болезнью сердца по данным эхокардиографии. Материалы и методы исследования. Нами обследован 21 больной с митральным стенозом на фоне хронической ревматической болезни сердца. Из них 14 мужчин и 7 женщин. Средний возраст 45+8,2 лет. Все больные находились на стационарном лечении вкардиологическом отделении клиники СамМИ №1. Наряду с общеклиническими методами исследования,проводилась эхокардиография с допплерографией. Результаты и их обсуждение. Все обследованные нами пациенты жаловались на одышку, иногда сухой кашель, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах, сердцебиение, слабость. Клинически митральный стеноз подтверждался смещением границ сердца вправо и вверх, а также характерной аускультативной картиной- усиленный I тон на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, диастолический шум на верхушке сердца.При исследовании в М-модальном режиме было выявленозначительное снижение скорости диастолического прикрытия передней створки митрального клапана и однонаправленное движение передней и задней створок клапана. Кровоток из левого предсердия приобретает линейный характер. Форма диастолического движения передней створки митрального клапана приобрелаП-образный характер. У 9 больныхбыло выявлено диастолическое выбухание передней створки митрального клапана в полость ЛЖ, в сторону МЖП.У 12 пациентов створки клапана во время диастолы располагались под углом друг к другу, образуясвоеобразную конусовидную форму. Кроме того, у всех обследованных больных было выявлено значительное увеличение размеров ЛП. Нами изучалисьразные степени стеноза митрального отверстия.У 7 обследованных больных S мосоставила 3-4 см ^{2}, что соответствует 1 степени сужения. У 11 пациентов S мо составила 1,8-2,1 см ^{2}, что соответствует 2-ой степени стеноза. А у 3 больных с митральным стенозом S мо составила 1-1,3 см ^{2}, что является 3-ей степенью стеноза МО. Необходимо отметить, что клинические проявления недостаточности кровообращения превалировали в зависимости от увеличения степени стеноза МО. Вывод. При диагностике степени митрального стеноза кардинальное значение имеет метод эхокардиографии с допплерографией. Клиническая симптоматика у больныхнаходится в пропорциональной зависимости от степени сужения площади митрального отверстия.

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Шамсиева М.М. студентка 105 группы мед. - пед. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель асс. Ахмедов И.А.

Цель работы: Изучить клинической симптоматики и эндоскопической картины язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Материал и методы исследования: В основу работы положен анализ результатов обследования 40 больных в возрасте от 18 до 39 лет, в среднем – 28,4±2,3 лет. Среди обследованных преобладали мужчины (27 из 40 больных, 67,5%), возраст которых чаще от 18 до 30 лет (в среднем – 27,0±2,1 лет). В обследованиях было 13 женщин (32,5%), в возрасте от 18 до 39 лет (в среднем – 32,0±2,5 лет). Продолжительность заболевания была от 1 года до 20 лет (в среднем – 5,2±0,4 лет). Результаты: Анализ результатов ФГДС с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволил выявить наиболее часто встречающиеся 4 формы язвы. В период обострения заболевания у 60,0% больных (60,0%) была обнаружена язва круглой (овальной) формы, у 7 (17,5%) –неправильной формы, у 3 (7,5%) – язва линейной формы и у 6 (15,0%) – «красно-белая» язва. В большинстве случаях язвы локализовались на передней (у 20 больных, 50,0%) и на верхней стенке (у 10 больных, 25,0%), при этом в центральной части луковицы (75,0%). Клиническая картина язв круглой и овальной формы характеризовалась изжогой, отрыжкой кислым, вздутием живота, обложенностью языка. Частота этих симптомов доходила от 83 до 96%. Исхудание, болевой симптом и симптом Менделя имели среднюю частоту – от 58,0 до 75,0%. Рентгенологический симптом «ниши» был обнаружен у 66,7% больных. При язвах неправильной формы преобладал болевой симптом и положительная проба

Менделя (100,0%), Обложенность языка, изжога, отрыжка, исхудание явились симптомами средней частоты – от 57 до 71%, а запоры имели место всего лишь у 28,7% больных. Клиническая картина язв линейной формы мало отличался от язв неправильной формы. При линейных язвах также преобладали болевой симптом, положительная проба Менделя и вздутие живота (100,0%), Запоры, обложенность языка имели место у 66,7%, другие симптомы (изжога, отрыжка, исхудание) – у 33,3% больных. Отличительной чертой красно-белых язв была болевая симптоматика (100,0%), положительная проба Менделя (100,0%), вздутие живота (100,0%), исхудание (83,3%) и склонность к кровотечению (83,3%). Выводы: Клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки зависит от морфологии язвы. По морфологии наиболее часто встречаются круглые язвы (60,0%). Болевой симптом наиболее характерен для язв неправильной, линейной формы и красно-белых язв, симптомы диспепсии – для язв круглой формы. Круглые язвы и язвы неправильной формы чаще диагностируются у лиц от 30 до 35 лет (более старший возраст). Имеют более продолжительное течение. Линейные и красно-белые чаще выявляются у лиц молодого возраста (18-25 лет) при менее продолжительном течении заболевания. Наряду с болевым и диспепсическим симптомами, красно-белые язвы чаще имеют склонность к кровотечению.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИТРАТОВ В ОВОЩАХ И ФРУКТАХ ДОМАШНЕГО И СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Шамсиева М.М., студентка 105 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Камариддинзода М. К. студентка 305 группы стоматологического факультета СамМИ

Кафедра медицинской и биологической химии (зав.каф.- к.м.н. доц. Халиков К.М.)

Научный руководитель: к.м.н. доц. Халиков К.М.

Актуальность. В последнее время появился большой интерес к влиянию на состояние здоровья человека нитратных загрязнений в результате употребления сельскохозяйственной продукции с остаточным количеством нитратов. Разработка мероприятий, направленных на ограничение поступления нитратов в организм человека путем регулирования и качественного контроля по содержанию нитратов в пищевых продуктах, является актуальным и перспективным. Цель работы: Сравнить и оценить содержание нитратов в овощах и фруктах домашнего и сельскохозяйственного производства. Выявить способы снижения количества нитратов в пищевых продуктах. Материалы и методы исследования: В качестве эксперимента послужили овощи и фрукты домашнего и сельскохозяйственного производства. Количественное измерение содержания нитратов проводилось потенциометрическим (ионометрическим) методом. Результаты: В ходе исследования было установлено, что количественное содержание нитратов в овощах и фруктах сельскохозяйственного производства превышают предельно допустимые нормы. Выводы. Таким образом, проведенный сравнительный анализ количественного содержания нитратов в овощах и фруктах домашнего и сельскохозяйственного производства выявило превышение предельно допустимых концентраций нитратов в некоторых образцах сельскохозяйственного производства. Предложены методы уменьшения содержания нитратов в плодоовощной продукции.

НЕМЕДИКОМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Шарафова И.А. ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотрепии и спортивной медицины

(зав.каф. – к.м.н. Мавлянова3.Ф.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Мавлянова З.Ф.

Актуальность. Поражение лицевого (VII) нерва является одной из самых частых патологий периферической нервной системы. В большинстве случаев острой невропатии лицевого нерва (НЛН) причина остается неизвестной. В этих случаях используют термины «идиопатическая невропатия лицевого нерва» или «паралич Белла». Паралич Белла относится к частым неврологическим заболеваниям - в год регистрируются примерно 25 новых случаев на 100000 населения. Цель исследования. Восстановление коррекции, функции жевания и речи при помощи немедикаментозных методов лечения. Материалы и методы исследования. Исследования и клинические наблюдения больных проводились в отделении физиотерапии Клиники СамМИ №1 (г. Самарканд). Для решения поставленных задач обследовано 67 больных в остром периоде заболевания. Из них: мужчин - 31, женщин - 36. Возраст – 17-55 лет. Клиническое обследование включало: изучение жалоб, анамнеза и объективных данных. При осмотре отмечались степень пареза, нарушение чувствительности, слуха, вкуса, состояния секреции слезных желез. Лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, глюкоза крови, коагулограмма. Результаты исследования. Начало реабилитации на 7-10 день от начала заболевания. Программы реабилитации включали лечение положением, лечебную гимнастику, рефлексотерапию, физиотерапию (электронейромиостимуляцию), мануальные воздействия (массаж и постизометрическая релаксация). Лечебная гимнастика преследует следующие цели: улучшение кровообращения на пораженной половине лица, восстановление нарушенной функции мимических мышц, предотвращение контрактур и содружественных движений. Массаж при неврите лицевого нерва применяли для стимуляции проводимости, улучшения трофических процессов и укрепления мимической мускулатуры на пораженной стороне. Массаж при данном заболевании имеет и косметическое значение. Приступать к массажу следует при некотором сглаживании острых проявлений заболевания. Вначале массаж воротниковой зоны. Приемы массажа не должны быть грубыми, энергичный массаж допустим лишь в более позднем периоде, при формировании контрактур, и лишь при благоприятной реакции больного на данную процедуру. Массируя парализованную сторону, применяли преимущественно поглаживание, растирание, вибрацию, но не разминание. Электростимуляция применялась через 7-10 дней от начала заболевания и являлась необходимым компонентом восстановительного лечения. Цель - усилить противовоспалительный, дегидратирующий эффект комплексной терапии, крово- и лимфообращение в области лица, способствовать улучшению проводимости лицевого нерва, восстановить функцию мимических мышц, предупредить развитие мышечной контрактуры. Рефлексотерапия применялась на разных этапах лечения больных невропатией лицевого нерва в сочетании с другими немедикаментозными методами лечения. Существенным достоинством иглорефлексотерапии является возможность ее применения в остром периоде. Обычно иглорефлексотерапию начинают через 7-10 дней от начала заболевания. К концу лечения больной может наморщить лоб, зажмурить глаза, несколько оттянуть угол рта. Выводы. Раннее применение рефлексотерапии, лечебной гимнастики, массажа, физиотерапии ускоряет выздоровление больных, сокращает сроки временной нетрудоспособности. Восстанавливает коррекцию, функции речи и жевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Шарипов Ш. студент 618 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: асс. Исламова К.А.

Цель работы. Изучить характер клинического течения артериальной гипертензии (АГ) при коморбидном течении ее сахарным диабетом (СД) 2 типа. Материал и методы: Были обследованы 54 больных АГ: 34 пациентов (женщин 76,5% и мужчин 23,5%) с коморбидном течением АГ и СД 2 типа (основная группа), 20 пациентов (70% женщин и 30% мужчин) с АГ без диабета (контрольная группа). Средний возраст всех больных первой группы составил 58,1±4,3 лет, продолжительность АГ – 7,0 ±0,4 лет, СД 2 типа – 4,3±0,2 лет, средний возраст больных контрольной группы – 63,3±5,1 лет, продолжительность АГ – 5,0±0,3 лет. Результаты. В наших исследованиях среди больных основной группы (при коморбидном течении АГ и СД 2 типа) у 14,7% больных было диагностировано нормальная масса тела (по индексу Кетле), у 20,6% - избыточная масса тела, у 38% - ожирение I-степени, у 14,7% - ожирение II-степени и у 11,8% – ожирение III-степени. В контрольной группе у 45% больных масса тела оказалась в пределах нормальных значений, у 40% пациентов выявлено избыточная масса тела, у 10% – ожирение I-степени, у 5% – ожирение III-степени. В основной группе АГ I степени была у 35,3%, АГ II-степени – у 47%, АГ III-степени - у 17,6% пациентов, в контрольной группе: АГ I степени – у 60,0%, АГ II-степени – у 30%, АГ III-степени – у 10% больных. У больных основной группы среднее содержание холестерина составила – 8,6±0,7 ммоль/л, что было достоверно выше, чем

у больных контрольной группы (6,2±0,4 ммоль/л, P<0,02). Степень повышения холестерина в крови имела прямую коррелятивную связь с давностью АГ (r=0,65) и СД 2 типа (r=0,72). Среди больных всех больных АГ сопутствующие заболевания были выявлены у 25 больных, что составляет 46,3%: у 19 (56,0%) – больных основной группы, у 6 (30,0%)-больных контрольной группы. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями среди больных основной группы оказались - дисциркуляторная энцефалопатия (у 14 больных, 41,1%), ишемическая болезнь сердца (у 12 больных, 35,3%), другая эндокринная патология: диффузный зоб (у 4 больных, 11,7%). По нашим данным частота гипертонической цереброваскулярной болезни и ИБС у больных контрольной группы была ниже (20 и 15%). Нарушение ритма и проводимости были установлены - у 41,1%, признаки ретинопатии - у 38,2%, признаки хронической сердечной недостаточности – у 35,3% больных основной и соответственно – у 20%, 15% и 10% больных контрольной группы. С частыми носовыми кровотечениями обращались 17,6% пациентов, 10,0% пациента второй группы. Выводы. Таким образом, коморбидное течение АГ и СД 2 типа чаще наблюдается в более молодом возрасте (40-55 лет). Часто ассоциируется ожирением, гиперхолестеринемией, гипертонической цереброваскулярной болезнью и ИБС. Способствует раннему развитию таких опасных осложнений как нарушение ритма по типу мерцательной аритмии, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения. Поэтому, рекомендации коморбидных состояний АГ должны включать ведение пациентов с учетом аспектов их жизнедеятельности, факторов риска и имеющихся заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шодиева Г.Р. асс.СамМИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО (зав. каф. – к.м.н. Агабабян И.Р.)

Научный руководитель к.м.н. Агабабян И.Р.

Цель исследования: Изучить особенности эхокардиографических изменений сердца у больных бронхиальной астмой (БА) и их прогностическую значимость у больных БА. В последние годы отмечается увеличение количества больных бронхиальной астмой в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые способствуют нарастанию тяжести БА. Работа основана на изучении 90 больных с достоверным диагнозом БА в условиях терапевтического отделения Самаркандского филиала Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи. Материал и методы исследования: Среди обследованных больных мужчин было - 48, женщин - 42, в возрасте от 20 до 75 лет (всего 90), в среднем 48,2 года. В результате исследования больные были распределены на 2 группы: больные БА, сочетающейся с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы (БА с ФИССС) – 80 человек и больные БА без функциональных изменений сердечно-сосудистой системы (БА без ФИССС) - 10 человек. Эхокардиография проводилась по общепринятой методике на аппарате «BIOSET-6000» немецкой фирмы. Оценивали состояние сердечной стенки, перегородки, клапанов, а также размеры и объёмы полостей сердца, толщины стенки желудков, параметры систолической функции сердца, фракция выброса. Результаты: Установлено, что нарушения функциональных изменений сердечно-сосудистой системы, в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы, имеют различный характер. Эхокардиографические изменения более выражены были в следующих показателях: размеры аорты (3,28+0,08 и 3,20+0,09), размеры левого предсердия (3,26+0,08 и 3,21+0,11), конечный диастолический размер (4,97+0,14 и 4,59+0,17), толщина межжелудочковой перегородки (0,97+0,02 и 0,87+0,02), толщина задней стенки желудка (1,07+0,02 и 0,98+0,01), размеры правого желудка (2,27+0,06 и 2,1+0,06) и показатели амплитуды (1,67+0,04 и 1,47+0,09). Эти показатели ухудшались по мере прогрессирования тяжести БА. На основании наших исследований, выявлено, что у больных БА с ФИССС основные показатели эхокардиографии различались по сравнению с больными БА без ФИССС. Это связано с имеющейся сопутствующей патологией со стороны ССС и с характерной для БА легочной гипертензией. Показано, что изменения внутрисердечной гемодинамики у больных бронхиальной астмой с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы заключались: в формировании гипертрофии левого желудка – у 25,3%, увеличении левого предсердия – на 6%, увеличении размеров правого желудка – на 13%, снижении фракции выброса – на 9%. Выраженность показателей эхокардиографии отражала тяжесть течения БА у больных с патологией ССС. Выводы: Таким образом, нарушения функциональных изменений сердечно-сосудистой системы в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы, имеют различный характер, в связи с чем своевременное выявление и принятие соответствующий лечебных мер приведет к улучшению прогноза бронхиальной астмы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шодиева Г.Р. асс., Хусанова Д.Х. клинической ординатор I года СамМИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО (зав. каф. – к.м.н. Агабабян И.Р.)

Научный руководитель к.м.н. Агабабян И.Р.

Цель исследования: Изучение влияния комбинированной антигипертензивной терапии препаратами из групп БРА-блокаторы рецепторов ангиотензина II (лозартан) и АИР- агонист имидазолиновых рецепторов (моксонидин) на гемодинамические показатели, липидный и гликемический профили крови у больных с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертонией (АГ). Материал и методы исследования: Обследовано 200 больных АГ в рамках метаболического синдрома. Степень АГ и диагноз МС устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК, согласно которым обязательно наличие основного критерия – абдоминального ожирения и двух дополнительных – АГ (АД ≥140/90 мм.рт.ст.); повышение уровней триглицеридов ≥1,7 ммоль/л; холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) >3,0 ммоль/л; снижение ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) ≤1,2 ммоль/л; уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥6,1 ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах ≥7,8 и ≤11,1 ммоль/л). Для оценки степени ожирения использована классификация ВОЗ, в которой избыточная масса тела оценивается по значениям индекса массы тела (ИМТ). Критерии включения в исследование: систолическое артериальное давление (САД) ≥140 мм рт. ст.; диастолическое артериальное давление (ДАД) ≥90 мм рт. ст.; абдоминальное ожирение; наличие дислипидемии; нарушение толерантности к глюкозе. Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере по программам, разработанным в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций. Результаты: Известно, что ключевыми позициями менеджмента АГ являются, достижение целевого уровня и контроль артериального давления (АД). По результатам проведенного лечения антигипертензивными препаратами моксонидин и лозартан в большинстве случаев достигали целевого уровня АД, наблюдалось улучшения суточного профиля АД и у всех больных отмечалось субъективное улучшение. Так, больные получавшие комбинацию моксонидин и лозартан целевого АД (140/80 мм рт. ст.) достигли 85 пациентов (85%), при дозе моксонидина и лозартана 0,2 и 50 мг/сут соответственно. На фоне комбинированной антигипертензивной терапии моксонидином и лозартаном достоверно снизились показатели САД в дневные и ночные часы: среднее САД со 170,8±14,4 до 117,4±3,1 мм.рт.ст. -53,4±2,5 мм.рт.ст., p<0,0001. Все показатели ДАД снизились: среднее с 111,3±7,9 до 79,8±1,7 мм.рт.ст.-31,5±2,0 мм.рт.ст., p<0,001. У 15 больных (15%), целевого АД достигнуть не удалось, хотя было зафиксировано снижение, как САД, так и ДАД. На фоне терапии моксонидином и лозартаном уровень глюкозы натощак снизился достоверно с 6,7±0,3 ммоль/л до 5,9±0,1 ммоль/л (p<0,05). Уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки снизился также достоверно с 10,8±0,7 ммоль/л до 9,1±0,3 ммоль/л. Уровень общего ХС достоверно снизился с 6,11±1,14 ммоль/л до 5,6±1.08 ммоль/л (p<0,05), ХС ЛПНП с 5,41±1,08 ммоль/л до 5,01±1,04 ммоль/л (p<0,05), ТГ с 2,48±1,48 ммоль/л до 1,88±0,63 ммоль/л (p<0,05). Уровень ХС ЛПВП увеличился достоверно с 0,95±0,05 до 1,11±0,02 ммоль/л (p<0,05). Выводы: Таким образом, рекомендуемая нами рациональная комбинация антигипертензивных лекарственных препаратов моксонидин и лозартан позволила достигнуть целевой уровень АД, нормализовать суточный ритм АД, обменные процессы, в частности липидный и углеводный обмен, что в свою очередь должно привести к значительному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшению качества жизни больных.

ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шопулотов Ш.А., студент 314 группы, лечебного факультета СамМИ.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, функциональной диагностики и клинической патофизиологии (зав.каф. доц. Ярмухаммедова С.Х.)

Научный руководитель: асс. Вафоева Н.А.

Цель исследования: изучить состояние почек у больных с ишемической болезнью сердца. Материалы и методы. Изучены истории болезни 20 больных с ишемической болезнью сердца в возрасте 47-73 года, которым проводилось стационарное лечение в отделении кардиологии (II терапии) клиники СамМИ №1 в феврале месяце 2018 года. Всем больным проводились общеклинические методы обследования: Общий анализ крови, Общий анализмочи, биохимические анализи крови (креатинин, мочевины в сыворотке, ПТВ, ПТИ), электрокардиограмма, рентгенологическое исследование грудной клетки, эхокардиография, ультразвуковое исследование почек. Результаты: у 5 больных (25%) была диагностирована ИБС, (у 6 больных (30%) стабильная стенокардия напряжения IIфк; у 7 больных (35%) IIIфк, у одного больного (5%) IVфк. 2-е больных (10%) в анамнезе перенесли острый инфаркт миокарда (ПИКС); Практически все больные предъявляли жалобы на боль в области сердца (19 больных, 95%), значительно меньшая часть на сердцебиение (7 больных, 35%), одышка имело место у 18 больных (90,0%). Также со стороны больных были предъявлены следующие жалобы: головная боль (13 больных 65%); сухой кашель (4 больных, 20%); головокружение (1 больной, 5%), нарушение сна (5 больных, 25%), сухость во рту (2 больных, 10%), снижение аппетита (3 больных, 15%), общая слабость, утомляемость (15 больных, 75%). Анализ электрокардиограммы проводилось в следующем порядке: определялась правильность сердечного ритма, подсчитывалась частота сердечного ритма, определялась вольтаж ЭКГ, расположение электрической оси сердца, измеряли продолжительность и величину отдельных элементов ЭКГ (зубца Р, интервала P-Q, комплексов QRST), направление зубцов Р и Т, зазубренность, расщепление зубцов ЭКГ, появление добавочных зубцов, форму желудочкового комплекса во всех отведениях, изоэлектричность интервала S-T. Существеннымиэлектрокардиографичесикими признаками ишемии миокарда являются разнообразные изменения формы и польярности зубца Т. Обследованные нами пациенты не предъявляли жалобы, характерные для поражения почек. При ультразвуковом исследовании почек патологические изменения, так же не были обнаружены. Однако, при исследовании общего анализа мочи у 4 больных (20%) была выявлена протеинурия. Уровень содержания белка был в пределах 0,135-0,138‰. У 8 больных (40%) была выявлена гипостенурия. Относительная плотность мочи составила от 1010-1008. При биохимическом исследовании крови у 7 больных (35%) отмечалось незначительное повышение креатинина. Так, у 4 больных (20%) уровень креатинина составлял 96,7 ммоль/л, у 2 больных (10%) 112 ммоль/л, а у 1 пациента (5%) 153,8 ммоль/л. Выводы. При ИБС отмечаются изменения функции почек, которая проявляется в виде протеинурии, гипостенурии и креатининемией. Это позволяет сделать предположение, что у больных с ИБС в 40% случаев могут развиться признаки почечной недостаточности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ, СОЧЕТАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шупер С.В., к.мед.н., ассистент кафедры, Шупер В.А., к.мед.н., доцент кафедры, Рыкова Ю.А., к.м.н., доцент кафедры

Кафедра внутренней медицины, клинической фармакологии, профессиональных болезней (зав. каф. – д.мед.н., профессор Хухлина О.С.)

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы. Определить состояние агрегационной способности тромбоцитов (АСТ) у пациентов с обострением ХОЗЛ с сопутствующей ИБС, стабильной стенокардией II функционального класса (ФК) и оценить влияние на АСТ препаратов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот и L-аргинина при их включении в комплексную терапию. Материал и методы исследования. Исследование проведено с участием 68 пациентов с инфекционным обострением ХОЗЛ клинической группы В, сочетанным с ИБС, стабильной стенокардией IIФК, которые были разделены на 2 подгруппы: больные подгруппы А(35 пациентов) получали базовые средства лечения обоих заболеваний в соответствии с существующими протоколами, Б (33 пациента) - базисные средства с дополнительным пероральным применения препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот «Эпадол» 0,1 г 4 р/д и внутривенным капельным введением препарата L-аргинина (Тивортин) 100ml. Спонтанную и АДФ-индуцированную агрегационную способность тромбоцитов изучали с помощью лазерного агрегометра НПФ Биола 230-LA с использованием стандарта АДФ в качестве индуктора. Исследование агрегации тромбоцитов проводилось турбидометрическим методом Борна. Результаты исследования. У пациентов с обострением ХОЗЛ средней тяжести, сочетанным с ИБС, было отмечено значительное достоверное повышение как спонтанной, так и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов. После курса лечения только базиснымипрепаратами обострения ХОЗЛ в сочетании с ИБС все показатели, характеризующие АСТ, остались повышенными. Повышение АСТ у больных с обострением ХОЗЛ, сочетанным с ИБС, свидетельствует о предпосылках возникновения гиперагрегационного синдрома и является важным патогенетическим механизмом развития и прогрессирования нарушений как легочного, так и коронарного кровообращения. Включение в лечение пациентов с ХОЗЛ, сочетанным с ИБС, препаратов омега-3 ПНЖК и L-аргинина способствовало восстановлению большинства показателей АДФ-индуцированной АСТ. Отмеченные результаты отражают возможностьпрофилактики микротробообразования у больных с данной коморбидной патологией, что позволит улучшить их прогноз. Полученные результаты позволили установить, что ХОЗЛ средней тяжести, ассоциированное с ИБС, является состоянием, при котором возможно достичь стабилизации АСТ и потенциально предупредить формирование тромботических осложнений. Выводы. Таким образом, включение в базиснуютерапию обострения ХОЗЛ, сочетанного с ИБС, препаратов омега-3 ПНЖК и L-аргинина положительно влияло на показатели спонтанной и АДФ-индуцированной АСТ, снижая вероятность развития синдрома гиперагрегации, что потенциально может способствовать продлению ремиссии и улучшению результатов лечения обоих заболеваний при такой коморбидности.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ИГМА (ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА)

Шутова А.А., студентка 507 группы, Столбова М.С., студентка 602 группы, Тронина Д.Н., студентка 507 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: оценить динамику качества жизни студентов ИГМА с учетом состояния желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы: проведен опрос 105 студентов ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в возрасте 20,2±0,18 лет, в том числе 1-го, 3-го, 6-го курсов. Анкетирование проводилось по специальному гастроэнтерологическому опроснику GSRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale, русская версия). Опросник GSRS состоит из 15 пунктов, которые преобразуются в 5 шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспепсический синдром, синдром запоров. Показатели шкал колеблются от 1 до 7, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому качеству жизни. Дополнительно проведено анкетирование по вопросам, которые позволяют более полно оценить влияние внешних факторов на качество жизни студентов ИГМА (материальное положение, трудоустройство, питание, наличие вредных привычек, особенности конституции). Статистическая обработка результатов включала расчет средних величин, ошибок средних и коэффициента корреляции. Результаты: в процессе исследования выявлены следующие особенности образа жизни студентов: с каждым курсом увеличивается количество трудоустроенных студентов, разнообразие употребляемого мяса и частота заедания стресса. Употребление спиртных напитков и количество курящих студентов на протяжении всех курсов остается стабильным. У 105 студентов, обследованных по опроснику GSRS, выявлена следующая выраженность синдромов: синдромы запора и диареи увеличивается с каждым курсом, синдромы абдоминальной боли и диспепсического – снижаются. Наиболее высокий показатель рефлюкс-синдрома выявлен у студентов 1-го курса. Исходя из данных расчета корреляционной зависимости между факторами, оказывающими влияние на качество жизни, и выраженностью гастроэнтерологических синдромов выявлены следующие особенности. У студентов первого курса установлена средняя по силе прямая связь

между выраженностью синдрома абдоминальной боли и количеством выкуренных сигарет (коэффициент корреляции 0,37), рефлюкс-синдрома и такими признаками, как частота употребления спиртных напитков (0,32), ИМТ (0,47), употребление пищи перед сном (0,31), предпочтениями в пище (-0,3); синдрома диареи и частотой употребления спиртных напитков (0,46), количеством выкуренных сигарет (0,49), ИМТ (0,49); диспепсического синдрома и частотой употребления спиртных напитков (0,32), количеством выкуренных сигарет (0,31) и приемом пищи перед сном (0,3). Для студентов 4-го курса характерна средняя по силе прямая связь между следующими признаками: синдромом абдоминальной боли и анемией (0,31), материальным положением студента (-0,3); рефлюкс-синдромом и приемом пищи перед сном (0,31), материальным положением студента (-0,3). Для студентов 6-го курса оказались характерны следующие виды корреляционной связи: между синдромом абдоминальной боли и приемом пищи перед сном (0,33); рефлюкс-синдромом и частотой употребления жевательной резинки (0,31), частотой питания фаст-фудом (0,35). Выводы: проведенное исследование позволило оценить динамику качества жизни студентов медицинской академии и выявить следующие особенности. Выраженность синдрома абдоминальной боли и рефлюкс-синдрома от 1-го к 6-му курсу уменьшается, а синдромов запоров и диареи – увеличивается, что можно связать с влиянием таких неблагоприятных факторов, как употребление алкоголя, курение, питание фаст-фудом, нездоровыми предпочтениями в пище и материальным положением студентов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА

Шутова А.А., студентка 507 группы, Столбова М.С., студентка 602 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: оценка качества жизни детей с нарушением зрения, обучающихся в учреждениях закрытого типа Удмуртской Республики. Материалы и методы: с помощью опросника Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0, русская версия) было обследовано 40 воспитанников МКОУ «Якшур-Бодьинская школа-интернат» в возрастных категориях 8-12 и 13-18 лет. Опросник состоит из 23 вопросов, объединенных в шкалы, описывающие физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование ребенка, и имеет формы для заполнения детьми и их преподавателями. Подсчет баллов произведен по 100 бальной шкале, чем выше балл, тем выше качество жизни. Результаты: Анализ полученных данных показал, что оценка преподавателей общего качества жизни детей с нарушением зрения (54,9) значительно ниже, чем собственная оценка детей (65,8). Возможно, это связано с высокими требованиями преподавателей к своим воспитанникам. По всем показателям оценка качества жизни в старшей возрастной группе выше (68,8), чем в младшей (60,7). Что может быть обусловлено более длительным пребыванием старших школьников в специализированном учебном заведении. Также имеются различия между слепыми и слабовидящими детьми. По шкалам «Физическое функционирование» и «Социальное функционирование» результаты детей с глубокими нарушениями зрения несколько выше, чем слабовидящих, что обусловлено компенсаторным завышением самооценки своего физического и социального благополучия. Напротив, по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» - ниже. Кроме этого, в исследовании учтены гендерные особенности. Мальчики и девочки в равной степени социально адаптированы, так как находятся в равных условиях. По данным опроса мальчики физически активнее девочек. Качество жизни девочек по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» ниже, так как от общего числа девочек 40% - слепые, процент данной категории мальчиков составил 24%. Выводы: на основании результатов проведенного исследования выявлено, что для детей с глубокими нарушениями зрения характерны более высокие оценки качества жизни в отличие от слабовидящих сверстников. Дети с нарушениями зрения оценивают качество жизни выше в сравнении с оценками их преподавателей.

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Эгамкулова Д. –студентка 212 группы педиатрического факультета

Кафедра: Общественного здоровья и общей гигиены (зав.кафедры-Ph.d. доцент З.З.Аминов)

Научный руководитель: старший преподователь Мамасолиева Ш.А.

Профилактика- в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития. Профилактические мероприятия - важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья законодательно закреплен Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». Профилактика здоровья работающего населения особенно актуальна в современной Республики Узбекистан и связана с национальной безопасностью. Стратегическими целями обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации являются увеличение продолжительности жизни, снижение инвалидности и смертности. Основными принципами охраны здоровья граждан являются, прежде всего соблюдение прав человека в области охраны здоровья, доступность медицинской помощи для населения, приоритет профилактических мер, социальная защищенность трудящихся в случае утраты здоровья, единство медицинской науки и практики. Охрана здоровья работающего населения важнейшая задача по обеспечению национальной безопасности, так как в Республики Узбекистан отмечается снижение численности трудоспособного населения, высокая смертность трудоспособного населения, рост заболеваемости, инвалидности. Изучение здоровья трудоспособного населения на территории железнодорожного района Самаркандской области позволило выявить ряд негативных тенденций. По результатам годичного наблюдения в 2018 году численность населения трудоспособного возраста снизилась на 806 человек. Выровненные показатели смертности трудоспособного населения на 1000 населения трудоспособного возраста за этот период исследования снижаются, в целом в районе с 7,86 до 6,65, однако отмечен рост смертности в возрастном интервале 30-34 года в 1,3 раза. Выявлена тенденция роста смертности по заболеваниям органов пищеварения в 1,8 раза. Выросла смертность от инфекционных болезней в 2,3 раза. Потери жизненного потенциала трудоспособного населения снизились на 380,1чел/лет на все трудоспособное население в течении 2018 и на 17 чел/лет на 1000 населения трудоспособного возраста. Потери трудового потенциала трудоспособного населения снизились за этот период 426,0 чел/лет на все трудоспособное население и на 30,4 чел/лет на 1000 населения трудоспособного возраста. Несмотря на общее снижение потерь жизненного и трудового потенциала увеличение этих показателей отмечается в возрастной группе 30-39 лет, а также от болезней органов пищеварения и инфекционных болезней, которые показали наибольшие цифры потерь безвозвратно утраченных человеко-лет жизненного и трудового потенциала и приносят большой экономический ущерб. При проведении диспансеризации населения необходимо учитывать результаты научных исследований. Особо следует обратить внимание на возрастную группу 30-39 лет, на раннее выявление не только хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Республики Узбекистан, а также выявлять на ранних стадиях заболевания органов пищеварения. Необходимо усилить профилактику инфекционных заболеваний.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Эльмурадова Н.Б. студентка 5 курса лечебного факультета,

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. кафедрой: к.м.н., доц. Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель: доцент Курбаниязов З.Б.

Актуальность проблемы. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в реконструктивной билиарной хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов отмечаются в среднем в 10-33% наблюдений. Темами для обсуждения на сегодняшний день являются выбор оптимального метода реконструкции билиарного дерева, показания к транспеченочному каркасному дренированию анастомоза и к операциям без использования каркасных дренажей, факторы риска развития стеноза билиодигестивных анастомозов (БДА). Цель исследования. Оптимизация

хирургического лечения рубцовых стриктур магистральных желчных протоков. Материал и методы. В основу данной работы включены результаты лечения 153 пациентов, оперированных в Республиканском специализированном Центре хирургии им академика В. Вахидова и в клинике Самаркандского медицинского института в связи с посттравматическими рубцовыми стриктурами печеночных протоков (134 - 87,6%), а также с рубцовыми стенозами билиодигестивных анастомозов (19 - 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой гепатикохоледоха в сроки с 2005 по 2016 год. Ведущими клиническими симптомами стриктуры были различной степени выраженности холангит – 82 (53,6%), желтуха – 119 (77,7%). Наружный желчный свищ имелся у 57 (37,2%) пациентов, при этом у 14 больных он был полным. Средние показатели суточного дебита желчи у больных с желчным свищом составили 604,2 ± 45 мл. Результаты и их обсуждения. Важнейшим фактором, определяющим хирургическую тактику, являлся уровень поражения магистральных желчных протоков или тип стриктуры. Для оценки уровня травмы гепатикохоледоха использовалась классификация стриктур Э. И. Гальперина (2002). Тип стриктуры на уровне «+2» было выявлено у 31 больного, «+1» - 37, «0» - 39, «-1» - 26, «-2» - 20. В большинстве наблюдений 85 (55,5%) больным, был наложен гепатикоеюноанастомоз на петле по Ру, из них у 65 (76,4%) анастомоз наложен на транспеченочном каркасном дренаже и у 20 (23,6%) без каркасного дренирования. 11 (7,1%) больным наложен гепатикодуоденоанастомоз. Восстановительные операции составили 32 (20,9%), рентгеноэндобилиарные вмешательства – 22 (14,4%). Чем выше был уровень стриктуры, тем чаще приходилось прибегать к транспеченочному дренированию зоны билиодигестивного анастомоза. Так, в группе «+1» отсутствовала необходимость в применении транспеченочного дренажа. В группе «0; -1» необходимость в указанных мероприятиях имелась в 21,17% (18) и 30,58% (26) наблюдений. В группе больных с «-2» типом во всех наблюдениях потребовалось транспеченочное дренирование зоны билиодигестивного анастомоза. 4 больных поступили клиникой механической желтухи после операции гепатикоеюноанастомоз по Ру, им выполнено сеансы антеградного бужирования с удовлетворительным результатом. 12 больным с клиникой рецидивирующего холангита и стеноза гепатикоеюноанастомоза потребовались неоднократные сеансы эндоскопической баллонной дилатации и диатерморасширения. Среди 153 оперированных больных различного рода осложнения отмечены у 41 (26,8%) больных, в раннем послеоперационном периоде умерли 14 пациента (9,1%). В отдаленном периоде удалось проследить 114 из 153 пациентов, что составило 74,5%. Получены хорошие результаты в 55,3% наблюдений от общего числа пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив заболевания возник у 44,7% больных. Повторная операция позволила добиться удовлетворительных результатов у 64,7% из этой категории пациентов или у 28,9% от общего числа наблюдений. Хорошие и удовлетворительные результаты составили 84,2%, частота неудовлетворительных результатов и летальности в отдаленном периоде составляет по 15,8% соответственно. Выводы. 1. Операцией выбора при рубцовых стриктурах МЖП является ГепЕА по Ру. Основными условиями, влияющими на отдаленные результаты ГепЕА, являются уровень стриктуры, диаметр сформированного анастомоза и использование ТПКД. 2. ГепЕА без ТПКД улучшает результаты лечения, однако от этой методики приходится отказываться у значительной части больных с высокими стриктурами желчных протоков. 3. Стриктуры тип “-1” и стриктуры, разобщающие систему слияния долевых протоков тип “-2”, являются наиболее сложными для хирургической коррекции и занимают лидирующее место в развитии осложнений, что позволяет отнести больных с данным типом стриктур к группе пациентов с потенциальным риском развития рецидива. Перспективы дальнейших исследований. Выяснение клинико-патофизиологических и патоморфологических критериев лечебно-диагностических алгоритмов с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков.

СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Эргашова М.М., Курбанова З.П., Ибадова О.А.

Кафедра внутренние болезни №3 и эндокринологии СамМИ (зав.каф доц.Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель зав. каф. д.м.н. доц. Шодикулова Г.З.

Цель работы: Оптимизировать процесс стратификации кардиоваскулярного риска у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) страдающих ревматоидным артритом (РА). Материалы и методы: Обследовано 45 пациентов в возрасте от 55 до 61 года. Преобладали женщины 38 (84,4%) в возрасте от 45 до 60 лет, серопозитивные по IgM-ревматоидному фактору (83,0%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) (81,6%), с умеренной и высокой клинической активностью болезни (по DAS 28). У всех больных проводилось мониторирование АД, ЭКГ исследование в динамике, ЭхоКГ, анализ коагулограммы и липидного спектра. Основными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) у 35 (78%) пациентов были метотрексат и/или лефлуномид,), 6 (13,3%) пациентов принимали глюкокортикоиды, что могло провоцировать АГ. 4 (8,88%) пациента не получали БПВП. Результаты: Установлено, что АГ сопровождала течение РА у 60% пациентов. Почти у трети больных РА имеющие АГ выявлены ИБС и отмечено безболевое течение ишемии, что вероятно обусловлено постоянным приемом НПВП, которые обладают устойчивым обезболивающим эффектом. Кроме того, такие жизнеугрожающие состояния, как ИМ и инсульт, наблюдались в 3,5 и 3,0% случаев соответственно. Установлены предикторы, ассоциирующиеся с последствиями хронического воспаления - активность и продолжительность РА, ВАШ боли ≥ 50мм, приём глюкокортикоидов и БПВП свыше 12 месяцев. Более половины (54,5%) пациентов с РА получали гипотензивную терапию. В то же время больные РА, имеющие дислипопротеидемию (ДЛП) и остеопороз (ОП), получали статины и бифосфонаты значительно реже (30,0 и 29,0% соответственно). Выводы: Таким образом, АГ при РА часто осложняется жизнеугрожающими состояниями со стороны сердечно - сосудистой системы. Учитывая, что кардиоваскулярные осложнения при АГ являются основной причиной летальности при РА, необходимо адекватно и своевременно корректировать традиционные факторы риска и контролировать приверженность больных к антигипертензивной терапии и профилактики ИБС. Стратификация кардиоваскулярного риска у пациентов при АГ с РА требует междисциплинарного подхода и взаимодействия между врачами разных специальностей.

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВКЛАД В РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Эргашева М.Я.

Научно-исследовательский институт Вирусологии Минздрава Республики Узбекистан

Научный руководитель: профессор Камилов Ф.Х.

Материал и методы: нами исследовано 32 сывороток крови и 47 образцов кала больных с диагнозом: ОРИ и катаральная ангина взятых от больных, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице г. Самарканда и на амбулаторном лечении в семейных поликлиниках г. Карши. Проведено ПЦР исследование на обнаружение геномных частичек РНК ЭВ. С последующей клинической характеристикой больных с положительным результатом. Результаты исследования показали, что частота положительных случаев ПЦР на выявление геномных частичек РНК энтеровирусной инфекции в сыворотке крови составила 11 случаев (34,4%), и в образцах фекалий 11 случаев, что составило 23,4%. Общая частота положительного результата на ЭВ у больных с ОРИ и катаральной ангиной составил 27,8% как детского, так и взрослого населения. При этом детей было 15 (68,2%), а взрослых - 7 (31,8%), девочки/женщины составили 12(54,6%), против 10 (45,4%) больных мужского пола.В эпидемиологическом анамнезе у всех больных (100%) контакта с больными ОРЗ. Учитывая особенность клинической картины 22 пациентов с положительным результатом ПЦР на ЭВИ, их можно разделить на 3 группы, укладывающиеся в одну из форм энтеровирусной инфекции согласно классификации. Так, герпангина была диагностирована у 27,2%, при этом общее состояние у половины больных было средней тяжести (50%), у половины больных у остальных- тяжелое состояние. Продолжительность температурной реакции составила 5,12±0,89 дней, которая имела двухволновый характер. Основными жалобами являлись боль в горле (100%), с продолжительностью 4,21±0,56 дня. У всех наблюдалась гиперемия зева, а именно слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, и с наличием эрозий.Выздоровление наступило на 5,12±0,42 день. У 1 больного отмечался повторный рецидив заболевания. Клиническая картина 40,9% больных укладывалась в клинику малой болезни, основным симптомом данной формы являлась повышение температуры, которая сопровождалась рвотой у 77,7% больных и болями в животе у 44,4% больных. Общее состояние больных, с «малой болезнью» было расценено как состояние средней тяжести, продолжительность температуры 2,67±0,54 дня. Выздоровление наступило на 4,23±0,41 день. У 31,8% больных клиническая картина была схожей с катаральной формой ЭВИ. Клиническая картина у данной выборки больных в

характеризовалась назофарингитом (100%). Гиперемия и зернистость зева встречалась у5 больных, продолжительность температуры была в пределах 4,31±0,29 дней. Выздоровление в наступило на 6,75±0,64 день от начала заболевания. Выводы. Таким образом, метод ПЦР-диагностики представляет особую ценность с позиции раннего этиологического подтверждения диагноза ЭВИ у больных с ОРИ. Основной формой ОРИ подобных энтеровирусных заболеваний по клинике так напоминающей «малые формы» энтеровирусных инфекций явилась «малая лихорадка» или «летний грипп», при этом типичная форма ЭВИ – герпангина встречалась с наименьшей частотой, но имела наиболее тяжелое течение.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Эшмуродов С. СамМИ дав. факультети 620 гурух талабаси

1 ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф. мудири – проф. Тоиров Э.С.)

Илмий рахбари: асс. Султонов И.И.

Цель работы: изучение клинической эффективности медикаментозных методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных деформирующим остеоартрозом (ДОА). Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 168 больных ДОА. Среди обследованных превалировали лица женского пола (67,2%), пациенты в возрасте 51-70 лет (45,8%) и продолжительностью заболевания от 5 до 15 лет (55,4%). Средний возраст больных ДОА составил – 61,7±1,2 лет, продолжительность заболевания - 6,0±0,5 лет. Невротические нарушения (НН) были изучены по специально разработанным методическим рекомендациям НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1988, 1991). Результаты: При исследовании невротического состояния у 65,6% пациентов были выявлены невротические нарушения (НН): у 22,6% - слабой, у 31,7% - средней и у 14,9% - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения - 61,3%. У 24,4% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,3% - ипохондрических, у 9,5% - истерических и у 4,8% - навязчивых нарушений. Лечение НН проводилось в зависимости от вида и степени их выраженности. При НН легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии и лечебной физкультуры, средней степени - седативными средствами (новопассит, седавит, глицин, настойка пиона), выраженной степени - антидепрессантами. Курс лечения зависел от вида терапии (10-21 дней). После курса лечения из всех больных с НН у 66 (54,1%) наблюдалась полная, у 44 (36,1%) – значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не улучшалась симптоматика НН. После курса психотерапевтического лечения у 11,5% больных результат был оценен как неудовлетворительный, у 26,2% - удовлетворительный и у 62,3% - положительный. В контрольной группе (46 больных без НН) эти результаты были получены соответственно у 10,8, 37,0 и 52,2% больных. Выводы: Для лечения психосоматических нарушений у больных ОА можно применять ряд фармакологических и нефармакологических методов. На стационарном этапе предпочтительно медикаментозное лечение: седативные средства, антидепрессанты. Нефармакологические методы - аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура эффективны на этапах реабилитации больных. Важной составляющей частью лечебной программы НН является повышение физической активности и чувства независимости. В программу должны входить занятия по восстановлению психо-эмоционального состояния, физической способности, трудовых навыков и правильному питанию. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно – родственников. Психокоррегирующие методы эффективно влияют на изменение взглядов пациента на свои проблемы, семейные отношения, улучшают психологическую атмосферу между пациентом и окружающими, способствуют компенсации личностных особенностей и расширяют возможности социальной адаптации больных. Комплексное лечение с применением ПТЛ привело к положительной динамике и ряда клинических показателей: снижению болевого индекса, индекса П.Ли и повышению манипуляционной способности суставов.

ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Юлдашев У.К., резидент магистратуры 1 курса

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология СамМИ.

Кафедра внутренние болезни № 3 и эндокринология. (зав. каф.-к.м.н. Каримова Н.А.)

Научный руководитель: асс.Курбонова Н.С.

Цель: Оценить эффективность лечения болевой нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа. Материалы и методы: обследовано 25 пациентов (средний возраст 50,5±5,7 года, длительность заболевания 8,5±5,2 лет) с сахарным диабетом 2 типа у 20 (80%)наблюдалась декомпенсация сахарного диабета (средний уровень гликемии натощак составил 8,6± 1,60 мМ/л, уровень общего холестерина – 5,5±1,5 мМ/л и триглицеридов – 2,2±1,20 мМ/л). Всем пациентам проводились: общеклинические и лабораторные исследования; диагностика выраженности полинейропатии с использованием, электронейромиография (ЭНМГ) с определением амплитуды max М-ответа (АМП) и скорости проведения импульса (СПИ) по дистальным сенсорным волокнам нервов нижних конечностей. Для определения кардиоваскулярной формы автономной нейропатии использовали суточное мониторирование ЭКГ в течение 24 часов портативным комплексом «Кардиотехника-4000АД» с последующим расчётом вариабельности сердечного ритма. Результаты: признаки сенсорной нейропатии были выявлены по данным электронейромиографии у 48% больных. Из них в 32,5% случаев преобладала аксонопатия, в 10,5% случаев была преимущественно миелинопатия, в 5% – смешанная форма. По шкале NSS (субъективная симптоматика) нейропатия была у 88% пациентов, причем в 73% случаев она являлась выраженной и тяжелой. По шкале NDS (объективная симптоматика) нейропатия выявлялась у 87,5% больных, причем выраженная форма имелась в 40,1% случаев. В группе обследованных с нейропатией по электронейромиографии диагностировался достоверно более высокий балл как по шкале NSS (6,9±0,82 против 4,9±0,68 балла; $p<0,05$), так и по шкале NDS (13,3±1,9 против 10,8±0,83 балла; $p<0,05$). Показатель суточного мониторирования ЭКГ – снижение вариабельности сердечного ритма наблюдалось у 59% больных. В группе пациентов с КАН был достоверно выше балл по шкале NDS (12,6±1,2 против 10,3±0,8; $p<0,05$), хотя различий по шкале субъективной симптоматики не отмечалось. По данным электронейромиографии при наличии автономной нейропатии также наблюдалась большая распространенность сенсорного дефекта. Кроме этого у больных с КАН отмечалось более длительное течение сахарного диабета, чем у пациентов без нее (8,9±0,52 против 7,1±0,43 лет; $p<0,05$). Согласно медицинской документации у 42% пациентов с автономной нейропатией был выставлен диагноз сахарного диабета среднетяжёлой степени, что не соответствовало современным рекомендациям по лечению больных с сахарным диабетом. Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что диабетическая нейропатия является одним из распространенных осложнений сахарного диабета 2 типа. Субъективная симптоматика преобладает над объективной, и различные структуры чувствительных нервных окончаний поражаются с одинаковой частотой. Исследования показали, что при сахарном диабете чаще встречается автономная кардиальная нейропатия, которая встречается у больных с большим стажем заболевания. Поражение разных отделов нервной системы развивается параллельно, что необходимо учитывать при диагностике и лечении данной патологии.

КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

Юлдашева Д.Ш., магистр 1 курса, Гафурова Ж.Ф., магистр 1 курса СамГМИ, Мамурова М.М.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (зав. каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Актуальность. Мало изучены изменения метода когнитивных вызванных потенциалов (КВП) в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, отсутствуют сведения о их сопряженности с регуляторными функциями и роли этого метода в прогнозировании состояния познавательной сферы. Цель. Изучить когнитивные функции в раннем восстановительном периоде у больных с ишемическим инсультом. Материалы и методы

исследования. Обследовано 36 пациентов в раннем восстановительном периоде первого ишемического инсульта (ИИ) полушарной локализации (основная группа). Возраст больных был от 40 до 72 лет. Группу контроля составили 20 лиц, сопоставимых по возрасту и полу, имеющих факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, но без ИИ в анамнезе. Комплексное клиническое и нейропсихологическое исследование больных проводилось дважды. Нейропсихологическое исследование (НИ) проводилось при помощи краткой шкалы оценки психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE), теста рисования часов, теста «5 слов», таблиц Шульте. Результаты и обсуждение. Комплексное НИ обследование выявило лёгкие и умеренные когнитивные нарушения у большинства испытуемых. По результатам теста MMSE когнитивные нарушения были выявлены у 61,4% пациентов основной группы: у 47,2% больных - умеренные когнитивные расстройства, у 14,2% -достигли уровня деменции. Лишь 6 пациентов основной группы набрали максимальный суммарный балл (30 баллов). Средний показатель MMSE у больных, перенесших ИИ, составил 26,52±2,7 баллов и был достоверно ниже результатов контрольной группы (28,71±1,07 баллов). Зарегистрированы значимые различия с контрольной группой по следующим субъектам MMSE: «серийный счёт», «память», «речевые функции», «рисунок». Средний показатель теста рисования часов в основной группе составил 8,96±1,37 баллов и был достоверно ниже результатов контрольной группы, что отражало расстройство организации произвольной деятельности и зрительно-пространственные нарушения. Больные основной группы имели достоверно более низкие, в сравнении с группой контроля, результаты тестов на семантическую (16,09±6,31 слов) и фонетическую (7,82±3,95 слов) вербальную беглость, что свидетельствовало о нарушении «управляющих функций», снижение психической скорости, семантической памяти и когнитивной гибкости. У больных, перенесших ИИ, было зарегистрировано увеличение среднего времени (100,40±47,63 сек.) и времени лучшей попытки (87,78±46,18 сек.) выполнения теста на внимание (таблицы Шульте), в сравнении с группой контроля, что отражало снижение возможностей концентрации внимания. По результатам теста повторения цифр в прямом порядке не было выявлено статистически значимых различий в основной (3,98±0,14 балла) и контрольной (4,00±0,01балла) группах. Однако средний показатель теста повторения цифр в обратном порядке у больных, перенесших инсульт, составил 3,28±0,7 баллов и был достоверно ниже результатов контрольной группы, что также свидетельствовало о нарушении функций внимания, снижения объёма кратковременной и оперативной памяти. При первом исследовании средний результат теста «5 слов» был сопоставим с данными контрольной группы и составил 9,75±0,79 баллов. Выводы. Для пациентов в раннем восстановительном периоде первого полушарного ишемического инсульта характерны познавательные нарушения различной степени тяжести. При этом их главными клиническими особенностями являются расстройства регуляторных и нейродинамических процессов, а также нарушение зрительно-пространственных функций, кратковременной памяти и речевой беглости.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Юлдошев А.Н.-204Т, Абдуллоев А.Н. -205 П, Анварзода М.К.– 302 М

Хатлонский государственный медицинский университет, Таджикистан.

Кафедра фармакологии и микробиологии (зав кафедрой к.м.н. Исоева Б.И.)

Научный руководитель- ассистент Насреддинов Р.С.

Цель исследования. Исследование состояния здоровья у студентов Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ). Метод и материал исследования Проведено анкетирование студентов Хатлонского медицинского университета. В группу исследования вошли 143 студентов в возрасте от 18 до 23 лет. Из них 71 парни и 72 девушки, что соответствуют 49% и 51%. Из них первокурсники – 17 (12%), второкурсники 51 (36%) и третьекурсники 75 (52%). Результаты. Были получены следующие результаты: Соблюдение студентами характера и режима питания:из 100 опрошенных студентов - 74% отмечают не регулярный режим питания и лишь у 26%, режим питания остался регулярным. Кратность приѐма горячей пищи в день- 44% один раз, 40% два раза, 9% три и более, 7% ни разу. Кратность приѐма жидкой пищи в день- 52% один раз, 19% два раза. 14% три и более, 15% ни разу. Режим и характер питания после поступления в Вуз у 73% изменился в худшую сторону, у 25% остался прежним, и у 2% изменился в лучшую сторону. Соблюдение студентами режима труда и отдыха, а также наличие депрессивных состояний. Сколько времени вы отводите на отдых? - 27% до 1 часа в день, 48% от 1 до 3 часов, 25% 3 и более часа. Продолжительность сна - 9% до 4 часов, 40% от 4 до 6 часов, 46% от 6 до 8 часов, 5% 8 и более часов. Испытываете ли вы депрессию, усталость от жизни? 26% ответили да, 52% иногда, 22% ответили нет. Выводы: Таким образом, проанализировав полученные данные сделаны следующие выводы: при исследовании образа жизни у значительной части студентов выявлены нарушения характера и режима питания - не регулярное потребление горячей и жидкой пищи, частая еда «всухомятку», что в дальнейшем способствует развитию хронических заболеваний желудочно–кишечного тракта. Отмечаются значительные нарушения режима дня студентов: хроническое недосыпание, нарушение режима питания, еда «всухомятку», гиподинамия, нерациональное использование свободного времени, недостаточное пребывание на свежем воздухе. Для студентов, проживающих в общежитии, помимо общих недостатков режима характерны специфические: образ жизни в общежитии, не способствующий успешному обучению, сложная психологическая обстановка, трудности адаптации для первокурсников. Для современных студентов характерны очень напряженный ритм обучения, высокие умственные нагрузки, многократно повышающиеся во время сессий и зачетов, которые предъявляют повышенные требования к компенсаторным механизмом психики. Срыв, которых приводит к возникновению стрессовых ситуаций и депрессивных состояний

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Юнусова Д.Ш. студентка магистратуры 2 года обучения

Кафедра «Общественное здоровье и управление системой здравоохранения», заведующая кафедрой профессор, д.м.н. Искандарова Ш.Т.

Научный руководитель:к.м.н. Кодирова Д.

Так же хочется привести данные статистики по медицинскому туризму в нашей стране. Так в 2013 году для получения медицинских услуг Узбекистан посетили порядка 4 тыс. иностранных граждан из 26 стран мира; в 2014 году – более 8 тыс. человек из 40 стран; в 2015 году – более 12 тыс. из 49 стран.Анализ опыта зарубежных стран в области медицинского туризма показал, что Южная Корея, к примеру, стала одним из лидеров медицинского туризма не за счет уникальной природы, а благодаря передовым методикам лечения и, особенно, достижениям в сфере хирургической косметологии. Аналогично и с другими топ-направлениями - Израиль, Германия, США, Франция. Медицинский туризм не ограничивается курортно-лечебным комплексом, краеугольным камнем были и остаются вопросы квалификации врачей, доступности цен на операции и лекарственные препараты, количества медучреждений, докторов медицинских наук и других сотрудников. В целях обеспечения развития отрасли туризма, создания благоприятных условий и предпосылок для развития частного сектора и увеличения туристских потоков в республику Указом Президента Республики Узбекистан от 2 декабря 2016 года № УП–4861 «О мерах по обеспечению ускоренного развития туристской отрасли Республики Узбекистан» образован уполномоченный государственный орган – Государственный комитет Республики Узбекистан по развитию туризма, а также принятыми более 40 решениями Главы государства и Правительства страны. Анализ постановки дел в области медицинского туризма в Республике Узбекистан выявил ряд проблем таких как: отсутствие системы взаимосвязей Минздрава, Совета Федерации профсоюзов, НК «Узбектуризм» по вопросам медицинского и оздоровительного туризма, а также медицинской реабилитации(87.9%); отсутствие международной аккредитации ведущих медучреждений, решение вопроса страхования для лиц, получающих медицинские услуги (93%)как в пределах нашей республики, так и за рубежом с учетом всех рисков, которые могут возникнуть во время и после лечения. А также проблемы организации трансфера(36.2%), переводчиков(39.6%), специальных палат(50%), персональных сиделок(32.7%), дополнительных мест для сопровождающих лиц(60.3%), покупка сим-карт иностранными гражданами(15.5%), поддержка связи с лечащим врачом после окончания лечения и возвращения в свою страну(72.4%). Для дальнейшего развития медицинского туризма в Узбекистане и достижения успехов в этом направлении необходимо: Создание системы взаимосвязей Минздрава, Совета Федерации профсоюзов, НК «Узбектуризм» по вопросам медицинского и оздоровительного туризма, а также медицинской реабилитации; Необходима международная аккредитация ведущих медучреждений, что повысить их привлекательность для зарубежных пациентов, поскольку она дает серьезные перспективы для притока

иностранных пациентов. В Узбекистане на данном этапе такой системы нет;Требуют решения вопросы страхования для лиц, получающих медицинские услуги, как в пределах нашей республики, так и за рубежом с учетом всех рисков, которые могут возникнуть во время и после лечения; Расширение спектра и объема оказания высокотехнологической медпомощи на международном уровне в отечественных клиниках;В тесном сотрудничестве с Советом Федерации профсоюзов проводить информирование широких кругов заинтересованных лиц об имеющихся в стране уникальных природных климатических условиях и соответствующих учреждениях для санаторно-курортного лечения целого ряда заболеваний и профилактического оздоровления;Осуществление возможностей онлайнового контроля качества и безопасности, а также мониторинг отдаленных результатов лечебно-диагностических мероприятий, проводимых для наших граждан за рубежом; Развитие сотрудничества по обучению и стажировке специалистов, обмену передовым опытом и научно-практическими знаниями между отечественными и зарубежными клиниками.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНМГ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Юсупов А.М., магистр 1 курса СамГМИ, Очилов Х.,магистр 2 курса, Гайбиев А.А.

Кафедра неврологии и нейрохирургии СамГМИ (Зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: к.м.н. Ниёзов Ш.Т.

Актуальность. Причинами мышечной слабости и нарушений чувствительности считается блок проведения нервного импульса и аксональная дегенерация. Золотым стандартом диагностики демиелинизирующего процесса при периферической полинейропатии (ПН) и объективного мониторинга функционального состояния периферических нервов является стимуляционнаяэлектронейромиография (ЭНМГ) при стандартном исследовании периферических нервов. С помощью ЭНМГ у пациентов с ПН возможно определить демиелинизирующий характерпоражения волокон периферических нервов, а также определить распространённость поражения по полиневритическому типу. Цель. Изучить показатели ЭНМГ у детей с острой воспалительной полинейропатией. Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 20детей от 7 до 17 лет с диагнозом ПН и 15 детей группы сравнения (здоровые дети). Всем детям с ПН проводился общий клинический осмотр по стандартной методике с оценкой черепной иннервации, поверхностной и глубокой чувствительности, глубоких и поверхностных рефлексов, патологических рефлексов, оценкой мышечной силы конечностей по 5-ти балльной шкале. Детям основной группы проводилась стимуляционная ЭНМГ в остром периоде (1 недедя) и в период ранней реконвалесценции (2 неделя). ЭНМГ обследование проводилось на аппарате «МИОРИТМ 040» Результаты исследования. На ЭНМГ остром периоде отмечались нарушения невральной проводимости по терминалям двигательных аксонов в виде повышения резидуальной латентности больше 3 мс по локтевому нерву в 1% случаев, по срединному нерву в 100% случаев, по малоберцовому нерву в 85% случаев, по большеберцовому нерву в 60% случаев. В среднем замедление проведения нервного импульса по терминалям двигательных аксонов составляло: локтевого нерва на 10%, срединного нерва на 46%, малоберцового нерва на 71%, большеберцового нерва на 75% по отношению к верхней границе нормы. Снижение дистального М-ответа нижней границы нормы наблюдалось по локтевому нервув75% случаев, по срединному нерву в 90% случаев, малоберцовому нерву в 85% случаев, большеберцовому нерву в 87% случаев. Значительное снижение аксональной возбудимости чувствительных волокон периферических нервов вплоть до отсутствия регистрации S-ответов отмечалось в 39% случаев при стимуляции локтевого нерва, в 2% случаев при стимуляции срединного нерва, в 28% случаев при стимуляции лучевого нерва, в 23% случаев при стимуляции поверхностного малоберцового нерва, в 14% случаев при стимуляции икроножного нерва. Среднее снижение и стандартное отклонение (M±SD). Отсутствие регистрации Н-рефлекса с камбаловидной мышцы у детей в остром периоде ПН отмечалось в 96% случаев. Отсутствие Н-рефлекса связано с дисперсией возбуждающего разряда, идущего по сенсорным волокнам к мотонейронам. Учитывая, что почти во всех случаях отсутствовал Н-рефлекс в начале заболевания, его можно использовать как дополнительный критерий диагностики ПН. Выводы. Стандартные параметры невральной проводимости у детей с ПН не отражали процесс пато- и саногенеза периферических нервов при демиелинизирующем поражении. Двигательные аксоны периферических нервов у детей в остром периоде и ранней реконвалесценции воспалительной демиелинизирующейполиневропатиирезистентны к острой ишемии.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Юсупова И. студентка 2 курса 211 группы лечебного факультета.

Кафедра внутренних болезней №4 с гематологией СамМИ

Кафедра внутренних болезней №4 с гематологией (зав.каф. - д.м.н. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: Юлдашева Д.А.

Цель работы. Установление поражений сердечно-сосудистой системы у больных с ревматическими заболеваниями. Материалы и методы исследования. В качестве материла обследованы 24 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении терапии Самаркандского городского объединения в период сентябрь-декабрь 2016г. Применяли ряд лабораторных и инструментальных методов исследования. Результаты исследования показали, что 14 пациентам выставлен диагноз «Ревматоидный артрит», а у 10 «Узелковый полиартериит». При этом поражение сердца при ревматоидном артрите, особенно на поздних стадиях, наблюдается почти у половины больных и проявляется перикардитом, клапанными пороками, вовлечением коронарных сосудов.По данным аутопсий коронарный васкулит выявлялся среди 30% пациентов.Развитие атеросклероза и увеличение риска преждевременной смерти при артрите ассоциируются не только с традиционными факторами риска атеросклероза, но и с иммунологической активностью заболевания, прежде всего со степенью повышения уровня ревматоидного фактора. Отмечается двукратное повышение смертности от инфаркта миокарда и инсульта. Признаки ишемии миокарда выявлены у 40% больных. У 20% пациентов коронарный атеросклероз протекает без клинических симптомов. Ускоренное развитие атеросклероза при этом можно рассматривать как своеобразное системное внесуставное проявление заболевания.Узелковый полиартериит – заболевание группы системных некротизирующихваскулитов с преимущественным вовлечением артерий среднего и мелкого калибра с образованием аневризм и вторичным поражением органов и систем. У 50% больных, по данным аутопсий были выявлены признаки коронарита. Имеются наблюдения трансмурального инфаркта миокарда без ангиографических признаков поражения коронарных артерий, что указывает на существенную роль вазоспазма, связанного с воспалительным процессом. По полученным данным в 80% случаев отмечена артериальная гипертензия, в 33% была выявлена сердечная недостаточность. Клинические и инструментальные признаки коронарита имели место у 20% больных, 4,0% перенесли трансмуральный инфаркт миокарда, причем среди половины пациентов развивалась его безболевая форма. Выводы.Поражение коронарных сосудов больных ревматическими заболеваниями является ведущей причиной летальных осложнений, таких как инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть, хроническая сердечная недостаточность, что необходимо учитывать при ведении подобных больных.

РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИСКУССВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Юсупова И. студентка 211 группы лечебного факультета, СамМИ

Кафедра внутренней медицины №4 с гематологией зав.каф. д.м.н., доц. Аралов Н.Р.

Научный руководитель: асс. Юлдашева Д.А.

Цель работы. Нередко факторы риска развития СБО перекрещиваются с предрасполагающими факторами и усиливают патологическое действие друг друга. Однако конкретных доказательных исследований о роли указанных факторов риска развития СБО не проводилось. С учетом достаточно богатого клинического материала целью настоящей работы было изучение роли искусственного вскармливания в формировании СБО при заболеваниях органов дыхания у детей раннего возраста. Материал и методы исследования. В детском многопрофильном медицинском центре в отделение пульмонологии нами было обследовано 40 детей с патологией бронхо-легочной системы. Среди них 8 (20%) больных детей находились на грудном вскармливание, 20 (50%) детей на искусственном вскармливании и 12 (30%) детей на смешанном вскармливании. Возраст больных был от 4 месяцев

до 2 лет. Методы исследования включали в себя сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, статус питания, аллергологический анамнез, а также клинико-лабораторные методы обследования для выявления настоящего заболевания с СБО. Результаты. У 6 (75%) больных детей находившихся на грудном вскармливание наблюдает ОРЗ после переохлаждения, у 2-х на фоне экссудативного катарального диатеза. В среднем заболеваемость дыхательных путей наблюдалась в год 2-3 раза, в среднем болезнь длилась от 3 до 7 дней, клиническая симптоматика нормализовалась на 5-6 сутки от начала заболевания, болезнь протекала остро, при средней степени тяжести, течение гладкое с благоприятным эффектом. Дети, находившиеся на искусственном вскармливании, болели в год от 6 до 12 раз в год различными заболеваниями респираторного тракта. Болезнь протекала длительно, на фоне экссудативно-катарального (55%) и лимфатико-гипопластического (45%) диатеза. 80% больных имели склонность к ожирению и аллергическим заболеваниям. СБО наблюдался у всех больных без исключения, который, протекал клинически тяжёлым общим состоянием больных, наличием дистанционных хрипов, одышки, тахипноэ и тахикардией, а также участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания с раздуванием крыльев носа. Клиника нормализовалась у 85% больных на 10-12 день от начала лечения, на фоне проводимой антибактериальной, гормональной и симптоматической терапии. При смешанном вскармливании дети также болели чаще детей находившихся на исключительно грудном вскармливании, особенно те дети которые были рано переведены на молочные смеси. Выводы. Таким образом нами установлено, что у детей, рано переведенных на искусственное вскармливание, недостаточно созревает иммунная система в целом и, как следствие, снижены естественные защитные механизмы бронхиальной системы, нарушено функционирование реснитчатого аппарата, адгезивные свойства слизистой мелких бронхов, что подтверждают возможность влияния искусственного вскармливания как одного из факторов риска развития СБО у детей с респираторной патологией.

ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ

Юсупова Ш., студентка212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра физиологии и патологической физиологии (зав.каф.-д.м.н., доц. Самиева Г.У.)

Научный руководитель: доц. Самиева Г.У.

Цель исследования. Оценить степень влияния гиподинамии на физическую работоспособность организма. Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные, полученные при обследовании 48 студентов 2-го курса лечебного факультета (43% мужчины (М) и 55% женщины (Ж)). Учитывали изменение следующих параметров: давление, пульс, рост и вес студентов. Использовалась методика определения адаптивных способностей к физическим нагрузкам по изменению кровяного давления до физической нагрузки и после неё. Уровень максимального потребления кислорода (МПК), по которому оценивали физическую работоспособность организма определялся без инструментальным методом. Два показателя (частота сердечных сокращений и мощность выполняемой работы) мы определяли по числу восхождений на гимнастическую скамейку и спусков с нее. Расчет мощности (W) работы и МПК рассчитывался по формуле Добельна. Кроме того каждый испытуемый заполнял специальную анкету физической активности. Результаты. У большинства студентов выявлены высокие величины МПК, следовательно, и высокая физическая работоспособность организма. 54% обучающихся имеют отличную работоспособность (62,5% – М, 37,5% – Ж), 23% – хорошую (61,5% – М, 38,5% – Ж), 12% – удовлетворительную (Ж) и 11% -неудовлетворительную (Ж). Причем в исследовании просматривается четкая взаимосвязь между нарушением физической работоспособности и гиподинамией, т.к. все студенты имеющие неудовлетворительную и часть студентов имеющих удовлетворительную физическую работоспособность согласно заполненным анкетам имели низкую физическую активность. Выводы. Физическая работоспособность напрямую зависит от двигательной активности. Чем выше двигательная активность, тем выше МПК и физическая работоспособность обучающихся. Наблюдается прямая взаимосвязь между МПК и физической работоспособностью у обучающихся.

ОЦЕНКА БИОИМПЕДАНСМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА СТУДЕНТОВ САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Юсупова С., студентка 520 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины (зав.кафедрой – к.м.н., доц. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: доц. Мавлянова З.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

По данным ВОЗ три четверти населения в большинстве стран мира страдают заболеваниями, возникновение и развитие которых связано с неправильным питанием. В структуре заболеваемости студентов, болезни органов пищеварения занимают одно из лидирующих мест. Дисгармоничное физическое развитие за счет избытка или дефицита массы тела вносит вклад в формирование потерь здоровья студентов за период обучения. Цель: изучить биоимпедансметрические показатели состава тела студентов Самаркандского государственного медицинского института. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины СамМИ. Нами были обследованы 30 студентов в возрасте 20 – 25 лет, среди которых было 18 парней и 12 девушек. Исследование проводилось на аппарате «InBody 230» (Южная Корея). Предварительно у всех студентов измеряли рост стоя. Результаты исследования показали, что у большинства исследуемых студентов биоимпедансметрические показатели соответствовали норме. Средний показатель роста у парней равнялся ±171,5 см, а у девушек -±165,7 см. После проведения биоимпедансметрии бьыли расчитаны средние весовые показакатели: у юношей это показатель составил- 69 кг, а у девушек – 60 кг. Путем расчета индекса массы тела (ИМТ) оценивалась степень соответствия массы человека к его росту. Так средний показатель ИМТ составил: у парней- ±23.11, у девушек- ±20,54. Эти данные показывают, что у студентов ИМТ имеет умеренную степень развития. В результате сравнения данных антропометрии и биоимпедансметрии было установлено, что показатели роста, веса, ИМТ соответствуют средним показателям. Процент содержание жира у парней составил в среднем 26,5%, у девушек – 20%. Лишь у 5% парней процент содержания жира превышал 28%, что говорит об избыточной массе тела, у девушек эти данные имели средние показатели. После проведения обследования талия и бедра(Т/Б) имели значение 0, 81 у парней, 0,78- у девушек, эти данные также говорят об отсутсвии избыточного массы тела у обследуемых. Выводы. Следует отметить, что изучение биоимпедансметрических показателей состава тела студентов имеет важное диагностическое значение. С помощью данной методики мы можем определить состав тела с последующей разработкой комплекса мероприятий по профилактике патологии сердечно – сосудистой и пищеварительной систем, а также подобрать правильную физическую нагрузку для лиц с избыточной массой тела.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ЎСМИРЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ВА ЛЯМБЛИОЗ КАСАЛЛИГИ БИРГАЛИКДА КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Абдуллаев О., Касбий таълим факультети, 502 гуруҳ. Баҳриева З.Дж., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: асс. Матьякубова Ф.Э.

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилояти бўйича ўсмирларда вирусли гепатит А ва лямблиоз касаллиги биргаликда клиник кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 5 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ва уларнинг касаллик тарихлари ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2012-2017 йилларда “Вирусли гепатит А” ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. “Вирусли гепатит А” ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 18,5% ни касалликнинг микст инфекцияси билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, анамнестик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатувдаги беморларни ёши бўйича таҳлил қилганимизда микст инфекция билан касалланган беморларнинг 23,7% изини 14-

17 ёшли ўсмирлар ташкил этади. Кузатув остидаги беморлардан 53,7% йигитлар, 46,3% қизлар ташкил этади. Беморлар асосан касалликнинг 3-4 кунлари 36,5%, 5-6 кунлари 43,3%, 9-10 кунлари 20,2% ётқизилган. 14,5% беморлар бошқа шифохоналардан ёки соғлиқни сақлаш амалиётининг бошқа бўғинларидан сўнг мурожаат этишган. Беморлар касалликнинг 4-6 кунлари ётқизилган (79,8%). Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, беморларнинг аксарияти Самарқанд туманларидан мурожаат этганлиги аниқланилди (45,6%). Самарқанд вилояти туманларидан, асосан Самарқанд тумани, Жомбой, Пастдарғом, Ургут, Тайлоқ каби туманлардан беморлар мурожаат этишган (26,5%). Эпидемиологик анамнезига кўра, кузатувдаги беморлардан 43% бемор болалар билан мулоқотда бўлганлигини аниқ билади. Қолган 57% бемор контактда бўлганлигини билмайди. Тадқиқот давомида вирусли гепатит А касаллигининг узатилишида маиший мулоқот йўли етакчи ўринни эгаллаши маълум бўлди. Нафақат болалар орасида, балки катталар орасида ҳам касаллик узатилиш механизмлари орасида контакт маиший узатилиш йўли ўз аҳамиятни йўқотмаган. Беморларнинг аксарият қисмини мактаб ва ўрта махсус ўқув даргоҳларида таълим олаётган талабалар, мактаб ўқувчилари ташкил этади (48,7%). Шунингдек, беморларнинг ота ёки онасидан суриштирув натижасида шу нарса маълум бўлдики, бемор болалардан ҳеч қайсиси ВГА вакцинаси билан эмланмаган. Мактаб ёшидаги беморлар анамнези таҳлил этилганда, улар синфида ёки мактабида ВГА билан касалланган беморлар борлигини маълум қилишди. Демак, бу ҳолат мактабда инфекция манбаининг касаллик тарқалишида иштироки борлигини билдиради. Мактаб ёшидаги болалар орасида олиб борилган сўров натижасида уларнинг 11,4% ҳожатдан сўнг қўлларини ювиши, 23,2% эса намланган салфеткалардан фойдаланиши маълум бўлди. Бу ҳолат оддий шахсий гигиена қоидалари оқсаётганлигини билдиради. Юқори синф ўқувчилари ва коллеж талабалари орасида олиб борилган сўров натижасида шу нарса маълум бўлдики, уларнинг 76,5% ВГА касаллиги юқиш йўллари ҳақида деярли ҳеч нарса билишмайди. Коллеж талабаларининг ҳаммаси ўқув муассасасида бу ҳақида маъруза ўқилганини инкор этишди. Касаллик анамнезидан беморларнинг 33,4% лямблиоз борлигини, 45,5% оиласида паразитар инфекциялар билан касалланган жиянлари, укалари борлигини айтиб ўтишди, 21,1% беморларда сув билан боғлиқ муаммолар мавжуд. Касаллик мавсумийлиги бўйича микст инфекция билан беморлар асосан сентябрь-октябрь, январь-февраль ойларида мурожаат этишган (44,6%). Касалликнинг оғир шакли 24,6% ҳолда, ўрта оғир шакли 75,4% ҳолда аниқланилди. Тадқиқот давомида ўсмирларда касалликнинг енгил шакли аниқланилмади. Бу ҳолат адабиётлар билан мос келади. Беморларнинг койка куни ўртача касаллик оғирлигига боғлиқ ўрта оғир шаклида 7,9 кун, оғир шаклида 16,8 кун давом этди. Касаллик продромал даврида 66,8% беморларда диспептик белгилар (кўнгил айниши, қусиш, эпигастрал соҳада оғриқ, қоринда доимий ва хуружсимон оғриқлар, ич кетиши) кузатилган. Аксарият беморларда продромал даврнинг 7-10 кун давом этиши аниқланилган (78,6%). Касаллик клиникасида беморларда қуйидаги белгилар аниқланилган: умумий ҳолсизлик (100%), чарчоқ (100%), бош оғриқ (58,3%), кўнгил айниши (98,2%), қусиш (100%), ўққиш (67,85), қоринда оғриқ (75,6%), суюқ ҳолда ич ўтиши (86,8%), тана ҳароратининг кўтарилиши (75,7%), шиллиқ пардалар сариқлиги (55,9%), тери сариқлиги (55,9%). Касаллик клиникасида асосан типик шакли устунлик қилди (55,9%). Лаборатор таҳлилларда асосан лямблиоз аниқланилди (66,8%). Хулоса: Ўсмир ёшдаги болалар аҳолининг кам ҳимояланган қатлами ҳисобланади. Тадқиқотлардан кўриниб турибдики, касалликнинг микст шакли ўсмирларда асосан ташкиллаштирилганларда кўп учрайди (48,7%). Касалликнинг микст шакли билан оғриган беморларда кўпинча оиласида лямблиоз инфекцияси ўчоғи мавжудлиги, санитар гигиеник шароитнинг қониқарсиз эканлиги маълум бўлди (45,4%). Микст инфекция беморларда продромал даврнинг узайишига, сариқлик даврининг ҳам чўзилишига, койка муддатининг ортишига олиб келади (78,6%). Микст инфекция билан касалланган болаларда диспептик белгилар (66,8%) билан бошланиб, касалликнинг типик шакли устунлик қилиши маълум бўлди.

ЁШ СПОРТСМЕНЛАРДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Абдуллаева М. СамДТИ Касбий таълим факультети 407 – гуруҳ талабаси

Тиббий реабилитация, физиотерапия ва спорт тиббиёти кафедраси (кафедра мудири – т.ф.н. доц. Мавлянова З.Ф.)

Илмий раҳбар: асс. Абдусаломова М.А.

Тадқиқотнинг мақсади. Ёш спортсменларда жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини баҳолаш. Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот ўтказиш мақсадида Самарқанд шаҳрида жойлашган спорт мактабларида шуғулланувчи 30 та ёш спортсменлар (15 нафар қиз бола ва 15 нафар ўғил бола) текширувдан ўтказилди. Текширилувчилар 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган ўрта мактаб давридаги ўқувчилардан иборат. Ёш спортсменлар спорт мактабларида спортнинг турли хил тури бўйича шуғулланишади. Жимоний ривожланишни баҳолаш учун қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланилди: бўй узунлиги, тана вазни, кўкрак қафаси айланаси, тана вазни - бўй узунлиги индекси, ўпканинг тириклик сиғими (ЎТС), динамометрия, елка, сон, болдир айланаси. Тадқиқот натижалари. Текширилган спортсменларнинг 72% дан юқориси нормал жисмоний ривожланишга эгалиги, 14% шуғулланувчиларда бўй ўсишининг сусайиши ва 6% ида тана вазнининг етишмовчиликлари аниқланди. Тана вазни – бўй узунлиги индекси шуғулланаётган спорт турига қараб 26 – 32 ± 0,5б ташкил этди. ЎТС кўрсаткичлари 1800-2500 мл оралиғини ташкил этди. Текширилувчилар орасида нормостеник тип 58%, гиперстеник тип 25% ва астеник тип 17% ташкил этди. Олинган натижаларни умумлаштирсак бўй узунлиги ва тана вазни, динамометрия, шу билан бирга ўпканинг тириклик сиғими, елка, сон, болдир айланаси кўрсаткичларида, спортсменлар ёшига қараб турлича ўзгаришлар аниқланди. Хулоса. Ёш спортсменларда жисмоний ривожланишини баҳолаш, спортнинг турларини танлашда, мусобақаларга саралаб олишда аҳамияти юқори. Мураббийларга машғулотлар жараёнида, ёш спортсменлар учун машқ турларини ва унинг давомийлигини тўғрилаш ва баҳолаш каби вазифаларни бартараф этиш учун зарур.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ЮРАКДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ

Азимов Ш.О. СамМИ педиатрия факультети 310 гурух студенти

Ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси (каф. муд. т.ф.н., доц: Ярмухамедова С.Х.)

Илмий рахбар: ассистент Гаффоров Х.Х.

Ишнинг мақсади: Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак қон-томир тизимига хос клиник ва гемодинамик белгиларни урганиш. Текшириш материаллари ва усуллари: СамМИ №1 клиникасининг терапия булимида жигар циррози билан касалланган 26 бемор (76,47%) - вирус этиологияли, 8 беморга (23,52%) – криптоген этиологияли жигар циррози, клиник, лаборатория ва инструментал текширувлардан утказилди. Текширувларимизда эркаклар 19 кишидан (55,88%), аёллар 15 кишидан (44,15%) иборат. Беморларнинг уртача ёши вирус этиологиялида 40,5±1,9 йилга, криптоген жигар циррозида – 52,3±2,7 йилга тенг. Кузатувимиздаги 4 беморда (11,76%) Чайлд Пью буйича касалликнинг А боскичи, 15 беморда – В боскичи (44,11%), 15 беморда – С боскичи (44,11%) аникланган. Юракни физикал текшируви, ЭКГ, ЭхоКГ М ва В –режимларда ўтказилди Олинган натижалар ва тахлили. Жигар циррозида юракнинг объектив текшируви 4,4-58,3% ҳолларда юракка хос симптомларни аниқлаш имконини берди. Жигар циррозида юрак зарарланишининг клиник симптомлари бўлиб – юрак соҳасидаги оғриқ, юрак уриши, юрак тўхтаб қолиш ҳисси ва шишлар аниқланди. Объектив текширилганда тери ва кўринарли шиллиқ қаватларининг рангпарлиги, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги аниқланди. Шунингдек пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия ва юрак тонларининг бўғиқлиги кузатилди. Бу клиник симптомлар юрак зарарланишининг нафақат функционал характерда, балки юрак мушагининг дистрофик ва ишемик зарарланишини курсатди. Юрак ритмига хос ЭКГ текширувида автоматизм, қўзғалувчанлик ва ўтказувчанлик бузилиши белгилари 24 беморда аниқланди ва бу 70,58% ни ташкил этди. Автоматизм бузилиши синус тахикардияси 12 беморда (35,29%), синус брадикардияси 3 беморда (8,8%), синус аритмияси 2 беморда (5,88%) кузатилди. Қўзғалувчанликнинг бузилишлари - қоринча экстрасистолияси 4 беморда (11,76%), суправентрикуляр экстрасистолия 2 беморда (5,88%), титрок аритмия 4 беморда (11,76%) кузатилди. Ўтказувчанлик бузилишидан I даражали атриовентрикуляр блокада 3 нафар беморда (8,8%), Гис тутами чап оёқчаси нотўлиқ блокадаси 4 нафар беморда (11,76%) қайд этилди. ЭКГ текшируви ёрдамида 12 кишида (35,29%) миокарднинг дистрофик зарарланиш белги-

лари: RS-T сегментининг пасайиши, I, II, III, aVL, aVF, V3, V4 ва V5 уланишларда Т тишчанинг яссилашуви ёки манфийлиги аниқланди. Миокард ишемияси белгилари ЭКГда - S-T сегментининг пасайиши ва Т тишчанинг ўзгариши асосида қайд этилди (8 нафар беморда – 23,52%). ЭхоКГ текширувида юракнинг глобал кискарувчанлигининг узгариш белгилари 29 беморда (85,29%) қайд этилди. Юракнинг отилиш фракцияси ўртача 52,3±5,4% ни ташкил этди ва соғлом одамларга нисбатан 1,28 марта статистик пасайиши қайд этилди (P<0,02). Текширилган беморлардан 5 кишида (14,7%) отилиш фракцияси 60% дан кўп (нормал кўрсаткич), 14 беморда (41,17%) - 59-50% (қисқарувчанликнинг пасайганлиги курсаткичи), 9 беморда (26,47%) - 49-40% (яққол юрак етишмовчилиги белгиси), 6 беморда (17,64%) - 40% дан кам (оғир юрак етишмовчилигининг белгиси) булди. Ундан ташкари, барча текширилган беморларда юрак деворларининг локал кискарувчанлиги томонидан хам узгаришлар аникланди. Булар коринчалараро тусикнинг ва чап коринчанинг орка деворининг гипокинезияси базал, урта сегментларида аникланди. Хулоса. Жигар циррози билан оғриган беморларда мақсадли равишда клиник, ЭКГ ва ЭхоКГ текширувларини ўтказиш 85,0% ҳолатларда юрак зарарланишини аниқлашга имкон беради. Юрак зарарланишлари асосини чап коринча гипертрофияси ва миокартда дистрофия ривожланиши ташкил этади.

ХОНАБАД ШАҲРИДА СОҒЛОМЛАШТИРУВЧИ ВА ТИББИЙ ТУРИЗМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ТАЖРИБАСИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ

Алиева Д. “Ипак йўли” туризм ҳалкаро университетининг Туризм менежменти факультети 218 гурух талабаси

“Умумкасбий ва ихтисос фанлари” кафедраси (кафедра мудири, и.ф.н. Турдибеков Х.И.)

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент в.б. Мадаханов А.С.

СамМИ даволаш факультети 112 гурух талабаси Сафарова Г.Т.

“Ижтимоий саломатлик ва умумий гигиена” кафедарси(кафедра мудири Ph.d., доцент Аминов З.З.)

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи Мамасолиева Ш.А.

Илмий тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасининг марказидан олис ҳудудларда жойлашган, кичик шаҳарларда соғломлаштирувчи ва тиббий туризмни ривожлантириш тажрибасини ўрганиш ва истиқболларини таъминлашга доир таклиф ва тавсияномалар ишлаб чиқиш.Тадқиқот усуллари ва материаллар: географик усул; кузатиш; социологик (суҳбат) ва тарихий усуллар. Ўзбекистон Республикасининг энг олис ва чеккасида жойлашган Хонабод шахрининг туристик ресурслари, туристик индустрияси ва фаолиятини соғломлаштирувчи ва тиббий туризм контекстида ўрганилди. Натижалар: Хонабод шаҳри бетакрор табиий-иқлим шароитлари ва бу ерда инсон ақл-идроки, ташабусси ва меҳнати билан яратилган ҳамда яратилаётган туристик ресурслар, жумладан, 49 хил дарахтларнинг ўстирилаётганлиги ва сарвқомат қайинзорлар, арчазорлар, каштанзорлар ва бошқа боғлар мажмуи мавжуд. Қушларнинг хониши, дов-дарахт ва гуллар таратаётган хушбўйликка бурканган исторaҳат боғи, кўчаларнинг икки қирғоғида зилол сувлар оқиб туриши эътиборни ўзига тортади. Шаҳарнинг йилнинг 12 ойида ям-яшил бўлиб туриши, унинг ўртасида денгиз сатхидан 850 метр баландликда жойлашган қир-адирлар ва у ердаги Хонтахт ва Дўстлик дам олиш мажмуалари кишини бефарқ қолдирмайди.Замон талаблари ва жахон стандартиларига мос келадиган Хонабод сихатгоҳи, унинг кишиларни даволаш ва соғломлаштирувчи имкониятлари қайд қилинди. Пастликдан қирнинг тепасига олиб чиқадиган канатик йўли, тенниқўр зинопоялари, қир устида барпо этилган атиргуллар хиёбони, катта ҳудудда ястаниб ётган арчазорлар кўрки ва улардан тарқалаётган шифобахш ҳидбўй дилларга ором бахшлайди. Қир-адирнинг энг чўққисида ўрнатилган томоша чархпалаги бетакрор воҳанинг гўзаллигидан баҳраманд бўлишга имконият беради. Шаҳарнинг энг кўзга ташланадиган туристик объектларидан бири Фозилмон ота мажмуаси бўлиб, у йил давомида сайёхлар билан гавжум. Бу ерга улар ислом динининг тарғиботчиларидан бири Сайид Фозилмон Деҳлавийнинг қабрини зиёрат қилиш учун келадилар. Зиёратгоҳ яқинидаги шифобахш булоқ суви асрлар давомида қатор касаликларга даво бўлиб келган. Баландлиги 115,5 метр, узунлиги 1020 метр бўлган тўғон (плотина) ортидаги “Андижон денгизи”и ва ундан оқиб чиқадиган Қорадарё, Шахрихон сойи, Андижон сойи, Савай канали, қир-адир ичидан тунел орқали қўшни республикага ўтказилган канал ва шаҳарнинг ичидан оқиб ўтадиган ариқларнинг сувлари шаҳар иқлимининг мулойимлигини таъминлаб туриши қайд қилинди. Қорадарё қирғоғида жойлашган “Афсона” оилавий дам олиш маскани,“Толзор” (“Тополино”) кўли ва кемпинглар мажмуида мазмунли хордиқ чиқариш имкониятлари яратилган. Шаҳарда ва унинг атрофида, шунингдек тўла тадқиқ қилинмаган больнеологик ва бошқа тиббий имкониятлари, жумладан “Шўрбулоқ”, “Алчалибулоқ”, “Кўкбулоқ”,”Жаннатбулоқ” сувлари, қир-адирнинг дарраларидан биридаги қизилқум ва бошқаларнинг шифобахш ва соғломлоштирувчи хусусиятлари бугунги кунда тўла ўрганилмаганлиги қайд қилинди. Хулоса ва таклифлар: Андижон вилоятининг Хонабод шахри туризмининг барча турларини, айниқса соғломлаштирувчи ва тиббий туризмни рифожлантиришда келажаги порлоқ, истиқболли шаҳарлар қаторига киритилиши, катта инвестициялар олиб келинишини кутаётган худудлар қаторидан ўрин олиши мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИДА ЎҚУВ САЛОҲИЯТИНИ ЯНАДА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА ШУ БИЛАН БИРГАЛИКДА АҲОЛИНИНГ ТИББИЙ САВОДХОНЛИГИНИ ОШИРИШ МАҚСАДИДА “СОҒЛОМ ҲАЁТ” НОМЛИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛ ЎЙИННИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Ахмадалиев Ш.Ш. болалар анестезиологияси ва реаниматологияси йўналиши бўйича 1-босқич магистратура талабаси, АндМИ

Хорижий тиллар, педагогика ва психология кафедраси

Кафедра мудири: ф.ф.н., доцент Худойбердиева Л.С.

Илмий рахбар: Ахмедова Н.Д.

Ҳозирги фан ва таълим жараёнлари шиддат билан тараққий этаётган бир даврда таълим олувчиларнинг барча шахсий-индивидуал сифатларини, жумладан, билими, малакаси, интеллектуал ҳаракат усули, критик тафаккури, ўз-ўзини бошқариш ва баҳолаш механизми, руҳий-ахлоқий ва амалий фаолияти соҳаларини узлуксиз ривожлантириш муҳим аҳамият касб этади. Юртимизда қабул қилинган “Кадрлар тайёрлаш миллий Дастури”, “Таълим тўғрисида”ги Қонун замирида ҳам аслида ёш авлод тарбиясининг ҳуқуқий меъзонларига тамал тоши қўйилган. Олий таълимда интеллектуал, кенг фикрли, бой дунёқарашга эга, ривожланган мутахассислар тайёргарлигини таъминлаш, уларнинг салоҳиятини юксалтириш, илмий тадқиқот ишларига йўналтириш, ёш олимлар иқтидорини юзага чиқариш каби эзгу мақсадлар устозлардан катта куч ва шижоатни талаб қилади. Интеллектуаллашувини таъминланган ҳолда ўқитиш сифатини янада яхшилаш, рақобатбардош кадрлар тайёрлаш ҳозирги таълим олдида турган асосий масалалардан ҳисобланади. Ушбу “Соғлом ҳаёт”номли интеллектуал ўйин асосан тиббиёт олийгоҳлари талабаларининг клиник фикрлашини оширишга, клиник ташхислашнинг баъмисоли берк кўчаларини, шифокорлик масъулиятини талабаликдан ҳис қилишларига қаратилган бўлиб, талабалар бу ўйинда ўз билим ва маҳоратларини баҳолай олишади. Бу ўйин қонун- қоидалари, ўтказилиш тартиби бир қанча оммавий интеллектуал ўйинларга “Заковат”, “Что? Где? Когда?” га асосланган, лекин бир қанча ўзига хосликлари мавжуд. Хусусан саволлар тиббиётга оид бўлиб, унда анализлар интерпретацияси, вазиятли масалалар, қиёсий ва тахминий ташхис қўйиш, даволаш режасини тузиш, бирламчи ёрдам кўрсатиш, видеороликдаги беморлар аҳволига баҳо бериш каби қадамма-қадам саволлардан иборат. Ўйинда иккита 7 ёки 10 кишидан иборат жамоа, 3 та ҳакам ва бошловчи бўлади. Ўйин уч босқичдан иборат бўлиб, биринчи босқичда жамоавий ўйин 10 та савол учун, иккинчи босқичда тезкор саволлар шарти, бунда жамоалардан биттадан иштирокчи чиқади ва уларга тезкор саволлар берилади. Учинчи босқичда эса жамоалар бошқа шартларга нисбатан муаммоли саволга жавоб излашлари зарур, энг биринчи жавоб берган жамоа шу босқичда ғолиб ҳисобланади. Ушбу ўйин мавзулари аҳолини энг кўп қийнаётган касалликларга (масалан, қандли диабет, гипертония, анемия ва бошқалар)бағишланади. Ўйналадиган саволлар бевосита ахолининг ўзидан қабул қилиниши мумкин. Улар ўзларини қийнаётган ҳар қандай саволни, шикоятларни, лобаратор ва функционал таҳлилларни бизга юборишлари мумкин. Ўйин давомида жамоалар томонидан таҳлил қилинган ва қўйилган тахминий ташхислари экспертлар томонидан баҳоланиб, якуний хулоса сифатида ҳар бир савол

жавоби учун баённома тузилади, савол эгаси бўлмиш беморларга энг аниқ ва керакли кўрсатмалар жамланган хулосалар қайтадан юборилади. Агарда бу ўйин телекўрсатув сифатида жамоатчиликка кенг узатиладиган бўлса, аҳоли ўртасида катта қизиқишга, соғлом турмуш тарзи тўғри шаклланишига, уларнинг тиббий маданияти ва саводхонлигини ошишига ишонамиз. Шу йўсинда ҳам интеллектуал салоҳиятга эга бўлган кадрлар шаклланишига, ҳам соғлом аҳолида "Соғлом ҳаёт" барпо этилишига эришамиз.

АНДИЖОН ШАХАР ВА ҚИШЛОҚЛАРИДА АЁЛЛАР ЎРТАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ТАРҚАЛИШИ

Ахмаджанова Д. Кардиология мутахассислиги магистранти, АндМИ

Илмий рахбари: т.ф.н., доцент Таштемирова И.М.

Илмий тадқиқот АДТИ клиникасининг I ва V- терапия кардиология бўлимларида даволанган аёл беморлар текширувга олиниб, касаллик тарихларини ретроспектив ўрганиш асосида олиб борилди. Илмий тадкикот натижалари. Ўрганиш мобайнида аёлларни ёши гурухларга ажратиб олинди ва натижалар тахлилига кўра қуйидаги натижалар олинди. Аёллар орасида МСни ёшга хос тарқалганлиги қуйидагича: 1650 та бемор аёл даволанган: уларнинг ёшига нисбатан тарқалиши 20-29 ёшда 2%, 30-39 ёшда 6,9%, 40-49 ёшда 26,6%, 50-59 ёшда 32,4%, 60 ёш<да 32,1%ни ташкил этди ва МС 50-59 ва 60 ёш<ларда кўп тарқалганлиги аниқланди. Аёлларда асосий хавф омилларини учраши қуйидагича бўлди. Аёларни 76% асабийлашишга, 10% ирсиятга, 6,1% аёл семиришга, 3,6% климакс даврига, 4,3% менопауза даврига касалликларини боғлиқ деб билишган. 2012- 2014 йиллар давомида даволанган аёллар ўртасида шахарлик аёллар 51,2%ни, қишлоқларда истикомат қилувчи аёллар эса 48,8%ни ташкил қилди. Бизнинг тешшириш натижаларимизда МС билан оғриган шахарлик аёллар сони билан қишлоқда истиқомат қилган аёллар орасида статистик ифодаланган тафовут аниқланмади. Текшириш давомида аёлларни ЭКГда ритм бузилишлари: синусли тахикардия - 13,6%: синусли брадикардия - 5,4%: экстрасистолия – 7,8%: титрок аритмия – 0,5%: Гисс тутами қамали - 2,6%; пароксизмал тахикардия - 0,8% кузатилган. Натижаларга кўра ритм бузилишларидан энг кўпи СТ бўлиб, бу кўпроқ 20-29; 30-39 ёшдаги аёлларда кўп учраган. Хулоса: Ушбу олиб борган илмий тадқиқот натижалари МС ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини тарқалиши, шахар ва туманларда яшовчи аёлларда МСни тарқалиши, яшаш шароити, касби, ёши, яшаётган иқлими, мунтазам ва номунтазам даволаниш турлари турли ёшларда хар-хил учраши мумкинлигини яна бир бор тасдиқлади. Бу аёллар орасида МСни ташхис қилишда, МСни олдини олиш ва даволашда ахамиятга эга бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА КАТТАЛАРДА ПАРОТИТЛИ ИНФЕКЦИЯ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахтамов Қ.М., СамМИ, Педиатрия факультети, 505 гуруҳ.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси

(кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: асс. Жураев Ш.А.

Тадқиқот материали бўлиб, охирги 5 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ва уларнинг касаллик тарихлари ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2014-2018 йилларда "Паротитли инфекция" ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. "Паротитли инфекция" ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 26,7% ни катталар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, анамнестик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатув остидаги беморларнинг асосий қисмини эркаклар ташкил этади (73,8%). Беморлар касалликнинг 1 куни 6,5%, 2 куни 43,3%, касалликнинг 3 куни 45,6%, 4 куни 4,6% ётқизилган. Беморлар асосан касалликнинг 2-3 кунлари ётқизилган (88,9%). Беморларни йиллар бўйича кесимини тақсимлаганимизда, 2014 йил 21,8%, 2015 йил 17,9%, 2016 йил 15,8%, 2017 йил 9,9%, 2018 йил 7,9%. Охирги йилларда паротитли инфекция касаллиги учраш тезлиги камайганлигини Миллий эмлаш жадвалига 2007 йилда вакцинация киритилганлиги билан боғлаш мумкин. Кузатувдаги беморлар 14-35 ёшни ташкил этади. Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, аксарият қисми Самарқанд вилояти туманларидан (72,1%), 27,9% эса Самарқанд шаҳридан мурожаат этганлиги аниқланилди. Беморларнинг эмланганлик ҳолати текширилганда, 14-16 ёшгача бўлган болаларнинг турли сабабларга кўра ревакцинация олмаганлиги маълум бўлди. 16 ёшдан катталари эса умуман ревакцинация олишмаган. Эпидемиологик анамнезидан, 56,7% ҳолда беморларнинг оиласида паротит билан касалланган беморлар борлиги аниқланилди. Кузатувдаги беморлар бандлиги бўйича тақсимланиши: мактаб ўқувчилари-6,2%, коллеж талабалари-9,3%, институт талабалари-15,2%, ўқитувчилар-11,6%, мардикорлар - 9,6%, бозор ходимлари-8,8%, ҳайдовчилар-7,1%, ҳарбий хизматчилар-12,3%, қолган қисмини ишсизлар ташкил этади. Беморларнинг аксарият қисмини олий ва ўрта махсус ўқув даргоҳларида таълим олаётган талабалар, мактаб ўқувчилари ташкил этади (30,7%). Касалликнинг оғир шакли 21,3% ҳолда, ўрта оғир шакли 64,4% ҳолда, енгил шакли 14,3% ҳолда аниқланилди. Касалликнинг енгил шакли асосан мактаб ўқувчиларида қайд этилди. Паротитли инфекция касаллигининг асосий белгиси безларнинг катталашишидир. Бу белги 70% ҳолда касалликнинг 1 куни келиб чиққан. 16,9% беморларда безнинг бир томонлама, 79,7% ҳолда безнинг икки томонлама зарарланиши келиб чиққан. Беморларда қуйидаги белгилар кузатилган: иситма (100%), ҳолсизлик (100%), кўнгил айниши (55,7%), чайнаш пайтида оғриқ (98,7%), сўлакнинг камайиши (56,7%), оғиз шиллиқ қаватининг қуруқлиги (67,5%), рефлектор тризм (34,5%), ошқозон соҳасида оғриқ (23,4%). Катталар орасида орхит касалликнинг етакчи белгиси бўлиб, бизнинг кузатувларимизда 40,1% ҳолда кузатилди. Бу белги 16 ёшгача бўлган болалар орасида учрамади. 80% ҳолда қулоқ олди безидаги шиш йўқолиб бораётган фонда пайдо бўлади. 85,4% беморларда бир томонлама орхит учради. Бизнинг кузатувимизда катталар орасида касалликнинг асаб шакли ёки комбинирланган шакли учрамади. Хулоса: Кузатув давомида охирги йилларда паротитли инфекция камайганлигини кўриш мумкин. Бу ҳолат 2007 йилда Миллий эмлаш жадвалига КПК киритилганлиги билан боғлиқ. Катта ёшдагилар эса бу даврда эмлашдан четда қолишган. Шунингдек, беморларнинг аксарият қисми туманлардан мурожаат этганлигини поликлиника хизмати оқсаётганлиги билан боғлаш мумкин (72,1%). Катталарда ҳам касаллик болаларда бўлгани каби клиник кўринишга эга. Катталарда касаллик асосан оғир ва ўрта оғир кечиш хусусиятига эга. Катта ёшлиларда болалардан фарқли равишда орхит учраши хос.

ЎТКИР КЕЧАДИГАН АУТОИММУН ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРАДА ГЕМОРРАГИК СИНДРОМНИ КЕЧИШИ

Боймуродов А.О. СамМИ педиатрия факультети, 615 гурух студенти

Гематология курси (курс мудири.- т.ф.н., доцент Дадажанов Ў.Д.)

Илмий рахбар: доцент, т.ф.н. Абдиев К.М.

Ишнинг мақсади: Аутоиммун тромбоцитопеник пурпура билан касалланган беморларда ривожланган геморрагик синдромни кечишини ва тромбоцитлар сони билан геморрагик синдром ўртасидаги боғликликни аниқлаш. Материаллар ва текшириш усуллари: №1 СамМИ клиникаси 1- терапия бўлимида 2016-2017 йиллар Аутоиммун тромбоцитопеник пурпура билан даволанган 12 беморда геморрагик синдромни кечишини ва тромбоцитлар миқдори билан геморрагик синдром ўртасидаги боғликликни аниқлаш ўтказилди. Шунингдек 10 бемор касаллик тарихи ўрганилди. Назорат гурухи сифатида 10 соғлом кўнгилли талабалар қонида тромбоцитлар сони аниқланди. Беморлар қабул қилинган гематологик стандартлар билан текшириш ўтказилди (умумий кон тахлили, миелограмма, биохимик текширишлар, ЭКГ, рентген). Олинган натижалар ва уларнинг мулоҳазаси. Назорат гурухидаги соғлом талабаларда тромбоцитлар миқдори аниқланганда 170-320 х10^9/л ташкил қилиб, максимал тромбоцитлар сони миқдори 320 х10^9/л. Аутоиммун тромбоцитопеник пурпура диагнози қўйилган 14 (74%) беморда геморрагик синдромни кўринишлари кўкаришлар, вақти-вақти билан тиш милкларидан қон кетиши белгилари кузатилиб, қон таркибида тромбоцитлар сони 60-100х10^9/л ни ташкил қилди. Тромбоцитлар сони 50х10^9/л ва ундан паст кўрсаткичлар аниқланганида беморларда (22%) қўл ва оёк тери қопламларида кўкаришлар, тиш милкларидан ва бурундан қон кетиши, инъекция жойларида

кўкаришлар, тери остига катта ўлчамли қон қуйилишлар, бачадондан ва сийдик йўлларидан қон кетишлар кузатилади. Кучли геморрагик синдром ривожланган 4 (12%) беморда тромбоцитлар сони 20х10^9/л ва ундан паст кўрсаткичларни ташкил килди. Беморларда тери остига диффуз таркалган қон куйилишлар, сийдик йўлларидан, бачадондан қон кетиш белгилари кузатилди. Хулоса: Аутоиммун тромбоцитопеник пурпура билан касалланган беморларда қон таркибидаги тромбоцитлар миқдори камайиши туғри пропорционал равищда геморрагик синдром белгиларини кўпайишига сабаб бўлади. Бу беморларни ўз вақтида етарли дозада глюкокортикоидлар ва адекват гемостатик препаратлар билан даволашга асос булиб хизмат қилади.

ВЕГЕТО-КОН ТОМИРЛАРИ ДИСТОНИЯСИ ФОНИДА ЦЕФАЛГИЯЛАР ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Зоирова Н.А., СамМИ даволаш факультети 424 гр талабаси

Неврология ва нейрохирургия кафедраси (каф.муд -проф.Джурабекова А.Т)

Илмий рахбар т.ф.н. Утаганова Г.Х

Ишнинг максади: Бош огригининг клиник кечиш хусусиятларини урганиш. Материал ва тадкикот усуллари. СамМИ клиникаси неврология булимига мурожаат килишган 35 та 17-45 еш оралигидаги, бирламчи шикоятлари бош огриги булган беморларнинг амбулатор мурожати асосида неврологик статус тахлил килиниб, параклиник текшириш усуллари утказилди. Натижалар мухокамаси: Бош огригини киесий ташхислаш максадида, бош огригининг характери, давомийлиги, пайдо булиш вакти, иррадацияси, локализациясига эътибор берган холда тахлил килинди. Купгина холларда 18 та беморда (51,42%) бош огригининг асосий локализацияси фронтал сохада, 12 та беморда тепа-чакка булагида (34,28%) ва 5 та беморда энса булагида жойлашди.Огрик давомийлиги уртача 35-40 дакикадан 3 кунгача давом этди. 3% беморларда огрик зурайган вактида фотофобиялар, фонофобиялар кузатилди. Неврологик статусда триггер нукталари огриклилиги, краниал ва фасциал сохада гиперестезия аникланди.Бош мия нервлари томонидан аник учокли узгаришлар аникланмади. Вегетатив бузилишлар барча беморларда кул-оекларнинг совук котиши, юз терисининг кизариши, гипергидроз кузатилди. 12% беморларда асаб рухий холатнинг нотургунлиги, эмоционал бузилишлар яъни жиззакилик, депрессия холати кузатилди. Хулоса. Вегето-кон томирлар дистонияси фонида цефалгик синдромнинг ривожланиш хавфи вегетатив нерв тизими нотургунлик холатида келиб чикади.

ТАШҚИ ТАЪСУРОТЛАРГА НИСБАТАН ВЕГЕТАТИВ РЕАКТИВЛИК ОСТИДА ОРГАНИЗМНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ

Ибодуллаева Д.Р. СамМИТиббий педагогика факультети 203 гурухстуденти.

Физиология вапатологик физиология кафедраси (каф.муд. – т.ф.д, доц. Самиева Г.У.)

Илмийраҳбар: асс. Туракулова Д.Э.

Тадқиқот мақсади. Ташқи таъсуротларга нисбатан вегетатив реактивлик остида организмнинг юрак-қон томир тизимининг реактивлигини ўрганиш. Тадқиқот материал ва усуллари.Мақсадга боғлиқ ҳолда 20 та 18-22 ёшга эга бўлган йигитларда вегетатив нерв тизимининг симпатик нерв тизимини эрготроп йўналишда, ҳамда парасимпатик нерв тизимини трофотроп йўналишда таъсирлаб қон томир реакцияси ўрганилди. Натижалар.Олинган маълумотларга асосан нормада тинч ҳолда студентларнинг юрак-қонтомир тизимида артериал пульс сони дақиқада 75,5±5,0ни ташкил қилиб, уларда ўртача максимал артериал босим 118,0±5,0 мм.см.уст., минимал артериал босими эса 80,0±5,0 мм.см.уст. ташкил қилди. Парасимпатик нерв тизими Данини-Ашнер рефлекси ёрдамида таьсир берилганда, бу студентларда юрак-қон томир тизимида қуйидагиўзгаришлар аниқланди. Бу даврда артериал пульси дақиқада65,0±5,0 мин.,максимал артериал босими эса114±4,0 мм см.уст., минимал артериал босими эса 70,0±5,0 мм.см.уст. ташкил қилди. Ушбу гуруҳстудентларда 5 минут давомида математик кўпайтирув жадвали сўрови ўтказилганда, юрак-қонтомир тизимида қуйидаги ўзгаришлар кузатилди. Бу даврда артериал пульси дақиқада 81,0±6,0 гача. максимал артериал босими эса 125,0±5,0 мм. см.уст.гача, минимал артериал босими эса 82,0±6,0 мм. см. уст.гача кўтарилгани аниқланди. Хулоса. Шундай қилиб, бу гурухдаги студентларда вегетатив нерв тизимининг реактивлиги эрготроп йўналишда таьсирланганда, юрак-қонтомир тизимида адаптоген жараён юзага келиб, юрак уришлар сони максимал ва минимал артериал босими кўтарилган бўлса, Данини-Ашнер рефлекси орқали трофотроп қўзғалиш берганимизда парасимпатик активликнинг устунлиги остида юрак уришлар сони, максимал ва минимал артериал босимнинг пасайиши юзага келиб, таъсуротларга нисбатан организмда адаптацион, ҳимоя-мослашув реактивлиги нормал кўрсаткичга эгадир.

АХОЛИНИ “СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ТУҒРИСИДА” ХАБАРДОР ҚИЛИШ

Икромова З.Х., Эгамбердиева М.Э., пед. факультети 6 курс студентлари

Умумий амалиёт/оилавий медицина кафедраси (каф. муд. - доц. Хусенова Ш.А.)

Илмий рахбар: Рахимова Х.М.

Тадқиқотнинг мақсади: Самарқанд шахар 3-сон оилавий поликлиникасига мурожаат қилган беморлардан соғлом турмуш тарзи ҳақидаги билимларини бахолаш. Материаллар ва усуллар: Оилавий поликлиникага мурожаат қилган 90 нафар бемордан (48 эркак, 42 аёл, ўртача ёши 40-65 ёш) соғлом турмуш тарзи ҳақидаги билимларини бахолаш амалга оширилди.Ушбу тадқиқ қилинган беморларнинг 65 (72%) сурункали касалликлар (жумладан, гипертония касаллиги, юрак ишемик касаллиги, семизлик, қандли диабет),16 (18%) ўткир касаллик ва 9 (10%) профилактик тиббий тиббий кўририкка келган.Уларнинг барчасига соғлом турмуш тарзи ва беморнинг соғлиғи ҳақида саволлар киритилган иккита саволнома тақдим этилди. Натижалар: Саволномани тахлил қилганимизда суровнома ўтказилган беморларнинг кўпчилиги соғлом турмуш тарзи мухимлигини таъкидлашган, аммо уларнинг кўпчилиги соғлом турмуш тарзи таркибий қисмлари билан ҳеч қачон қизиқиб кўришмаганлигини англаб етишган.Сўровнома ўтказилган беморларнинг атиги 11% соғлом турмуш тарзи таркибий қисмларини тўғри аниқлашган. Беморларнинг ўз саломатлиги ҳақидаги билимларини бахолашда уларнинг 40% ўзининг артериал қон ҳақида ҳақида билимга эга эмас. Артериал гипертензия билан касалланган беморларнинг 18% мунтазам равишда ўзининг қон босимини назорат қилади ва қон босимини кундаликка ёзиб боради, 16% ўзининг вазнини тўғри айта олган, 11% бел айланаси ҳақида тушунчага эга. Хулоса: Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки текширилган беморларнинг кўпчилигини соғлом турмуш тарзи ҳақида билими жуда паст бўлганиучун ва кўпчилик беморларда ўз соғлигини ҳақида билиши камлиги туфайли, бирламчи буғим шифокорлари ва потранаж хамширалардан кўпроқ “Соғлом турмуш тарзи, соғлом овқатланиш”, “Юқумсиз касалликлар ва уни профилактикаси” тўғрисида махаллаларда лекциялар, давра сухбатлари ташкил этиш ва ундан ташкари ахолиига буклетлар, лифлетлар таркатиш лозим.

ИНСОН ОРГАНИЗМИДА ҚАЛКОНСИМОН БЕЗНИНГ ФАОЛИЯТИГА БОГЛИК ХОЛДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМ РЕАКТИВЛИГИ

Йулдошева М.О. 203- гурух педиатрия факультети талабаси СамДавМИ

Физиология, патологик физиология кафедраси (кафедра мудири т.ф.д., доцент Самиева Г.У.)

Илмий рахбар асс. Каршиев Ш.А.

Долзарблиги. Хозирги вактда инсон организмида йод микдорининг нисбий етишмовчилиги инсон организмда хужайрани озика билан, энергия билан, хамда репродуктив жараён билан таъминланишида катта узгаришларни келтириб чикармокда. Бундай узгаришлар асосида инсон организмида юрак кон-томир тизимида юзага келадиган узгаришлар асосий уринлардан бирини эгаллайди шу билан бир каторда калконсимон бези гормонлари билан юрак кон-томир тизимининг интегратив богликлигини урганиш максадга мувофик булиб хизмат килади. Максадга мувофик 15 та 30-35 ёшдаги эркакларда Тириотроп гормони- (ТТГ), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4) хамда Юрак кон-томир тизимида максимал артериал босим, минимал арте-

риал босим хамда пульс босимининг богликлиги урганилиб чикилади.Олинган маълумотларга этибор берилса: Натижа. Биринчи гурух уртача курсатгичга эга булган эркакларда ТТГ-1,69±0,3Е/л, Т3-4,8±1,7пмол/л, Т4-12,2±2,9пмол/лташкил килиб бу гурухдаги эркакларда максимал артериал босим 121/75 мм.с.уст. ташкил килиб пульс босими эса 46,0±6,4 мм.с.уст. ташкил килди. Иккинчи гурухдаги юкори курсатгичга эга эркакларда ТТГ-1,41±0,4Е/л, Т3-6,8± 0,8пмол/л, Т4-15,6±1,2пмол/л ташкил килиб, бу гурухдаги эркакларда максимал артериал босим 130/70±1,4 мм.с.уст. ташкил килиб пульс босими эса 60,0±1,4 мм.с.уст. ташкил килди. Учинчи гурухдаги паст курсатгичларга эга эркакларда ТТГ-2,1±0,3Е/л, Т3-2,8± 0,5пмол/л, Т4-8,9±0,6пмол/л ташкил килиб, бу гурухдаги эркакларда максимал артериал босим 100/70±1,5 мм.с.уст. ташкил килиб пульс босими эса 30,0±0,6 мм.с.уст. ташкил килди. Хулоса. Шундай килиб олинган маълумотларга этибор берилса кондаги Т3,Т4 гормонининг микдорининг ортишига боглик холда, максимал артериал босимнинг ортиши, минимал артериал босимнинг тушиши, пулсь босимининг ортиши кузатилиб, Организмнинг бундай реактивлиги тукималарда моддалар алмашинувини таъминлашига каратилган булиб моддалар алмашинуви канча юкори булса пульс босими хам шунча юкориб булиб, тукималар тула артериал тулаконлик билан таъминланади.

ЮРАК ТОЖ ТОМИРЛАРИНИ СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕСТЕНОЗ РИВОЖЛАНГАН ЮИКБИЛАН БЕМОРЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ

Кахромонов А.М.

Кардиология йўналиши бўйича магистратура талабаси, АндМИ

Илмийрахбари: т.ф.н., доцент Таштемирова И.М.

Текшириш материаллари ва натижалари: беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб, текшириш давомида асосан 3 гурухга бўлиб олинди. I гурух – назорат гурух (15 та) соглом, II гурух – коронар стентлаш ўтказилган беморлар (12 та), III гурух – коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморлар (8 та). Кон зардобидаги ЛПО махсулотларидан малоноводиальдегид (МДА) Б.В.Гаврилов ва хаммуаллифлари томонидан тавсия этилган усул билан аниқланди.Бизнинг текширув натижаларимизда коронар стентлаш ўтказилган беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чиқганимизда УХС – 60%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 79,1%; ЮЗЛП– 15,9%; атероген-индекс 82% назорат гурухига нисбатан ўзгарганлиги аниқланди. ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи махсулоти хисобланган МДА назорат гурухга нисбатан II – гурухда 67%; (P<0,01); III - гурухда 82,5%гача ошганлиги аниқланди (P<0,001).Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммун тизим яллиғланиш ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реагирланади. Шундай, ИЛ-6 коронар стентлаш ўтказилган беморлар гурухда ўртача 63,0%га (p<0,001), коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда то кескин 1,94 мартага (p<0,001) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча II гурух беморларда (34,4%; p<0,01) III гурух (1,92 марта; p<0,001) назорат гурухига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган. Хулоса: Шундай килиб, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи махсулоти хисобланган МДА интенсификацияси ортган. ЛПО махсулотлари тўқималар учун захарли бўлиб, уларнинг цитоплазма мембранасига таъсири иккиламчи ўзгаришларга олиб келади ва патологик жараёнларнинг ривожланишида мухим звено бўлади. Шундай килиб, коронар стентлаш ўтказилгандан сўнг рестеноз ривожланган беморларда цитокинлар даражаси сезиларли ўзгариши аниқланди. Рестеноз ривожланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш мухим ахамиятга эга. Бу атеросклероз, ЮИК, АГ ва ҚД кечишини қийинлаштирувчи яллиғланиш омилларини ўз вақтида бартараф қилишга ёрдам беради.

БАЗИС ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИГА ТАЪСИРИ

Каххоров С. СамМИ дав. факультети 604 гурух талабаси

1 ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф. мудири – проф. Тоиров Э.С.)

Илмий рахбари: асс. Абдушукурова К.Р.

Ишнинг максади: ревматоид артрити (РА) касаллигида базис воситалари 6-аминохинолин унумлари, сульфасалазин ва метотрексат препаратларини касалликнинг инволютив курсаткичлари – кечув огирлиги ва бугимларнинг фукционал холатига таъсири. Текширув материали ва усуллари: Текширувлардан 20-50 ёшгача булган РА касаллиги билан касалланган 40 бемор (32 нафар аёл, 80%, 8 нафар эркак, 20%) утказилди. Касалликнинг давомийлиги 5-10 йилни ташкил этди. Олдинги утказилган базис воситаларига кура барча беморлар 2 гурухга булинди: 1 гурух беморлари 14 нафар булиб, улар базис воситалари сифатида – аминохинолин унумлари (делагил, плаквенил) ва сульфасалазин препаратларини кабул килишган булишса, 2-гурухдаги 26 беморга метотрексат препарати тавсия этилган. Барча базис воситалари ностероид яллигланишли препаратлар фонида кулланилиб, уларнинг суткалик ва даво курслари касалликнинг фаоллик даражасига кура танланган. Касалликнинг давомийлиги (3,2±0,2 ва 3,4±0,3 йил) ва ёшига кура (32,4±4,3 ва 37,4±3,6 йил) беморлар гурухларида фарк аникланмаган. Иккала гурухда хам базис даво муолажаларини куллаш давомийлиги 3-4 йилни ташкил этган. Олинган натижалар: Бизнинг кузатувмизда 1-гурухда 2(14,0%) беморда касалликнинг паст, 7 (50%) беморда - уртача, 5 (36%) беморда – юкори даражадаги фаоллиги аникланган булса, иккинчи гурухда эса 9 (35%) беморда касалликнинг паст, 11 (42%) беморда - урта ва 6 (23%) беморда - юкори фаоллик даражаси аникланган. Рентгенологик белгиларнинг ифодаланишига кура биринчи гурухда касалликнинг II III ва IV рентгенологик боскичлари – 5 (36%), 3 (21%) ва 6 (43%) беморда, иккинчи гурухда эса – 8 (31%), 13 (50%) ва 5 (19%) беморда кузатилган. Бугимлар функционал холати (БФХ) сакланиши биринчи гурухда 3 беморда (21%), иккинчи гурухда 11 беморда (42%) аникланди. БФХнинг I, II ва III даражали бузилишлари биринчи гурухда 2 (14%), 5 (36%) ва 4 (29%) беморда, иккинчи гурухда эса – 7 (27%), 5 (19%) ва 3 (12%) беморда характерли булди. Кон умумий тахлилида биринчи ва иккинчи гурух беморларида гемоглобиннинг умумий микдори узаро фарк килмаган булса (84,2±6,2 г/л, 80,1±7,4 г/л), ЭЧТ биринчи гурухда 29,3±2,1 мм/с атрофида булиб, иккинчи гурух (19,2±1,6 мм/с) беморлари курсаткичидан 1,5 марта юкори булди. Беморлар хаёт сифатини аникловчи мезонларга киритилган огрик индексини визуал аналог шкаласи (ВАШ) буйича тахлил этилганда, биринчи гурухда огрик индекси ВАШ курсаткичига кура 66,5+5,6 мм атрофида булган булса, иккинчи гурухда ушбу индекс анча паст курсаткичда - 44,2+3,4 мм атрофида булди. Хулоса: Ревматоид артрити касаллигида базис воситаларини куллаш беморларнинг умумий ахволига ижобий таъсир курсатиб, касалликнинг кечувини енгиллаштиради ва касалликнинг инволютив курсаткичларини анча пасайишига олиб келади. Метотрексат препарати аминохинолин унумлари ва сульфасалазин препаратларига нисбатан купрок даражада бугим синдромининг огир кечувини енгиллаштиради ва бугимлар анкилози ривожланишини олдини олади. Метотрексат препарати бошка базис воситаларига нисбатан касаллигининг фаоллик даражасини купрок пасайишига олиб келади.

CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ

Киргизова Х.А. кардиология йўналиши бўйича магистратура талабаси, АндМИ

Илмий рахбари: т.ф.н., доцент Таштемирова И.М.

Кириш: XX-XI-асрларда юрак ва қон-томир касалликлари (ЮҚТК) атеросклероз билан боғлиқ асоратлари аввалгидай ўлим сабаблари ва иш қобилиятини йўқотиш бўйича биринчи ўринни эгаллайди. БЖСТ маълумотига кўра юрак-қон-томир касалликлари ичида ўлимнинг асосий қисми юрак ишемик касаллигига (ЮИК) тўғри келади хар йили 12 млн. аҳолини ҳаётдан олиб кетади. ЮИК касаллигини бошланиши бир-бирига таъсир ўтказиб турадиган бир қанча гемодинамик, нейрогуморал, метаболик ва бошқа омилларга боғлиқ. Охирги йилларда ЮИК муаммоси касалланишлар сонини кўпайиши, ўлим кўрсаткичларининг ортиши, турли ёш ва касбдагиларни мехнат қобилятини йўқотаётганлиги туфайли нафақат тиббий аҳамиятга, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга бўлмоқда. Chlamydia pneumoniae (ChP) - эпителий хужайраларида яшаб кўпаювчи грам-манфий хужайра ичи микроорганизм хисобланади. Организмга инфекция хаво-томчи йули билан тушади. ChP ўпка макрофагларида кўпаяди, узоқ давом этган инфекция микробни

қон оқими ичига ўтишига имкон бериши мумкин. ChP ташқи қобиғида липополисахарид сақлайди, у антитела билан боғланиб иммун комплекс хосил қилади. ЛПС ва иммун комплекс эндотелийни шикастлаши мумкин. Атеросклеротик блашкаларда ChP антителаси аниқланиши блашкани иккинчи ўринга тушишига асос бўлади. ChP кейинчалик гиперкоагулацияга мойилликни жадаллашишини бузади. Мақсади: Chlamydia pneumonia билан индуцирланган ЮИК билан огриган беморларда липидлар спектри ва липидларнинг пероксидланиш жараёнини аниқлаш. Олинган натижалар: Жаъми 22 та беморлар текширувга олиниб 2 гурухга бўлиб олинди. I гурух – назорат гурух (10 та) соғломлар, II гурух – chlamydia pneumonia билан индуцирланган ЮИК бўлган беморлар (12 та). Беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб ёш ўсиб борган сари касалликни учраш частотаси хам ўсиб борган. Бизнинг текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. II-гурухда УХС-6,1+0,1ммоль/л, назорат гурухга нисбатан 38,2%га ошган. ТГлар миқдори II-гурухда I-гурухга қараганда 14%га ортган. ЮЗЛП II-гурухда назорат гурухга нисбатан 22%га пасайган. ПЗЛПлар 3,8+0,07ммоль/лгача сезиларли бу I-гурухга нисбатан 58%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,08+0,06 бирлик, бу I-гурухга нисбатан 37,4%га юқори бўлди (P<0,05). Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммун тизим яллиғланиш ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реагирланади. Шундай қилиб Chlamydia pneumonia билан зарарланган ЮИК билан огриган беморларда 67,2%га (p<0,001) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча ЮИК беморларда 37,5%га назорат гурухига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган. Хулоса: Шундай қилиб, Chlamydia pneumonia билан индуцирланган ЮИК билан огриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобида умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Chlamydia pneumonia билан зарарланган аниқланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш мухим. Бу текширишлар ЮИКни, унинг асоратларини олдини олиш ва даволашда ахамиятга эга.

СИЛ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРНИНГ СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИЯЛАР ТАВСИФИ

Маматова Н.Т.

1-Ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф.мудири-т.ф.д., проф. Тоиров Э.С.)

Илмий раҳбар – катта ўқитувчи Ходжаева С.А.

Мақсад: Сил микобактериялари билан зарарланган болаларнинг сийдик ажратиш тизимида кузатиладиган патологиялар турларини ўрганиш. Материал ва методлар. Самарқанд вилоят силга қарши курашиш диспансерининг болалар бўлимида 2015-2018 йилларда даволанган 347 та беморнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Шулардан 100 та беморда вираж ҳолати, 216 та беморда инфицирланиш гиперергик натижа билан, 31 та беморда эса инфицирланиш нормергик натижа билан кузатилган. Текшириш натижалари. 347 та беморларнинг 49 (14,1%) тасида сийдик ажратиш тизими зарарланиши кузатилган. Ҳамма болаларда текширув натижаларига кўра ўпка ва буйрак сили инкор этилган. 49 та бемордан 6 (12%) тасида вираж ҳолати, 26 (53%) та беморда инфицирланиш гиперергик натижа билан, 17 (35%) та беморда инфицирланиш нормергик натижа билан кузатилган. Вираж ҳолати аниқланган 6 та беморнинг 2 тасида сийдик йуллари инфекцияси, 1 та беморда тунги энурез, 3 та беморда эса буйракларнинг туғма нуқсонлари кузатилган. Инфицирланиш гипергик натижа билан аниқланган 26 та беморнинг 6 (23%) тасида тунги энурез, 6 (23%) та беморда тубулоинтерстициал нефрит, 3 (11,5%) та беморда сийдик йуллари инфекцияси, 5 (19,2%) та беморда оксалурия кузатилган. Шунингдек, бир нечта беморда сийдик пуфагининг нейроген дисфункцияси, нефроптоз ва буйракларнинг туғма нуқсонлари аниқланган. Инфицирланиш нормергик натижа билан кузатилган 17 та беморнинг 4 (23,5%) тасида оксалурия ва уратурия, 3 (17,6%) та беморда тубулоинтерстициал нефрит, 3 (17,6%) та беморда сийдик йуллари инфекцияси, 1 (5,9%) беморда ўткир цистит, 2 (11,9%) та беморда тунги энурез, 1 (5,9%) та беморда сийдик пуфагининг нейроген дисфункцияси, 3 (17,6%) та беморда эса буйракларнинг туғма нуқсонлари аниқланган. Хулоса. Сил микобактериялари билан инфицирланган болаларда 14,1% ҳолатда сийдик ажратиш тизимида патология кузатилган. Бу эса ўз навбатида фтизиатрлар ва нефрологларнинг ҳамкорликда иш олиб боришлари кераклигини кўрсатади.

ЮРАК-КОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА СОГЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АХАМИЯТИ

Мардиев А.С., СамМИ тиббий педагогика факультети 305-гурух студенти

Ички касалликлар пропедевтикаси какфедраси(каф.муд.т.ф.н., доц:Ярмухамедова С.Х)

Илмий рахбар, т.ф.н., доцент: Самиев У.Б.

Мавзуни долзарблиги: хозирги кунда ахоли уртасида Соглом турмуш тарзига амал килмаслик натижасида юрак-кон томир касалликларига чалиниш юкорилиги нафакат кардиология, колаверса согликни саклаш тизимининг долзарб муомоларидан бири булиб хисобланади. Жахон Согликни саклаш ташкилотининг маълумотига кура инсон саломатлигининг 55% Соглом турмуш тарзига боглик эканлиги маълум.Ушбу касалликларни даволаш ва профилактиканинг асосий тамойиллари бу соглом овкатланишга риоя килиш, чекишдан бутунлай воз кечиш, мунтазам жисмоний юклама ва атрофдаги соглом ижтимоий, психологик мухитни баркарорлаштириш хисобланади. Изланиш максади: Юрак-кон томир касалликларига чалинганлар орасида Соглом турмуш тарзи амалларига риоя килиш даражасини урганиш. Материаллар ва текширув усуллари: СамМИ 1 сон Кардиология булимида даволанаётган 76 та беморларда касаллик сабабларини урганиш максадида соглом турмуш тарзига амал килиш даражасини аниклаш учун, анкета-саволнома таркатилди ва тулдирилган анкета натижалари тахлил килинди. Текшириш жараенида анкетадан ташкари беморларни сураб- суриштириш, касалликни клиник, лаборатор ва инструментал текшириш асосида тахлил оркали куйидагилар аникланди. Текшириш натижалари: Текширишлар натижасида юрак-кон томирлари касалликлари асосий келиб чикиш сабаблари аксарият холларда Соглом турмуш тарзига риоя килмаслик булиб чикди. Жумладан 76 та беморлардан 62 таси тугри овкатланишга риоя килмаслиги, яъни уларнинг 80% да аникланди. Беморларнинг 28 таси тамаки чекувчилар булиб чикди. Шунингдек 55 та беморда фаол жисмоний харакатнинг йуклиги аникланди. Бир катор беморларда юрак-кон томир касалликларига ирсий мойиллиги борлиги аникланди. Беморларнинг 45 тасида ортикча вазнга эга. 31та беморда ишда ва оилада рухий носоглом мухит борлиги аникланди. Шу боис барча назорат остида булган беморларга Соглом турмуш тарзи буйича маърузалар укилди, улар билан индивидуал сухбатлар утказилди, махсус буклетлар таркатилди. Текширишлар натижасида, маълум булдики Соглом турмуш тарзига амал килмаслик, ёки уни бузиш холларида юрак-кон томир касалликларига чалиниш эхтимоли анча ошиб кетар экан. Турмуш даражасининг усиши, дам олиш имкониятларининг купайиши ва турмуш тарзининг узгариши хавфли омиллар тугрисида билимларни купрок эгаллаш, тиббий хизмат курсатиш сифатининг ошганлиги ва ундан фойдаланиш осонлиги кабилар хисобига хавфли омилларнинг камайганлиги касалланишнинг пасайишига имкон беради. Хулоса: Шундай килиб юрак-кон томир касалликларга чалинган беморлар уртасида сухбатлар указилиб уларга слайдлар ва видеороликлар ташкиллаштириб, ахоли уртасида Соглом турмуш тарзини тадбик этиш буйича маърузалар укиш уз самарасини нафакат профилиактикага, колаверса даволаш жараенида хам мухим хисобланади.

ЮҚУМЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Махмудова Н.С., Зияева Г.П., Тошкент тиббиёт академияси, 4-курс талабалари, эпидемиология кафедраси

(кафедра мудири – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: Расулов Ш.М.

Касалликни турли микроорганизмлар келтириб чиқаради. Ушбу микроорганизмлар илиқ-иссиқ шароитларда тез кўпайиши сабабли касалликлар асосан кеч баҳор, ёз ва куз мавсумларида кўпроқ учрайди. Касалликнинг юқиш йўллари ва келтириб чиқарувчи омиллари: - болаларга бериладиган қўшимча овқатларни тайёрлаш жараёнида санитария-гигиена қоидалари ҳамда сақлаш шароитларига риоя қилмаслик; - уйда ва жамоат жойларида озодалик ва орасталикка риоя қилинмаганда, айниқса қўлларни овқатдан олдин ва ҳожатдан кейин совунлаб ювилмаганда; - уйда ва жамоат жойларда шахсий ва умумий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик; - мева сабзавотлар ва полиз маҳсулотларини ювмасдан истеъмол қилиш; - яхши

сақланмаган ва узоқ вақт туриб қолган овқатлар ҳамда ҳар хил турдаги салатларни истеъмол қилиш; - овқатланиш тартиби ҳамда маданиятига эътибор бермаслик, яъни ҳўл мевалар ҳамда полиз маҳсулотларини истеъмол қилинганидан сўнг қайнатилмаган сув ичиш ёки уларни ёғли овқатлар билан бир вақтнинг ўзида истеъмол қилиш; - ушбу касаллик билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлганда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик; - белгиланмаган очиқ сув ҳавзаларида (фавворалар, каналлар ва ҳ.к.) чўмилганда сув билан микробларнинг организмга тушиши; - касаллик қўзғатувчиларини ташувчи пашшаларнинг кўпайиши; Касаллик аломатлари: умумий ҳолсизлик, қорин соҳасида оғриқ бўлиши, иштахасизлик, кўнгил айниши, қайт қилиш, қайт қилиш, тананинг сувсизланиши, талвасаланиш ва бошқалар. Агарда, ўзингизда ёки оила аъзоларингизда касаллининг илк белгилари сезилса, зудлик билан оилавий поликлиникалар, ҚВПларининг шифокорига мурожаат қилиш ва уларнинг тавсиясига кўра, даво-муолажаларини олиш керак. Касалликнинг олдини олиш борасидаги зарур профилактик тадбирлар: - бир ёшгача бўлган болаларни кўкрак сути билан боқиш, 6 ойдан кейин бериладиган қўшимча овқатларни тайёрлаш жараёнида санитария-гигиена қоидаларига қатъий риоя қилиниши, улар учун овқатларни бир марта овқатлантиришга етадиган миқдорда тайёрлаш, шу мақсадда ишлатиладиган полиэтилен ва шиша идишларни ювилиши ҳамда қайнатилишини таъминлаш; -сувни қайнатилган ҳолда ичиш; -ҳўл мева ва полиз маҳсулотларини яхшилаб ювиб истеъмол қилиш; -яхши сақланмаган ва узоқ вақт туриб қолган овқатлар ҳамда ҳар хил турдаги салатларни истеъмол қилмаслик; – овқатланиш тартиби ҳамда маданиятига эътибор бериш, яъни мева сабзавотлар ҳамда полиз маҳсулотларини истеъмол қилинганидан сўнг қайнатилмаган сув ичмаслик ёки уларни ёғли овқатлар билан бир вақтда истеъмол қилмаслик; –болаларда ёшлигидан сўрғичдан фойдаланишни таъқиқлаш; –уйда, жамоат жойларида шахсий ва умумий гигиена қоидаларига риоя қилиш; –чўмилиш учун мўлжалланган сув ҳавзаларида чўмилиш; –қўлларни овқатдан олдин ва ҳожатдан кейин совунлаб ювиш ва бу кўникмани болаларга ёшлигидан сингдириб бориш; –уйда ва жамоат жойларида озодалик ва орасталикка риоя қилиш; –пашшаларни кўпайишига йўл қўймаслик керак.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ЗЎРИҚИШНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Маъдиев Х., Педиатрия факультети 213-гурух талабаси, СамМИ

Физиология ва патологик физиология кафедраси (каф. муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий раҳбар: асс. Худжанова М.А.

Тадқиқот мақсади: Психоэмоционал зўриқишнинг юрак-қон томир фаолиятига таъсирини ўрганиш. Материал ва текширув усуллари: Маълумки, юрак қон томир системасига бир қатор факторлар; ташқи мухит омиллари, харорат, намлик, босим, хаво таркиби, озуқа билан бир қаторда жисмоний ва психоэмотционал зўриқишлар хам ўз таъсирини курсатади. Изланишлар 12 та етуклик давридаги 2-курс талаба йигитларида олиб борилди. Дастлаб, нормадаги юрак уришлар сони ва Коротков усули билан артериал босим аниқланди. Кейин текширилувчилардан мияни чархловчи арифметик масалани бажариш талаб этилди. Топшириқ қуйидагича: Қоғозга дастлаб 2 қаторга 1тадан сон ёзилади ва уларни бир- бирига қушиб йиғиндиси биринчи қатордаги сон ёнига ёзилади. Агар сон 10 дан катта булса, (масалан: 12 факат, иккинчи сони ёзилади яъни 2). Юқори қатордаги йиғиндидан иккинчи қатордаги сонни айирамиз ва чиққан сонни иккинчи қатордаги сон ёнига ёзилади. Масалан; 5 7 2 9 1 0 0 1 1; 2 5 7 2 9 1 0 1 1, шу тариқа текширилувчи 40 та шундай кетма-кетликдаги амални бажариши керак. Иккинчи марта шу машқни энди белгиланган вактда яъни 1-минут давомида бажариш талаб қилинади ва текширувчи томонидан рухий босим берилади. Масалан; Сиз улгурмаяпсиз! Сиз ёмон ишлаяпсиз! Вактингиз оз колди! каби эмотционал даъватлар қилинади. Вақт тугагач, текширилувчининг пульс частотаси ва артериал босими қайта аниқланади. Тадқиқот натижалари: Нормал курсаткичларни аниқлаганимизда йигитларда ўртача қон босими максимал 116,5, минимал 76,5, пульс курсаткичи 68,8га, эмоционал зўриқишдан кейин эса ўртача курсаткич максимал босимда 132, минималда 90, пульс 82,2 тани ташкил қилди. Хулоса: Олинган натижаларни таҳлил килганимизда эмоционал зўриқишдан кейин юрак частотаси ўртача 17,2 тагача, максимал босим 16,4 ва минимал босим 14.2 гача кўтарилганини кўришимиз мумкин. Бундан шундай хулосага келиш мумкинки, психоэмотционал зўрикишлар марказий нерв системасини, айниқса юрак –қон томир фаолиятини бошқарувчи марказларни кучли қузғатади ва натижада юрак фаолиятини кескин ошиши, қон босимининг кўтарилиши каби холатлар кузатилади. Кундалик хаётда бундай психоэмоционал зўриқишларнинг тез-тез такрорланиши оқибатида юрак-қон томир системаси билан боғлиқ касалликларнинг келиб чиқиш эҳтимоли ортади.

ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИК ТАРКИБИГА КЎРА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Меликузиев О.Э. Тошкент давлат стоматология институти, мустақил изланувчи,

Расулова К.М., Мухиддинова Г.А. биология фани ўқитувчилари

1-терапевтик йигма фанлар кафедраси мудири доценти, т.ф.д., Азизов Б.С.

Илмий раҳбар: т.ф.д. доцент, Азизов Б.С.

Ҳозирги кунда энг кенг тарқалган юқумли касалликларнинг асосий қисмини ичак инфекциялари ташкил этади. Ичак инфекциялари билан асосан ёш болалар касалланиб, айрим ҳудудларда беморларнинг мутлоқ қисми - 98% атрофидагиси 5 ёшгача бўлган болалардир. Шунингдек, ичак антропонозлари эпидемик жараёнинг ривожланишига муайян ижтимоий ва табиий омиллар ҳам таъсир кўрсатади. Хусусан кейинги йилларда авж олаётган экологик таназзул, миграция жараёнлари, тегишли санитария назорати сусайган бир шароитда чет эллардан озиқ-овқат махсулотларининг оқиб келиши, республикамиз аксарият худудларидаги тоза ичимлик сув тақчиллиги, асосий сув манбаларининг транс-чегаравий табиатга эга эканлиги, санитария-коммунал қулайликлар даражасининг пастлиги каби қатор омиллар ичак инфекциялари эпидемик жараёнинг фаоллашувига, уларнинг этиологик таркибидаги ўзгаришларга олиб келади, шунингдек, қўзғатувчиларнинг биологик хусусиятлари эволюциясига сабаб бўлади. Ишнинг мақсади: Ичак инфекцияларининг этиологик таркибига кўра эпидемиологик таҳлил қилиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари: Ўзбекистон Республикаси ДСЭНМ лаборатория маълумотлари ва аниқланган беморларнинг эпидемиологик текшириш карталари. Тадқиқот ишини амалга оширишда эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари: Ўзбекистон Республикаси ДСЭНМ лабораториялари маълумотларига кўра, 1991-2015 йиллар мобайнида республика бўйича ўткир ич кетар касалликлари чақирувчиларининг 11 фоизини шигеллалар, 6,1 фоизини сальмонеллалар ташкил қилса, 60 фоиз касаллик чақирувчиларининг этиологияси аниқланмаган. Тошкент шаҳри бўйича мазкур йиллар мобайнидаги бу кўрсаткичлар қуйидагича: 18,3 фоизни шигеллалар, 15,6 фоизни сальмонеллалар ташкил қилган, 58 фоиз ҳолатда эса ЎИИ этиологияси аниқланмаган. Лаборатория ташхисотида муайян ижобий силжишлар кузатилаётганлигига қарамасдан, хануз этиологик омил аниқланмаган ЎИИ устуворлик қилмоқда. Масалан, 2009 йилда Ўзбекистон Республикасида қайд этилган ўткир ичак инфекцияларининг жами 33,2% ида этиологик агент аниқланган, жумладан 8,1% холатда шигеллезлар, 1,5% холатда ичак иерсиниозлари ва 23,6% ида булардан ташқари турли ичак инфекциялари қўзғатувчилари ажратиб олинган. Касалланганларнинг аксарият қисмида – 66,8% ида этиологик агент аниқланмаган. Беморлардан ажратиб олинган турли ичак инфекциялари қўзғатувчиларидан 25,9% ини протейлар, 20,5% ини цитробактерлар, 16,8% ини энтеробактериялар, 16,1% ини клебсиеллалар, 9,5% ини стафилококклар ва 11,2% ини бошқа микроорганизмлар ташкил этди. Ўзбекистонда 1984-1991 йилларда Флекснер дизентериясининг умумий шигеллёзлар таркибидаги улуши 46%. Зонне - 16,1%, Бойда - 34,2%, Григорьев-Шига - 3,7% ни ташкил қилган. Кўриниб турибдики, ханузгача республика миқёсида ҳам, барча маъмурий худудларда ҳам, ЎИИ билан касалланган беморларнинг 2/3 кисмида этиологик агент аниқланмасдан қолмоқда. Шунингдек, ЎИИ таркибида вируслар (масалан ротавируслар) аниқланиши жуда ҳам паст даражада қолиб кетмоқда. Шунга кўра, ўткир ичак инфекцияларига қарши эпидемиологик назорат олиб бориш учун барча худудларда (айниқса, қишлоқ шароитида) бактериологик текшириш ишларини янада такомиллаштириш ва бу ишларнинг сифатини ошириш зарур.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ОВҚАТ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Муминов Б.Ш., СамМИ, Даволаш факультети, 220 гуруҳ. Шодиева Д.А., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: асс. Караматуллаева З.Э.

Тадқиқот мақсади: охирги йилларда Самарқанд вилояти бўйича овқат токсикоинфекцияларининг клинико лаборатор хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ва уларнинг касаллик тарихлари ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда "Овқат токсикоинфекцияси" ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. "ЎИИ" ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 8,5% ни овқат токсикоинфекцияси билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, анамнестик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатув остидаги беморлардан 53,7% аёллар, 46,3% ни эркаклар ташкил этади. Беморлар асосан касалликнинг 1 куни 56,5%, 2 куни 23,3%, касалликнинг 3 куни 10,2% ётқизилган. 10% беморлар бошқа шифохоналардан ёки соғлиқни сақлаш амалиётининг бошқа бўғинларидан сўнг мурожаат этишган. Беморлар асосан касалликнинг 1-2 кунлари ётқизилган (79,8%). Кузатувдаги беморлар ёши бўйича 14 ёшгача бўлган беморлар (8,8%), 15-19 ёшгача бўлган беморлар (12,5%), 20 – 29 ёш (26,6%), 30-49 ёшгача (36,3%), 50 ёшдан катталар (15,8%) ташкил этди. Кузатувдаги беморлар орасида аҳолининг меҳнатга лаёқатли қисми кўпчиликни ташкил этди (75,4%). Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, беморларнинг аксарияти Самарқанд шаҳридан мурожаат этганлиги аниқланилди (59,9%). Шифохонага мурожаат қилган беморларнинг 29,9% хорижлик туристлар ташкил этади. 10,2% Самарқанд вилояти туманларидан мурожаат этишган. Касаллик эпидемиологик анамнези сўраб суриштирилганда, касаллик этиологик омили сифатида хот-дог (34,4%), шаурма (11,8%), салат (12,5%), сут маҳсулотлари (11,2%), қовун-тарвуз (17,8%), 12,3% беморлар кондитер маҳсулотларидан заҳарланишганлигини кўрсатишган. Беморларнинг аксарият қисмини олий ва ўрта махсус ўқув даргоҳларида таълим олаётган талабалар, мактаб ўқувчилари ташкил этади (45,7%). Беморлар орасида мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари ҳам мавжуд (2,3%). Касаллик структурасида касалликнинг спорадик шакллари нисбатан кам учраган, оилавий ва жамоа тарзида касалланиш кўпроқ учраган (67,8%). Касалликнинг оғир шакли 19,3% ҳолда, ўрта оғир шакли 54,4% ҳолда, енгил шакли 26,3% ҳолда аниқланилди. Касалликнинг енгил шакли асосан мактаб ўқувчиларида қайд этилди. Касалликнинг енгил шаклида инкубацион давр 1-кунни, ўрта оғир шаклида 18-20 соатни, касалликнинг оғир шаклида 7-8 соатни ташкил этган. Бу ҳолат адабиётлар билан мос келади. Беморларнинг койка куни ўртача касаллик оғирлигига боғлиқ енгил шаклида 1,2 кун, ўрта оғир шаклида 3,8 кун, оғир шаклида 7,8 кун давом этди. Касаллик 96,8% беморларда диспептик белгилар (кўнгил айниши, қусиш, эпигастрал соҳада оғриқ, қоринда доимий ва хуружсимон оғриқлар, ич кетиши) билан бошланган. Қолган ҳолларда беморларда фақат дискомфорт ҳолати кузатилган. Улар мажбурий қусуқ рефлексини чақиришган.Касаллик клиникасида беморларда қуйидаги белгилар аниқланилган: умумий ҳолсизлик (100%), чарчоқ (100%), бош оғриқ (58,3%), бош айланиши (35,5%), кўнгил айниши (98,2%), қусиш (100%), ўқчиш (67,85), қоринда оғриқ (75,6%), суюқ ҳолда ич ўтиши (86,8%), тана ҳароратининг кўтарилиши (75,7%), шиллиқ пардалар қуруқлиги (100%), дискомфорт ҳисси(3,2%). Касаллик клиникасида асосан диарея синдроми устунлик қилди (86,8%). Умумий қон таҳлилида лейкоцитлар 8,7 х 109/л гача 1/3 беморларда, лимфоцитоз (32,4%) ва моноцитоз (28,6%), ЭЧТ нинг ошиши 12-16 мм/соатгача аниқланилди. Беморларда қуйидаги асоратлар кузатилди: сувсизланиш 45,6%), ўткир панкреатит (5,8%), сурункали гастрит қўзғалиши (23,4%). Бактериологик таҳлил натижалари: ахлат бактериологик таҳлилида 42,5% ҳолда, ошқозон ювилган сувдан 7,4% ҳолда қўзғатувчи топилган. Қолган ҳолларда касаллик этиологик омили верификация қилинмаган. Касаллик қўзғатувчиларидан klebsiella pneumoniae 1,6%, Proteus mirobilis – 3,6%, Stafilococcus aureus –11,1%, Citrobacter – 6,6%, Enterobacter -6,6%, Pseudomonas aerugenosa-4,1% ажратилган. 22,2% ҳолда микробларнинг ассоциранган ҳолда касаллик чақирганлиги маълум бўлди (Stafilococcus aureus+ klebsiella pneumoniae, stafilococcus aureus+ proteus mirobilis, stafilococcus aureus+enterobacter). Касаллик асоратлари асосан шифохонага кеч мурожаат қилган ва микроблар ассоциранган ҳолда касаллик чақирганларда учради. Хулоса: Самарқанд вилоятида овқат токсикоинфекцияси келиб чиқишида етарли санитария шароитида тайёрланмаган овқат маҳсулотлари сабаб бўлганлиги аниқланди (71%). Касаллик кўпинча туб аҳолига мансуб бўлмаган инсонларда келиб чиққан (29,9%). Микробларнинг ассоциранган ҳолда касаллик чақирганда касалликнинг оғир ўтиши маълум бўлди (22,2%).

ПАРАСИМПАТИК НЕРВ ТИЗИМИНИНГЮРАКФАОЛИЯТИГАТАЪСИРИНИДАНИНИ-АШНЕРРЕФЛЕКСИМИСОЛИДА ЎРГАНИШ

Муродиллоева А. Э. даволаш факультети 306 гурух студенти

Физиология ва патологик физиология кафедраси мудири: д.м.н., доц. Самиева Г.У.

Илмий раҳбар: ассистент Нарзуллаева У.Р.

Ишнинг максади: СамМИ даволаш факультети III курс студентларида Данини-Ашнер рефлексининг юракфаолиятига таъсирини ўрганиш ва текширув натижасида ваготоник, норматоник ва симпатикотоник типларни аниқлаш. Материал ва текширув усуллари: Данини-Ашнер рефлекси 38 та студентда ўтказилади. Студентнинг 20 таси ўгил бола,18 таси қиз бола. Бунинг учун студентнинг нормадаги юрак уришлар сони (ЮУС) аниқлаб олинди ва кейин Данини-Ашнер рефлекси ёрдамида текширув ўтказилди. Бунинг учун ўнг қўл кўрсаткич ва ўрта бармоқлари ёрдамида кўз олмаси 20 секунд давомида босиб турилди. Бунда кўз соҳасида оғриқ пайдо бўлмаслиги лозим эди. Тажрибадан сўнг ЮУС 3 хил типда намоён бўлди: Норматоник тип- 1 минутдаги ЮУС 4-10 тагача камайди; ваготоник тип-1 минутдаги ЮУС 10 тадан куп камайди; симатикотоник тип- ЮУС камайиш ўрнига кўпайиб кетди. Текшириш натижалари: Текширувдан аввал 20 та ўғил боланинг нормадаги ЮУС 1 минутда ўртача 70-88 тагача эканлиги; қиз болалардан 2 тасида ЮУС 1 минутда 94,98 та бўлиб, уларда тахикардия кузатилганлиги, қизларнинг қолган 6 тасида ЮУС 1минутда 72-84 тагача яъни нормада эканлиги аниқланди. Данини- Ашнеррефлексибуйича 38 та талабаданолинганнатижаларнибаҳолаймиз:16 та ўғил бола ва 12 та қизболада ЮУС норматоник типда-4-10 тагача камайди; 2 та тахикардия кузатилганкиздаваготониктипда –ЮУС 12- тагакамайди;- 4та ўғилболада ва 2та қизда – ЮУС камаймади, аксинча 4-6 тагаошди. Хулоса: Студентларда парасимпатик нерв системасининг юрак фаолиятига таъсири Данини-Ашнер рефлекси ёрдамида ўрганиб чиқилди ватекширув натижасида ваготоник, норматоник ва симпатикотоник типларни аниқланди. Унга кура: 38 та текширилувчидан 28 тасида ЮУС 4-10 тагача камайиб, норматоник типдалиги; 2 тасида 12-14 тагача камайиб ваготоник типдалиги ва 6 тасида ЮУС 4-6 тагача ошиб, симпатикотоник типдалиги аниқланди.

ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА СИМУЛЯЦИОН ЎҚУВ МАРКАЗЛАРИНИНГ ЎРНИ

Муродиллаева Н.М педиатрия факультети 2-курс, 207-гурух талабаси

Илмий рахбар: Мадумарова М.М, АндМИ

Муаммонинг долзарблиги. Тиббиёт соҳасини замонавий фикрлайдиган, чуқур билимли, масъулиятни ҳис этадиган, ҳар жиҳатдан етук кадрлар билан таъминлаш масаласига бугун давлат даражасида эътибор қаратилмоқда. Хусусан, Ҳаракатлар стратегиясида ҳам кадрлар тайёрлашнинг маъно-мазмунини тубдан янгилаш, халқаро стандартлар даражасида олий малакали мутахассислар тайёрлаш учун зарур шароитлар яратишга доир муҳим масалалар белгиланган. Тиббий таълимнинг ўзига хос хусусиятларидан бири, талабаларда назарий билимларни амалиётга тадбиқ эта олиш кўникмаларини шакллантиришдан иборат. Барча амалий кўникмаларни бевосита беморларда қўллашнинг имконсизлиги, симуляцион тренажёрларнинг етишмаслиги, моддий техник базанинг замон талабларига мос эмаслиги тиббий таълим сифатига сезиларли таъсир кўрсатмоқда. Президентимизнинг 2017 йил 5 майдаги ПҚ-2956-сонли "Ўзбекистон Республикасида тиббий таълим тизимини янада ислоҳ қилиш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарори

ушбу йўналишда муҳим бурилиш ясаб берди. Тадқиқот мақсади. Тиббий таълим сифатини оширишда симуляцион ўқув марказлари ташкил этишнинг самарадорлигини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Президентимизнинг ушбу қарори мазмун моҳиятидан келиб чиққан холда, белгиланган вазифаларни ижросини таъминлаш мақсадида Андижон давлат тиббиёт институтида Германия хамкорлик жамияти (GIZ) билан хамкорликда "Эндохирургия ўқув симуляцион маркази" ташкил этилди. Ушбу марказлар замонавий реалликка яқинлаштирилган манекен-тренажерлар, манекен-имитаторлар, виртуал тренажерлар, бокс-тренажерлар, фантомлар, муляжлар, орган ва тўқималар моделлари ҳамда замонавий моддий техник база билан таъминланди. Ўқув марказида фаолият кўрсатувчи тренерлар Россия давлатида малака ошириб қайтдилар. Амалий кўникмаларни ўзлаштириш кўрсаткичлари даволаш, педиатрия ва стоматология факультетларининг 3,4 ҳамда 5 курсларининг жами 430 нафар талабаларида қайдномалар орқали тахлил қилинди. Тадқиқот натижалари. Симуляцион ўқув марказида талабаларнинг амалий дарсларини ташкил этиш ва кординация қилиш учун клиникагача бўлган ва клиник фанлар блоклари бўйича ўқув соатлари ажратилди. Ушбу симуляцион ўқув марказини ташкил этиш талабаларнинг амалий кўникмаларни ўзлаштириш кўрсаткичини ўтган йилнинг мос даврига нисбатан ўртача 24,6%га ошиши, талабаларга берилаётган назарий билимлар амалиёт билан мустахкамланиши, уларда ўрганишга нисбатан мотивациянинг ортиши, талабаларда "мен замонавий таълим технологиялари бўйича тахсил олмоқдаман" деган фикрни шаклланишига, пировардида, тиббий таълим сифатини ошишига олиб келди. Яқин йилларда институт клиникаси худудида симуляцион клиник бўлимлар ва параклиник ўқув хоналаридан иборат симуляцион ўқув комплекси қуриш бўйича амалий ишлар бажарилмоқда. Хулосалар. Тиббиёт олий таълим муассасаларида симуляцион ўқув марказларини ташкил этиш тиббий таълим тизимини халқаро стандартлар талабларига мослаштирилишга, таълим муассасалари кадрлари салоҳиятини оширишга, тиббиёт олий ўқув юрти талабаларининг амалий кўникмаларини мустаҳкамлаш ва ўқув жараёнини самарали ташкил этиш орқали юқори малакали тиббиёт кадрларини тайёрлашга хизмат қилади.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ОВҚАТ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Муминов Б.Ш., даволаш факультети, 220 гуруҳ. Джумаева Н.С., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси, СамМИ (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: асс. Мустаева Г.Б.

Тадқиқот мақсади: охирги йилларда Самарқанд вилояти бўйича овқат токсикоинфекцияларининг эпидемиологик аспектларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, клиник ва эпидемиологик. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда "Овқат токсикоинфекцияси" ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. "ЎИИ" ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 8,5% ни овқат токсикоинфекцияси билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, анамнестик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатув остидаги беморлардан 53,7% аёллар, 46,3% ни эркаклар ташкил этади. Беморларни йиллар бўйича кесимини тақсимлаганимизда, 2008 йил-4,4%, 2009 йил-4,6%, 2010 йил 5,8%, 2011 йил 5,7%, 2012 йил 7,9%, 2013 йил 9,5%, 2014 йил 9,6%, 2015 йил 10,9%, 2016 йил 11,8%, 2017 йил 13,9%, 2018 йил 15,9%. Охирги йилларда овқат токсикоинфекцияси касаллигининг кўпайишини овқат маҳсулотлари сифати устидан қилинадиган назоратнинг пасайиши билан боғлаш мумкин. Кузатувдаги беморлар ёши бўйича 14 ёшгача бўлган беморлар (8,8%), 15-19 ёшгача бўлган беморлар (12,5%), 20 – 29 ёш (26,6%), 30-49 ёшгача (36,3%), 50 ёшдан катталар (15,8%) ташкил этди. Кузатувдаги беморлар орасида аҳолининг меҳнатга лаёқатли қисми кўпчиликни ташкил этди (75,4%). Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, беморларнинг аксарияти Самарқанд шаҳридан мурожаат этганлиги аниқланилди (59,9%). Шифохонага мурожаат қилган беморларнинг 29,9% хорижлик туристлар ташкил этади. 10,2% Самарқанд вилояти туманларидан мурожаат этишган. Касаллик эпидемиологик анамнези сўраб суриштирилганда, касаллик этиологик омили сифатида хот-дог (34,4%), шаурма (11,8%), салат (12,5%), сут маҳсулотлари (11,2%), қовун-тарвуз (17,8%), 12,3% беморлар кондитер маҳсулотларидан заҳарланишганлигини кўрсатишган. Беморларнинг аксарият қисмини олий ва ўрта махсус ўқув даргоҳларида таълим олаётган талабалар, мактаб ўқувчилари ташкил этади (45,7%). Бу ҳолат айнан шу ёшдаги болаларнинг овқат сифатига эътибор қилмасдан қабул қилишини билдиради. Беморлар орасида мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари ҳам мавжуд (2,3%). Касаллик структурасида касалликнинг спорадик шакллари нисбатан кам учраган, оилавий ва жамоа тарзида касалланиш кўпроқ учраган (67,8%). Кузатувдаги беморлар бандлиги бўйича тақсимланиши: МТМ тарбияланувчилари-2,3%, мактаб ўқувчилари-12,2%, коллеж талабалари-18,3%, институт талабалари-15,2%, ўқитувчилар-4,6%, мардикорлар-5,6%, бозор ходимлари-7,8%, ҳайдовчилар-4,1%, туристлар-29,9%. Туристлар Сингапур (7,8%), Туркия (13,2%), Гваматела (11,2%), Тожикистон (23,4%), Қирғизистон (3,2%), Ҳиндистон (1,6%), Эрон (7,7%), Корея (1,7%), Қозоғистон-18,7%, Молдавия-11,5% каби давлатлардан ташриф буюришган. Буларда касалликни иқлимий шарт шароитлар билан боғлаш мумкин. Касалликнинг оғир шакли 19,3% ҳолда, ўрта оғир шакли 54,4% ҳолда, енгил шакли 26,3% ҳолда аниқланилди. Касалликнинг енгил шакли асосан мактаб ўқувчиларида қайд этилди. Хулоса: Касалликнинг охирги йилларда кўпайишида туристларнинг роли ҳам бор. Самарқанд вилоятида овқат токсикоинфекцияси келиб чиқишида етарли санитария шароитида тайёрланмаган овқат маҳсулотлари сабаб бўлганлиги аниқланди (71%). Бу ҳолат кўчада тайёрланадиган (хот-дог, шаурма) озиқ маҳсулотларини тайёрлаш, уни истеъмоли юзасидан санитар оқартирув ва сифатини назорат қилиш ишларини кучайтириш лозимлигини билдиради. Овқат токсикоинфекциялари асосан ўқувчилар ва талабалар орасида учраганлигини эътиборга олган ҳолда, аҳолининг бу қатлами орасида тарғибот ва ташвиқот ишларини олиб бориш керак. Госпитализацияга бўлган бирламчи бўғинда (поликлиника, тез ёрдам, қишлоқ оилавий пункти, туман шифохонаси шифокорлари) бу касаллик ҳақида етарли маълумот бериш кераклигини билдиради.

ИЧИМЛИК СУВИНИНГ МОДДА ВА ЭНЕРГИЯ АЛМАШИНУВИДАГИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Мухторов Д., СамМИ педиатрия факультети 213-гурух талабаси

Физиология ва патологик физиология кафедраси (каф. муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий раҳбар: асс. Худжанова М.А.

Ишнинг мақсади: Ичимлик сувининг асосий алмашинувига, организм ички мухитининг доимийлигини таъминлашдаги аҳамиятини ўрганиш. Материал ва текширув усуллари: Маълумки инсон организмининг ички муҳит доимийлигини таъминлашда сувнинг ўрни беқиёсдир. Катта ёшли одам сувга бўлган эҳтиёжни қондириш учун суткада камида 2 литр сув истеъмол қилиши лозим. Бироқ статистик маълумотларга кўра, аксарият одамлар суткалик миқдорнинг бор-йўғи 1/3 қисмини истеъмол қилиши аниқланган. Биз сувни меъёрида истеъмол қилишнинг асосий алмашинувга таъсирини ўрганиш мақсадида 12 нафар тана вазни нормага нисбатан оғир бўлган кўнгилли талаба йигитларни танлаб олиб, дастлаб нормадаги тана вазни, бўй узунлиги, ёшига қараб, Харис Бенидект формуласи ёрдамида асосий алмашинув кўрсаткичини аниқладик. Кейин текширилувчиларнинг тана вазнига кўра сувга бўлган суткалик эхтиёжини аниқладик. Яъни аёлларда тана вазни* 31мл Эркакларда тана вазни*35мл (Мартемьянова формуласи асосида) Кейин бир ой давомида аниқланган кўрсаткич асосида сув истеъмол қилинди. Истеъмол қилинадиган сув хона ҳароратида ва овқатдан ярим соат олдин ва овқатдан бир соат кейин ичиш тавсия этилди. Тадқиқот натижалари: Текширилувчиларда нормал кўрсаткичларни аниқлаганимизда ўртача тана вазни 83,8 кг, асосий алмашинув миқдори 1935 ккал, суткалик сувга бўлган эҳтиёж 2,9литрга тенг эканлигини аниқладик. Бир ойлик сувли диетадан кейин эса, ўртача асосий алмашинув миқдори 1892 ккалга, тана вазни 81 кг каби кўрсаткичлар қайд этилди. Натижаларни таҳлил қиладиган бўлсак, сувни меъёрида истеъмол қилиш асосий алмашинувни сезиларли равишда ортишига олиб келди ва бунинг натижасида текширилувчиларда тана вазнининг камайиши, ҳаракат активлигининг ортиши ва ҳазм жараёнининг жадаллашуви каби ҳолатлар қайд этилди.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИК СИНДРОМ ДИАГНОСТИКАСИ

Набиева Д.М., педиатрия факультети, 416 гуруҳ. Мўминова Ш.Ш., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: доцент Ярмуҳаммедова Н.А.

Тадқиқот мақсади: ўткир ичак инфекцияси билан касалланган болаларда гемолитико-уремик синдром (ГУС) кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда "Ўткир ичак инфекцияси" ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. "ЎИИ" ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 33,8% ни гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Беморларга қуйидаги текширвлар ўтказилган: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, ахлат ва қон бактериологик текшируви, биокимёвий таҳлил. Таҳлил чоғида биз ушбу касалликнинг этиологик омилларига, ҳамроҳ касалликлар билан бирга кечиш хусусиятларига, ёшга ва жинсга боғлиқ ҳолда кечишига асосий эътиборни қаратдик. Таҳлил натижаларига, ёш бўйича ушбу касаллик болаларда 6 ойликгача -42,1% да, 6 ойликдан 1 ёшгача - 28,6% да, 1- 3 ёшгача - 29,3% ҳолда учраган. Шулардан қиз болалар 40,7%, ўғил болалар 59,3% ни ташкил қилади. Беморларнинг 11,4% гемолитико уремик синдром ривожланган. Беморларнинг преморбид фонини таҳлил қилиш чоғида, 47,6% беморлар сунъий овқатланитиришда, 11,7% беморларнинг онасида гестоз кузатилган, 19,5% беморларда узоқ муддатли гипербилирубинемия, 11,5% беморларда тана вазни етишмовчилиги, 9,8% беморларда тана вазнининг ортиқчалиги аниқланилган. Камқонлик барча беморларда кузатилди (100%). Тадқиқот чоғида гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари касаллиги йилнинг ёз ва куз ойларида учраши маълум бўлди (51,6%). 24,5% беморлар касалликнинг биринчи куни, 17,7% беморлар касалликнинг 2-3 кунлари, 57,8% касалликнинг 3-5 суткасида шифохонага ётқизилган. Таҳлиллардан кўриниб турибдики, аксарият беморлар шифохонага кечикиб мурожаат этишган. Беморларнинг барчасида касаллик ўткир ривожланиб, иситма ва интоксикация билан кузатилган. Касаллик клиникасида 64,2% қусиш, 52,3% да гемоколит, 14,2% - энтерит туридаги ахлат устунлик қилиши аниқланилди. Шунингдек, сўлак ажралишининг камайиши - у 28,2%, тери қопламлари оқариши - 47,6%, жигар ўлчамларнинг катталашиши - 40,4% ҳам аниқланилган. Токсикоз эксикоз 1 даражаси 18,5%, 2-даражаси 45,4%, 3-даражаси 36,1% беморларда аниқланилди. Беморларнинг 81,5% сувсизланишнинг ўрта оғир ва оғир шакллари аниқланилди. Таҳлил чоғида касаллик бошида барча беморларда касаллик белгилари бир хил бўлганлиги, ўткир ичак инфекциясига хос бўлган барча белгилар кузатилганлигини кўриш мумкин. ГУС ривожланган болаларда кейинчалик тўхтовсиз қусиш ва гемоколит ривожланганлигини аниқлаш мумкин. Бу симптомлар ривожланиши билан бемор умумий аҳволи оғирлашган. Беморларнинг тана ҳарорати кўтарилиши давомийлиги қуйидагича бўлди: 68,6% ҳолда 5 кунгача, 7,9% ҳолатда 6-10 кун, 12,1% изида эса 10 кундан ортиқ иситма кузатилган, 11,4% беморда эса тана ҳарорати кўтарилиши аниқланилмаган. Касаллик 58,6% беморда ўрта оғир, 41,4% изида эса оғир шаклда кечган. Бемор болаларнинг 19,3% реанимация бўлимида даволанган. Гемоколит синдроми асосан 6 ойликдан 12 ойликкача бўлган болаларда кузатилган (65%). Анурия 56,7% бир ёшгача бўлган беморларда касалликнинг 3,8±0,5 суткасида, 1 - 3 ёшда касалликнинг 4,8±0,7 суткасида, 3 ёшдан катта болаларда касалликнинг 5,8±0,7 суткасида келиб чиққан. Таҳлиллардан кўриниб турибдики, боланинг ёши қанчалик кичик бўлса, ўткир буйрак етишмовчилигига хос бўлган белгилар тезда келиб чиқади. 71,4% беморларда анурия, қолганларида олигурия келиб чиқди. Беморларда шу даврда неврологик симптоматика ҳушнинг бузилиши (қўзғалиш, ҳолсизлик ва сопор), тарқалган талвасалар сифатида келиб чиқди. Барча беморларда касаллик ташхиси ахлат таҳлилининг бактериологик текшируви асосида, яъни ахлатдан қўзғатувчи ажратиб олиниши билан тасдиқланган. Enterobacter 27,3%, Klebsiella pneumoniae 19,6%, Citrobacter 6,7%, Proteus mirobilis 7,6%, stafilococcus aureus 2,1%, shigella dizenteriae 5,5%, Salmonella- 16,4%, Enterobacter -6,6%, Pseudomonas aerugenosa-8,1% ҳолда ажратилган. Бу микробларнинг барчаси грамм-манфий ҳисобланади. Улар парчаланганда ажратиладиган эндотоксин организмга ҳалокатли таъсир қилади. Қон биокимёвий таҳлили: мочевина миқдорининг 4-6 баравар ошиши, креатининнинг 6-9 баравар ошиши, оқсил миқдорининг 20-30% гача пасайиши, трансаминаза миқдорининг 2-3 баравар ошиши аниқланилди. Бир ёшгача бўлган болаларда креатинин ва мочевина миқдори бошқа ёшдаги болаларга нисбатан бир неча баравар ошганлиги маълум бўлди. Бу ҳолат 1 ёшдан катта болаларда компенсатор механизмларнинг кучлироқ ривожланганлигини кўрсатади.Умумий қон таҳлилида: лейкоцитоз, нейтрофилёз, моноцитоз кузатилди. Юқоридагилардан кўриниб турибдики, инфекцион токсикоз ва азотемия клиник МНТ шикастланиши, периферик қон айланиши бузилиши ва ичакларнинг маҳаллий зарарланиши билан намоён бўлди. Хулоса: ГУС – синдром бўлиб, асосан 3 ёшгача бўлган болаларда ЎИИ фонида келиб чиқади. Асосан грамм-манфий флора асосида кузатилади. Бу патология келиб чиқишида беморлардаги преморбид фон (чақалоқлик даврида давомли гипербилирубинемия ва сунъий овқатлантириш) муҳим рол ўйнайди.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИК СИНДРОМ КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Набиева Д.М., педиатрия факультети, 416 гуруҳ. Мўминова Ш.Ш., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: доцент Самибаева У.Х.

Тадқиқот мақсади: ўткир ичак инфекцияси билан касалланган болаларда гемолитико-уремик синдром (ГУС) клинико эпидемиологик кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда "Ўткир ичак инфекцияси" ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. "ЎИИ" ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 33,8% ни гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Беморларга қуйидаги текширувлар ўтказилган: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, ахлат ва қон бактериологик текшируви, биокимёвий таҳлил. Таҳлил чоғида биз ушбу касалликнинг этиологик омилларига, ҳамроҳ касалликлар билан бирга кечиш хусусиятларига, ёшга ва жинсга боғлиқ ҳолда кечишига асосий эътиборни қаратдик. Таҳлил натижаларига, ГУС синдроми гемоколит кузатилган беморларнинг 11,4% да аниқланилган. Ёш бўйича ушбу касаллик болаларда 6 ойликгача -42,1% да, 6 ойликдан 1 ёшгача - 28,6% да, 1- 3 ёшгача - 29,3% ҳолда учраган. Шулардан қиз болалар 40,7%, ўғил болалар 59,3% ни ташкил қилади. Беморларнинг 11,4% гемолитико уремик синдром ривожланган. Беморларнинг преморбид фонини таҳлил қилиш чоғида, 45,6% изини тез тез хасталанувчи беморлар ташкил этади. 13,7% беморларнинг онасида гестоз кузатилган, 19,5% беморларда узоқ муддатли гипербилирубинемия, 11,5% беморларда тана вазни етишмовчилиги, 9,8% беморларда тана вазнининг ортиқчалиги аниқланилган. Камқонлик барча беморларда кузатилди (100%). Беморларнинг овқатланишини таҳлил қилганимизда, 47,6% беморлар сунъий овқатлантиришда, 24,5% беморлар табиий, 29,9% беморларнинг аралаш овқатланитиришда эканлиги маълум бўлди. Сунъий овқатлантиришда бўлган болаларнинг 56,8% мослашмаган аралашмалар билан озиқланиши тадқиқотларда аниқланилди. Тадқиқот чоғида гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари касаллиги йилнинг ёз ва куз ойларида учраши маълум бўлди (51,6%). 24,5% беморлар касалликнинг биринчи куни, 17,7% беморлар касалликнинг 2-3 кунлари, 57,8% касалликнинг 3-5 суткасида шифохонага ётқизилган. Таҳлиллардан кўриниб турибдики, аксарият беморлар шифохонага кечикиб мурожаат этишган. Беморларнинг стационаргача олган муолажаларини таҳлил қилганимизда, 35,7% изи энтеросорбентлар, биопрепаратларни қабул қилганлиги, 16,7% per os антибактериал дори воситаларини (нифуроксазид, фталазол, эрсефурил), 13,4% гентамицин, амикацин, 15,6% изи цефалоспоринлар I ва II авлодини, 18,6% беморлар цефалоспоринлар II ва III авлодини қабул қилганлиги аниқланилган. Таҳлиллардан кўриниб турибдики, 52,4% беморлар касалликни

антибактериал препаратларсиз ёки самарасиз антибиотиклар билан даволаб ўтказиб юборишган (нифуроксазид ва фталазол 5 кундан зиёд берилган). Беморларда касаллик ўткир ривожланиб, иситма ва интоксикация билан кузатилган. Касаллик клиникасида 64,2% қусиш, 52,3% да гемоколит, 14,2% - энтерит туридаги ахлат устунлик қилиши аниқланилди. Шунингдек, сўлак ажралишининг камайиши - у 28,2%, тери қопламлари оқариши - 47,6%, жигар ўлчамларнинг катталашиши - 40,4%, юз ва қўл-оёқларда шиш – 34,7% ҳам аниқланилган. Токсикоз эксикоз 1 даражаси 18,5%, 2-даражаси 45,4%, 3-даражаси 36,1% беморларда аниқланилди. Беморларнинг 81,5% сувсизланишнинг ўрта оғир ва оғир шакллари аниқланилди. Таҳлил чоғида касаллик бошида барча беморларда касаллик белгилари бир хил бўлганлиги, ўткир ичак инфекциясига хос бўлган барча белгилар кузатилганлигини кўриш мумкин. ГУС ривожланган болаларда кейинчалик тўхтовсиз қусиш ва гемоколит ривожланганлигини аниқлаш мумкин. Бу симптомлар ривожланиши билан бемор умумий аҳволи оғирлашган. Беморларнинг тана ҳарорати кўтарилиши давомийлиги қуйидагича бўлди: 68,6% ҳолда 5 кунгача, 7,9% ҳолатда 6-10 кун, 12,1% изида эса 10 кундан ортиқ иситма кузатилган, 11,4% беморда эса тана ҳарорати кўтарилиши аниқланилмаган. Касаллик 58,6% беморда ўрта оғир, 41,4% изида эса оғир шаклда кечган. Бемор болаларнинг 19,3% реанимация бўлимида даволанган. Гемоколит синдроми асосан 6 ойликдан 12 ойликкача бўлган болаларда кузатилган (65%). Анурия 56,7% бир ёшгача бўлган беморларда касалликнинг 3,8±0,5 суткасида, 1 - 3 ёшда касалликнинг 4,8±0,7 суткасида, 3 ёшдан катта болаларда касалликнинг 5,8±0,7 суткасида келиб чиққан. Таҳлиллардан кўриниб турибдики, боланинг ёши қанчалик кичик бўлса, ўткир буйрак етишмовчилигига хос бўлган белгилар тезда келиб чиқади. 71,4% беморларда анурия, қолганларида олигурия келиб чиқди. Беморларда шу даврда неврологик симптоматика ҳушнинг бузилиши (қўзғалиш, ҳолсизлик ва сопор), тарқалган талвасалар сифатида келиб чиқди. Хулоса: ГУС – синдром бўлиб, гемоколит кузатилган, асосан 1 ёшгача бўлган болаларда келиб чиқади. Бу касалликнинг келиб чиқишига стационаргача бўлган даврда касалликни ўтказиб юбориш ҳоллари ҳам туртки бўлади. Шунингдек, беморлардаги преморбид фон (чақалоқлик даврида давомли гипербилирубинемия ва мослашмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантириш) муҳим рол ўйнайди. ГУС синдроми сувсизланиш фонида тезда ривожланиши тадқиқотларда маълум бўлди.

КУЙДИРГИ КАСАЛЛИГИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Насимов Ж., СамМИ, Даволаш факультети, 606 гуруҳ, Бахриева З.Дж., ассистент.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Орзиқулов А.О.

Тадқиқот мақсади: Амалиётда куйдирги касаллиги тарқалган шакли кам учраши ва унинг клиник белгилари кай тариқа кечишини ўрганиш мақсадида амалиёт шифокорлари ва талабалар учун ушбу касаллик клиник кечиш хусусиятларини ёритиб, кенгроқ маълумот бериш маъкул кўрдик. Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари: Шу мақсадда биз Самарқанд вилоят Юқумли касалликлар клиник шифохонасида «Куйдирги. Тарқалган тури. Тери ва ичак шакли. Оғир кечиши. Касаллик асорати: Ичак перфорацияси» ташхиси билан ётиб даволаниб чиккан бир беморнинг касаллик тарихини ретроспектив тахлил этдик. Бемор М. 62 ёшда. Самарқанд туманидан. 24.08.2018 куни шифохонага бош оғриғи, ваража, қўл ва оёқ бўғимларида қақшаш, қўлида фурункул пайдо бўлиши шикоятлари билан мурожаат этган. Касаллик 17.08.2018 куни қўлида пуфакча пайдо бўлиши билан бошланган. Бу пуфакча ярачага айланган. Амбулаторияда левомеколь малҳам қўйилган. Бироқ аҳволида ўзгариш кузатилмаган, қўлида шиш, иситма кўтарилиши, ваража бошланган. Эртаси куни бош оғриғи, ваража, иситма, қўл ва оёқ бўғимларидаги қақшаш кучайиб борган. Аҳволи яхшиланмагач, 24.08.2018 йил шифохонага ётқизилган. Эпидемиологик анамнези таҳлил этилганда, беморнинг мунтазам равишда уй ҳайвонлари билан мулокотда бўлиши, касалликдан 10 кун олдин молини сўйганлиги аниқланилди. Кўрик вақтида чап билакнинг пастки қисмида 3*4 ва 5*5 см атрофида оғриқсиз яра мавжуд. Яра ўртаси қора рангда. Беморнинг қўлида шиш аниқланади. Тери ранги ўзгарган. Шифохонада ўтказилаётган муолажаларга қарамасдан, доимий равишда ваража, иситма, безовталик кузатилган. Ҳолсизлик кучайиб борган. Қўлидаги карбункуллар тузалган. Шиш қайтган. 03.09.2018 куни бемор қорнида оғриқ бошланган. Беморда 24 соат давомида тана ҳарорати 40 С дан тушмаган. Лаборатор тахлилларидан: умумий кон тахлилида: Нв-92,7 г/л, Эр-2,9*10/12, лей-7,3*10/9, ЭЧТ-28 мм/с. Сийдик таҳлили: ранги тўқлашган, оқсил 1,0 г/л. Лейкоцитлар 4-5-8. Эритроцитлар-1-2. Ахлат таҳлили: суюқ, яшил, қон лахталари ++, шиллиқ +++, лейкоцитлар кўп миқдорда. УТТ: қорин бўшлиғида 800 мл.гача хира, лойқа суюқлик аниқланади. Бактериологик текширув: B.antracis топилган. Хирург кўригидан сўнг беморга “Куйдирги. Тарқалган шакли. Асорати: ичак перфорацияси” ташхиси қўйилиб, Республика шошилинч тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанддаги филиалига ўтказилган. У ерда беморда “Ингичка ичак резекцияси” операцияси қилинган. Беморга колоностома қўйилган. Сўнгра беморнинг умумий аҳволи яхшилангач, бир ҳафтадан сўнг 10.09.2018 йил бемор қайтадан ВЮККШ га ўтказилган. 24.09.2018 куни беморнинг умумий аҳволи яхшилангач, хирургия бўлимига ўтказилган. У ердан уйига жавоб берилган. Қуйидаги даво муолажаларини қабул қилган: дезинтоксикацион терапия, антибиотикотерапия (пенициллин, цефазолин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, бисептол), витаминотерапия кабул килган. Хулоса килиб айтганда, куйдирги касаллиги тўлиқ бартараф этилмаган зооноз касалликлар сирасига киради. Бу касаллик айрим ҳолларда тери кўринишида учраб турса-да, юқорида айтиб ўтганимиз каби касаллик кўринишлари ҳам келиб чиқиши мумкин. Шу боис, касалликни ўз вақтида аниқлаш ва керакли даво муолажаларини олиш хасталик оғир кечишининг ва асоратларининг олдини олишга хизмат қилади. Бундан ташкари, касалликнинг олдини олишга қаратилган эпидемик чора тадбирларга ҳам риоя қилиш муҳим рол ўйнайди.

ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР ИНДЕКСИ ВА СТРЕСС КЎРСАТГИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Низомова И.Б. СамМИ даволаш факультети 517-гурух студенти

Анестезиология ва реаниматология кафедраси (каф.муд. т.ф.н. доц. Матлубов М.М.)

Илмий рахбар: Акрамов Б.Р.

Долзарблиги: юрак-қон томир касалликлари ичида, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) шу жумладан ўткир коронар синдроми(ЎКС) кўп тарқалган ва шунга кўра диагностикаси вадаволаш томойиллари ишлаб чиқилишига қарамасдан,беморларда дастлаб юз берадиган қон томир тизимини функционал ўзгаришларини ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Ишнинг мақсади:ЎКС бўлган беморлардакасалликнинг эрта босқичларидастресс ўзгаришларни баҳолаш ва самарали даволаш тамойилларинийўтказиш. Материал ва текшириш усуллари:СамМИ 1-клиникасининг реанимациябўлимида ЎКС(42дан 73 ёшгача) бўлган 77 беморларда текшириш ўтказилди. Бу беморларнинг 39тасидамоикард инфаркти (МИ),38тасида эса ностабил-стенокардия (НС), ЎКС ташхиси қўйилди. Барча беморларга стандарт бўйича текширишлар (умумий қон ва сийдик таҳлили, қон биохимияси,коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ ва бошқалар ўтказилди) шу билан бир қаторда,беморларда стресс ҳолатни баҳолаш мақсадида қондаги глюкоза миқдорианиқланди(RADIOMETER ABL-800 FLAX, Дания). Беморларда юрак-қон томир тизимининг функционал ўзгаришлар индекси, А.П Берсеновaнинг формуласидан фойдаланилган ҳолда аниқланди, яъни қуйидаги формулага ФЎИ=0,011ПС + 0,014САБ+ 0,008ДАБ+0,014Ё+0,009ТМ- 0,009Р - 0,27асосланган ҳолда олиб борилди. Бу ерда пульс сони (ПС), ёши (Ё), тана вазни (ТВ), юрак уриш сони (ЮУС), систолик артериал босим (САБ), ва 0,000126 ўзгармас сон. Бу кўрсаткич қониқарли 2,59, зўриққан 2,6-3,01, қониқарсиз 3,01< дан катта бўлса ҳисобланади. Текширишнинг натижалири:МИ бўлган(39та) беморлардаглюкоза миқдори-9,7 ммоль/лга ва НС ва ЎКС(38та) беморларда глюкоза миқдори ўртача миқдорни-10,1 ммоль/лни ташкил этди. Қон айланиш тизимининг функционал ўзгаришлар индекси МИ бўлган 2та беморда 2,59 қониқарли, 6 та беморда 2,6-3,01 зўриққан, 30 та беморда 3,01<дан юқори қониқарсиз кўрсаткичлар аниқланди. НС ва ЎКС1 та беморда 2,59 қониқарли, 4 та беморда 2,6-3,01 зўриққан, 32 та беморда 3,01<дан юқори қониқарсиз кўрсаткичлар аниқланди.Бундай текширишлар ўтказилгандан сўнг,МИ бўлган беморларда даволашнингбиринчи суткасидастандарт асосида даволаш олиб борилди. МИ бўлган (39та)беморларда стресс реакцияни олдини олиш мақсадида наркотик аналгетиклар билан бирга афабозол

10мгдан берилди.ДаволашдансўнгМИ инфаркти беморларда глюкоза миқдори-6,2 ммоль/л гача пасайди. НС ва ЎКС(38та) беморлардақондаги глюкоза миқдори аниқлангандаўртача миқдорни-7,3 ммоль/лкўрсатди. Хулоса:ЎКС бўлган беморларда стандарт асосидатекшириш вадаволаш билан бир қаторда оддий усуллардан бўлган(А.П Берсенова усули) қон-томир тизимини функционал ўзгаришлар индексини баҳолаб, организмда стресс кўрсатгичлар билан юзага келадиган ножўя ўзгаришларни ўз вақтида бартараф қилишга ёрдам беради.

СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИ УСУЛЛАРИ

Нуриддинов А.Х., СамМИ даволаш факультети 304- гурух студенти

Хусаинбоев Т., даволаш факультети 317-гурух студенти

Физиология ва Патологик физиология кафедраси (каф.муд, т.ф.д.доцент Самиева Г.У.)

Илмий рахбар асс. Курбонова Г.А.

Тадкикотнинг асосий максади. Тиббиёт амалиётида сийдик ва таносил аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликларни аниқлаш, замонавий усулда даволаш ва олдини олиш. Материаллар ва текшириш усуллари. Сийдик ва таносил аъзоларнинг сурункали касалликларни аниқлаш мақсадида бизлар Самарқанд вилоят Пастдаргом туман А. Навоий номли КВП-тида тадқиқот ишларини олиб бордик. Тиббий муассасага беркитилган умумий ахолининг сони 5560 тани ташкил этади. Булардан эркаклар 2980 тани (53,6%), аёллар эса 2580 тани (46,4%) ўз ичига қамраб олади. Буларнинг ҳаммаси тиббий кўрикдан ўтказилди. Сийдик ва таносил аъзоларнинг сурункали касалликлари клиник ва параклиник маълумотларга асосланган ҳолда қўйилди. Баъзи диагностик текширишлар (УЗИ, сийдикни Нечипоренко усули бўйича текшириш, Зимницкий синамаси ва бошқалар) туман марказий шифохонасида ўтказилди. Тадқиқот натижалари. Сийдик аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликларидан сурункали пиелонефрит энг кўп учради. Тиббий кўрикдан ўтказилганлардан 140-тасида (2,5%) мазкур касаллик топилди. Булардан энг кўп фоизини 15 ёшдан 35 ёшгача мансуб бўлган одамлар ташкил этди, касалликнинг давомийлиги 3 йилдан – 5 йилгача эди. Кейинги ўринда цистин касаллиги туради, тиббий кўрикдан ўтказилганлардан 40 нафарида (0,7%) бу касаллик аниқланди, буларнинг кўпчилиги 5 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар эди. Тиббий кўрикдан ўтказилган 35 та беморда (0,6%) простатит касаллиги топилди, уларда бу касалликга хос бўлган клиник белгилар мавжуд эди. Простатит касаллиги 36 ёшдан катта бўлган одамларда асосан кузатилди. Ва нихоят 18та беморда (0,3%) сурункали гломерулонефрит касаллиги аниқланди. Сурункали пиелонефрит, сурункали гломерулонефрит, цистит ва простатит касаллиги топилган беморларга даволаш муолажалари ўтказилди. Сурункали пиелонефрит ва цистит билан касалланган беморларга антибиотиклар (цефалексин ёки ципрофлоксацин 250-500 мг кунига 2 махал 5 кун давомида), сульфаниламид препаратлар (триметоприм 160-300 мг кунига 2 махал 5 кун давомида) ва нитрофуранлар тавсия этилди. Сурункали гломерулонефрит билан касалланган беморларга пархезни тўғри ташкиллаштириш, антибиотиклар (пенициллин 500 мг-дан 3 махал мушак орасига), диуретиклар (фуросемид 1 таблеткадан 3 махал), стероид гормонлар (преднизолон 1мг/кг схема бўйича), аминохинолин гурухига кирувчи дорилар ва гипотензив препаратлар (АПФ ингибиторлари) тавсия этилди. Простатит касаллиги топилган беморларга эса мазкур касалликга қарши даволаш муолажалари ўтказилди. Хулосалар. 1.Тиббий кўриклар ўтказиш жараёнида жами 233та беморларда (4,2%) ҳар хил турдаги сийдик ва таносил аъзолларнинг сурункали касалликлари топилди. Сурункали пиелонефрит касаллиги 140 та беморда (2,5%), цистит 40 та беморда (0,7%), простатит 35 та беморда (0,7%) ва сурункали гломерулонефрит касаллиги эса 18 та беморда (0,3%) аниқланди. 2. Сийдик ва таносил аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари топилган беморларга эффектив равишда даволаш муолажалари ўтказилди.

ПАРКИНСОНИЗМ КАСАЛЛИГИНИНГ НОЗОЛОГИК ШАКЛЛАРИНИНГ КЛИНИК МЕЗОНЛАРИ

Олланова Ш.С неврология кафедраси илмий изланувчиси

Неврология ва нейрохирургия кафедраси каф.муд.проф. Джурабекова А.Т

Илмий рахбар проф. Абдуллаева Н.Н.

Ишнинг максади. Бирламчи ва иккиламчи Паркинсонизмга хос булган касаллигининг турли шаклларига хос булган неврологик бузилишларнинг хусусиятларини урганиш. Материал ва текшириш усуллари: Биз томонимиздан СамМИ клиникаси неврология булимида 2015-2018 йй давомида стационар шароитида даволанган 50 та беморнинг касаллик тарихи урганилиб, тахлил килинди. Касаллик диагностикасига асосий хос булган 3 та симптом брадикинезия, тинч холатдаги тремор ва ригидликка асосланди. Паркинсонизмнинг нозологик турини диагностика килишда, кабул килинган Халкаро мезонларга таяндик. Ушбу касалликка хос булган клиник белгилар билан мурожаат килган Паркинсонизм ташхиси куйилган 40 та беморда чукур неврологик статус ва беморнинг анамнестик маълумотлари тахлил килинганда, 29 та (72,5%) беморда иккиламчи паркинсонизм ташхиси куйилган. Шундан утказилган ишемик инсулт асорати туфайли 12 та (%), посттравматик паркинсонизм 7 та (%), Тизимли дегенератив каслликлар туфайли 5 (%) аникланди. Беморларни клинико-неврологик текшируви, стандарт неврологик курик ва куйидаги шкалалардан фойдаланилди: Хени Яра шкаласи; Паркинсон касаллигини бахоловчи унифицирланган рейтинг шкаласи, мотор флюкутация огирлигини бахоловчи Т.Е.Эйххорнас шкаласидан фойдаланилди. Клиник симптоматика буйича гипокинезия ва юришнинг бузилиши (87%), вегетатив бузилишлар 5 та беморда, сийдик ажралишининг нейроген характердаги бузилишлари () кузатилди, 7 та беморда когнитив бузилишлар устунлик килди. Хулоса: Паркинсонизм касаллигига нозологик ташхис куйишда, касаллик белгиларининг ривожланиш вакти, харакат бузилишларининг авж олиши, дофаминэргик препаратларнинг кулланилиш натижаси ва когнитив бузилишлар назарда тутилади.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА КАТТАЛАРДА ПНЕВМОКОККЛИ МЕНИНГИТ КЛИНИКО ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Орипова П.О., СамМИ, магистратура III курс резиденти, Рустамова Ш.А.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: доцент Ярмуҳаммедова Н.А.

Тадқиқот мақсади: охирги йилларда Самарқанд вилоятида катталар орасида пневмококкли менингит клинико лаборатор кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор. Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда бактериал йирингли менингит ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. Жами кузатув остига олинган беморлардан 19,6% изини катталар ташкил этди. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. 26 (12,4%) тасида касаллик ташхиси бактериологик усулда тасдиқланилган. Кузатув остидаги беморлардан 55,7% эркаклар, 44,3% ни аёллар ташкил этади. Адабиётлардан маълумки, пневмококкли менингит кўпинча эркак жинсидагиларда учрайди (Королева И.С.и соавт 2012 гг). Бизнинг кузатувимизда жинслар орасида учраш тезлиги бўйича кескин фарқ кузатилмади. Беморлар стационарга қуйидаги ташхислар билан ётқизилган: «ЎРИ» (47,3%), «Сурункали тонзиллит» (13,1%), «Менингококкли инфекция» (7,8%), «ЎИИ. Бронхопневмония» (12,3%), «Йирингли менингит» (19,5%). Кузатувдаги беморларни ёш бўйича таҳлил этганимизда, 19 - 25 ёшдагилар (7,8%), 25 - 30 ёш (26,9%), 30 - 40 ёш (19,7%), 40 ёшдан катталар (45,6%) ташкил этди. Бу адабиётлардаги маълумотлар билан мос тушади (БарановА.А. и соавт. 2012 гг.). Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, аксарияти Самарқанд вилоятидан мурожаат этганлиги аниқланилди (87,3%). Шунингдек, катта ёшдагиларда касалликка хос мавсумийлик аниқланилмади. Катта ёшдагиларнинг аксарияти касаллигини совқотиш билан боғлашди

(56%). Адабиётлардан маълумки (Королева И.С. и соавт, 2012), одатда пневмококкли менингит келиб чиққан ҳолларда анамнезидан уларда бирламчи пневмококкли инфекция ўчоғи борлигини аниқлаш мумкин. Бизнинг кузатувимиздаги беморлардан 70,3% изида анамнезидан пневмококкли инфекциянинг бирламчи ўчоғи борлиги маълум бўлди. Улардан 28% изида-пневмония, 1,8% изида -сепсис, 11,0% изида ўрта қулоқ отит касаллиги, 9,2% беморларда эса синусит аниқланилди. Кузатувдаги катта ёшли беморлардан 18,5% изининг анамнезида айрим касалликларни бошидан кечирганлиги (бош мия шикастланиши, тез тез юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликларига чалиниш, аввал бошидан менингит касаллигини ўтказганлар) аниқланилди. Касаллик оғирлиги кўп ҳолларда пневмококкнинг бирламчи ўчоғига боғлиқ. Касаллик оғирлиги бўйича 85,7% беморларда касаллик оғир шаклда, 14,3% ҳолда ўрта оғир шаклда кечиши аниқланилди. Касаллик клиникасида умуминфекцион синдром, умуммия белгилари, менингеал синдром бир хил тезликда учради, болалардан фарқли равишда катталарда бош мия жуфт асаб толаларининг зарарланиши эрта муддатларда учраб, нисбатан кўпроқ қайд этилди. 2,3% беморларда ўчоқли белгилар бурун лаб учбурчагининг тексиланиши, птоз, анизокория, нигоҳ парези сиафтида намоён бўлди. 23,8% беморларда психомотор қўзғалишлар, 1,3% беморларда ҳушнинг йўқлиги, 5,4% беморларда клоник талвасалар қайд этилди. 9,5% беморларда турли хил қўзғатувчиларга нисбатан сезувчанликнинг пасайиши кузатилди. Шунингдек, катта ёшдагиларда 66,5% ҳолда касаллик оғир ҳамроҳ касалликлар фонида ривожланди: 22,3% сурункали бронхит, 2,7% ҳолда юрак қон томир касаллиги, 5,3% ҳолда марказий асаб тизими касалликлари, 6,7% ҳолда аллергик касалликлар, 4,9% ҳолда қандли диабет, 28,9% беморларда вирусли гепатит, 13,4% ҳолда сурункали тонзиллит, ревматоид артрит - 1,2% ЎРИ - 12,1%, герпетик инфекция - 2,5% аниқланилди. Пневмококкли менингитдан леталлик эрта шифохонага кеч ётқизилган беморларда кўп учради. 11,1% беморда шифохонага ётқизилганлигининг 2-куни, 4-куни, 5-куни, 6-куни, 8-куни ва 9-кунлари субарахноидал қон қуйилиш аниқланиб, беморларнинг ўлимига сабаб бўлди. 76,1% беморларда люмбал пункция стационарга ётқизилганлигининг биринчи куни, қолган беморларда кўрсатмага кўра, касаллигининг 2 ва 3 кунлари ўтказилган. Ликвор суюқлиги: хира, лойқа,босими юқори, нейтрофиль цитоз 80 - 12 600 кл/мкл (85,7%), оқсил миқдори ошиши (52,3% ҳолда, улардан 19,0% – 900 мг/л.дан юқори), шакар миқдорининг 0,5 ммоль/лдан пасайиши – 4,7% ҳолда учради. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз 11-26 × 10*9/л (76,7%), ЭЧТ нинг 60 мм/с гача ошиши (57,8%) аниқланилди. 23,6% беморларда нефропатия аниқланиб, лейкоцитурия, протеинурия аниқланилди. 33,3% беморларда жигар катталашуви, трансаминаза миқдори ошиши кузатилди. 85,7% беморларда қуйидаги асоратлар кузатилди: бош мия шиши, ҳуш ва гемодинамиканинг бузилиши аниқланилди. Барча беморларга икки хил антибиотик комбинацияси буюрилди: асосан фторхинолон ва цефалоспорин III авлоди тавсия этилди. Хулоса: Катталар орасида очиқ ҳавода фаолият юритадиган беморларда бу касаллик нисбатан кўп учради (41,7%). Катталарда касаллик келиб чиқишига ҳамроҳ касалликлар ва бирламчи пневмоген ўчоқлар ҳам сабаб бўлади (66,5%). Касаллик асосан 40 ёшдан каттталарда кузатилиб, ҳамроҳ касалликлар фонида ривожланиб, спорадик тарзда касалланиш учради. 85,7% ҳолда оғир кечиши билан характерланади, 24,1% ҳолда катталарда касаллик синусит, ўрта қулоқ отити, пневмония билан биргаликда кечиши хос. Бирламчи ўчоқ аниқланилмаган ҳолларда касаллик асорати ва қолдиқ ўзгаришлар кузатилмади (29,7%).

ЮИКГА ИРСИЙ МОЙИЛЛИГИ БОР ЁШЛАРДА ҚОН ТОМИР ЯЛЛИҒЛАНИШ РЕАКЦИЯСИ ВА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМ ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ

Равзатов Ж.Б., кардиология мутахассислиги магистранти, АндМИ

Илмий рахбари: т.ф.н., доцент Таджибоева М.И.

Кириш: юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун жаҳон бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб аҳоли ўртасида ЮҚТК сабабли оламдан кўз юмган беморлар 56%ни ташкил этса, 25% беморлар ногиронликка дучор бўлишмоқда, бу сўзсиз, миллатимиз саломатлиги ҳамда давлат бюджетига катта путур етказмоқда. Илмий иш максади: ЮИКга ирсий мойиллиги бор ёшларда катехоламинлар метаболизми ва қон томир яллиғланиш реакцияларини ва уларнинг ўзаро боғлиқлигини аниқлаш. Текшириш материаллари ва натижалари: Текширув учун 22 таси текширувга олинди. Беморларда сийдикдаги КАларни суткалик экскрециясини Э.Ш. Матлин, З.М. Киселёва, И.Э. Софиева модификацияси бўйича триоксинол флюрометрик усул билан текширилди. Сийдикдаги конъюгатлашган катехоламинлар йиғиндисини Т.И. Лукичева, В.В. Меньшиков, Т.Д. Большаков усули билан аникланди. Қон зардобидаги юқори сезувчан СРОни иммунотурбодиметрик метод бўйича аниқланди. КАларни суткалик экскрецияси аниқланганда қуйидаги ўзгаришлар аниқланди. Текширувлар натижасига кўра II– гурухда А эркин – 97,9%, конюг. – 94,4%, суммар. – 97,2%; НА эркин – 28,5%, конюг – 57%, суммар. – 42,3%; дофамин миқдори эса 44,7%; 11%; 25,8%га; ДОФА – 32,6% назорат гурухига нисбатан ошганлиги аниқланди. ЮИКга ирсий мойиллиги бор ёш беморларда сурункали равишда яллиғланиш борлиги СРО даражасини кўтарилганлиги билан тасдиқланди. СРО назорат гурухга нисбатан 77%га кўтарилганлиги аниқланди. Яллиғланиш жадаллиги, эндотелий зарарланишининг интенсивлиги буйракнинг функционал холати ўртасидаги тўғридан тўғри коррелятив алоқа борлиги ўрганилди, яллиғланиш жадаллиги реакцияси қондаги шунингдек липопротеидларнинг қондаги атероген фракцияси алоқалари борлиги ўрганилди. Хулоса: Шундай қилиб, ЮИКга ирсий мойиллиги бор ёш беморларда КАларнинг метаболизмини комплекс клиник текширувида, яъни сийдикдаги суткалик экскрециясини ортиши кузатилган бу эса САТ функционал холатинини бузилишидан далолат беради. ЮИК билан оғриган беморларда сурункали қон томир яллиғланиши аниқланди ва бу қондаги юқори сезувчан С-реактив оксил миқдорини ортиши билан тасдиқланди.

БУХОРО РЕГИОНИДА КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШЛИ АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Ражабова Г.Ҳ., ассистент БухДавТИ

Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси (кафедра мудири-т.ф.н. доцент Бадритдинова М.Н.)

Илмий раҳбар: т.ф.д. Турсунов Ҳ.Ҳ.

Максад. Кекса ва қари ёшли уюшмаган аҳоли орасида метаболик синдром ва унинг компонентларини тарқалишини ўрганиш ва баҳолаш. Материал ва услублар. Популяцион текшириш ишлари Бухоро шаҳрида яшовчи уюшмаган кекса (60-70 ёш) ва қари (75-89 ёш) ёшдаги эркак ва аёллар ораси репрезентатив танлов орқали танланган 1500 аҳоли орасида олиб борилди. Улардан кекса (60-70 ёш) 1123 та ва қари (75-89 ёш) 377 та. Улардан кекса (60-70 ёш) та аёл 689 (61,4%), 434 та эркак (38,6%). Улардан қария аёллар 285 та (75.6%), қария эркаклар 92 та (24.4%), Назорат остидаги ҳамма беморларда танловни ўтказиш учун кекса ва қари ёшдаги аҳолининг охирги рўйхатидан фойданилди. Бир вақтнинг ўзида эпидемиологик текширишларда босқичли эпидемиологик стимуллаш усуллари қўлланилди: телефон қўнғироқлари, маълумотли хабарлар. Текшириш ишлари 3,5-сон оилавий поликлиникаларда олиб борилди. Назорат остидаги ҳамма бемор-ларда бўйи вертикал бўй ўлчагич ёрдамида оёқ кийимисиз, 0,5 см аниқликгача тик турган ҳолда ўлчанди. Тана вазнини аниқлашда тиббиёт тарозусидан фойдаланилди. Таҳлил учун тана массаси индекси (ТМИ) =тана вазни (кг)/ бўйи ($м^2$) дан фойданилди. Бел айланаси (БА) сантиметр тасмаси ёрдамида аниқланди. Артериал босим (АБ) ўнг қўлда ўтирган ҳолатда 5 дақиқа дам олгандан сўнг ҳар 2 дақиқа оралиғида 3 марта автомат танометр ёрдамида ўлчанди ва ўртача рақамлар қайд қилиб қўйилди. АГ деб агар систолик АБ > 130мм сим. уст ва/ёки диастолик АБ > 130 мм сим. уст ва/ёки диастолик АБ > 85 мм сим. уст.да қайд қилинди. Ҳамма текширувчиларда бир марталик тирсак венасидан овқатлангандан кейин 12 соатдан сўнг эрталаб наҳорда қон олинди. Липид алмашинуви кўрсаткичлари - умумий холестерин (УХС), триглицеридлар (ТГ), холестерин (ХС) юқори зичликдаги липопро-теинлар (ЮЗЛП) ва паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП), ҳамда зардобдаги глюкоза миқдори ферментатив усулда стандарт реактивлардан фойдаланган холда Biocon Fluiteat (Германия) биохимик анализатор habsystem FP-901(Финландия)да текширилди. Қон зардо-бидаги ва плазмасидаги глюкоза миқдори қуйидаги формула орқали аниқланади: плазмадаги глюкоза (ммоль/л)=-0,137+1,47.• зардобдаги глюкоза (в ммоль/л). JIS (2009)- 5 компонентдан 3 ёки ундан ортиқ: БА>94см эркаклар учун ва > 80см аёллар учун қуйидаги 2 мезонлар биргалигида: ТГ > 1,7ммоль/л, ХС ЛПВП миқдори < 10,0ммоль/л эркаклар учун ва 1,2 ммоль/л аёллар учун, АД > 130/85 мм сим.уст. ёки режалаштирилган антигипертензив терапия, қондаги глюкоза миқдори > 5,6ммоль/л ёки 2- тип ҚД борлиги деб қабул қилинган. Натижа. Текшириш натижаси шуни кўрсатдики, кекса ёшдаги аёлларнинг 426 та 61,8% ида артериал гипертония, 316 та 45,8%ида абдоминал семизлик,

289та 41,9%ида гиперлипидемия, 158 та 22,9% ида қондаги глюкоза миқдорининг ошиши, кекса ёшдаги эркакларнинг 281 та 64,7% ида артериал гипертония, 205 та 47,2% ида гиперлипидемия, 193 та 44,4% ида абдоминал семизлик, 83 та 19.1% ида қондаги глюкоза миқдорининг ошиши аникланди. Қари ёшдаги аёлларнинг 156 та 54,7% ида артериал гипертония, 126 та 44.2% ида гиперлипидемия, 98 та 34,3% ида қондаги глюкоза миқдорининг ошиши, 49 та 17,1% ида абдоминал семизлик, аникланди. Қари ёшдаги эркакларнинг 57 та 61,9% ида артериал гипертония, 37 та 40,2% ида гиперлипидемия, 33 та 35,8% ида абдоминал семизлик, 13 та 14,1% ида қондаги глюкоза миқдорининг ошиши аникланди. Хулоса: шундай килиб, эпидемиологик текшириш натижаларига кўра арид регион (Бухоро)да, МС тарқалиши ва унинг ривожланишига таъсир этувчи хавф омилларининг юқорилиги, 60-89 ёшли аҳоли орасида метаболик синдромнинг айрим компонентлари семизлик, ортикча тана вазни, гиперхолестеринемия ва кандли диабет юкори даражада таркалган экан.

ИНСУЛТДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАР ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ЭРГОТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ

Рахимова Ш.М., Неврология, 1-курс магистранти, Тошкент Тиббиёт Академияси

“Асаб касалликлари кафедраси”(каф.муд.- т.ф.д.,проф.Рахимбаева Г.С.)

Илмий рахбар т.ф.н.,доц. Расулова Д.К.

Мақсад: Инсултдан кейинги харакат бузилиши бўлган беморлар эрта реабилитациясида эрготерапияни ўрганиш. Материал ва методлар: “Неврология” бўлимида инсулт билан касалланган 56 ёшдан 67 ёшгача бўлган 32 нафар бемор (улар орасида: эркаклар-19 та (13 та ишемик, 6 та геморрагик);аёллар-13 та (9 та ишемик, 4та геморрагик)) текширилди. Аёлларнинг ўртача ёши-62, эркакларда- 61 ёш бўлди. Инсултдан кейинги харакат бузилиши бор беморларда Эрготерапияни ўтказишда Монтессори методи, FIM шкаласи (Functional Indepence Measure) ва Френчай тести қўлланилди. Натижалар: Инсулт билан касалланган беморларда комплекс даволаш билан биргаликда Эрготерапияни қўллаганда, зарарланган сохадаги оғриқ синдроми 39,2% га камайгани кузатилди. FIM шкаласи бўйича бахоланганда беморларнинг Эрготерапиядан сўнг ўз-ўзига хизмат кўрсатиши яхшиланганлиги ва атрофдагилар кўмагига мухтожлиги камайганлиги кузатилди. Беморларнинг кундалик турмуш тарзидаги фаолликлари 14.4% га ўсганлиги аниқланди. (FIM шкаласи бўйича: Эрготерапиягача 34.5 (37.9%), Эрготерапиядан сўнг 47.5 (52.3%)). Беморларнинг мустақил кийиниши, шахсий гигиенага риоя қилиши ва овқатланиши яхшиланди. Эрготерапиядан фойдаланиш БМҚАЎБ ни ўтказган беморлар реабилитациясида самарадорлиги Френчай тести натижаларида хам ўз исботини топди. Паретик сохалардаги мотор харакатлар хажми 2 баробарга ошганлиги кузатилди.(Френчай тести бўйича: Эрготерапиягача 2.0; Эрготерапиядан кейин 4.0) Хулоса: БМҚАЎБни ўтказган беморларни реабилитация қилишда Эрготерапия қўлланса, улардаги оғриқ синдромини камайтириб, функционал бузилишларни пасайтириш, харакат хажмини кенгайтириш ва асосийси ижтимоий ва жисмоний мослашиш вақтини қисқартириш орқали бемор хаёт сифати яхшиланади.

ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ВА ЛИПИДЛАРНИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАХОЛАШ

Рахматов Р.С.

Кардиология йўналиши бўйича магистратура талабаси, АндМИ

Илмий рахбари: т.ф.н., доцент Вахобов Б.М.

Кириш. Юрак-қон-томир патологияси ХХ асрнинг ўрталаридан бошлаб пандемия характерига эга бўлиб, ахолини касалланиши ва ўлимини асосий сабабчиларидан бири хисобланиб келмоқда. ЮИК ривожланиши ҳар хил генетик омиллар ва атроф муҳитининг ўзаро таъсирига боғлиқ. Ирсий омилар ПЗЛПни ҳар хиллигини 50% атрофида ташкил қилади. Оилавий изланишлар шуни кўрсатадики, ОГХС билан хасталанган беморларда ЮИК ривожланиши фақат липидларга боғлиқ эмас, балки, қариндошларида ЮИК мавжудлиги билан хам ифодаланади, липидлар билан боғлиқ бўлмаган генетик омиларга боғлиқ. Ҳозирги вақтда, баъзи бир оилавий гиперхолестеринемияли оилаларни бошқа оилавий гиперхолестеринемияли оилаларга нисбатан ЮИК билан кўпроқ хасталаниши, муаммо бўлиб қолди. Тадқиқотнинг мақсади: Оилавий гиперхолестеринемияда липидлар спектри ва ЛПО жараёнларининг функционал ҳолатини ўрганиш. Текшириш методлари: Бизни текширувимизда 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган, ўртача 43,9±0,8 ёшни ташкил қилган 32 нафар ОГХС билан хасталанган бемор текширилган, улардан: 15 нафари эркак ва 17 нафари аёллардан иборат. Беморларнинг ЮИКнинг объектив белгилари борлигига текширилган, генеалогик анамнез бўйича – эрта ривожланган ЮИК I- даражали қариндошларида (аёлларда -50, эркакларда 55 ёшгача) борлигини аниқладик. Натижалар мухокамаси: Бизнинг тадқиқотларимиз мобайнида ОГХС ва ЮИК билан хасталанган беморлар гуруҳида қонни липид спектрини текширганимизда УХС- 52,5%, ТГ –25,5%, ПЗЛП ХС - 43,8%, ЎПЗЛП ХС -37,1%, АИ – 14,3%га кўтарилиши аниқланган. ЮЗЛП ХС эса 19,2%га пасайган. ОГХС+ЮИК билан хасталанган беморларни абсолют кўрсаткичлари бироз юқори бўлиб, унда ОГХСни асосий биокимёвий маркерлари максимал равишда кўтарилган. Соғлом кишилар, ЮИКнинг ОГХС беморларни МДА миқдорига кўра липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнлари хам текширилди. ЛПО маҳсулоти хисобланган малонодиалдегидни қондаги миқдорини соғломлар ва оилавий гиперхолестеринемияли беморлар орасида солиштирганда, беморларда кўтарилиши аниқланган. МДА миқдори ушбу гуруҳда 7,5±0,2 нмоль/мл.ни ташкил қилган, бу ўз навбатида 41%га контрол гуруҳидан кўрсаткичларидан баланд. Хулоса: Шундай қилиб, ОГХС билан ЮИК биргаликда кечган беморларда липидлар микдорини ортиши ва липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларини сезиларли равишда кучайиши, оксидатив стресснинг эрта ривожланиши ва оғирлашуви ҳамда антиоксидант ҳимоянинг кескин пасайиб кетишига сабаб бўлади. Оилавий гиперхолестеринемияда липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларини ўрганилиши эса организм пероксидациясини фаоллашув даражасини барвақт аниқлаш ҳамда атеросклероз ва ЮИК кечишини қийинлаштирувчи оксидатив стрессни ўз вақтда бартараф килиш мумкин.

БУХОРО ШАҲРИДА ЯШОВЧИ 60 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЮИК ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Рахматова Д.Б., ассистент БухДавТИ

Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси (кафедра мудири-т.ф.н. доцент Бадритдинова М.Н.)

Илмий раҳбар: т.ф.д. Турсунов Ҳ.Ҳ.

Мақсад: Бухоро шаҳрида яшовчи 60 ёшдан катта аҳоли ўртасида ЮИК хавф омилларининг этник хусусиятларини баҳолаш. Текшириш материаллари ва усуллари: Илмий тадқиқот иши Бухоро вилояти кардиология диспансерида олиб борилди. 187 та, 60-89 ёшгача бўлган беморлар (эркак)да текширишлар ўтказилди.Беморлар 2 гуруҳга: тасдиқланган ЮИК бор, яъни анамнезида ижобий - Q миокард инфаркти бор беморлар I-гуруҳга, ЮИК йўқ, лекин хавф омиллари бор беморлар II- гуруҳга ажратилди.Барча беморлар ўзининг этник келиб чиқишига кўра 2 кичик гуруҳчага: Маҳаллий (М) - ўзбек ва маҳаллий бўлмаган (МБ) – рус миллатига мансуб ва ёшига кўра: кекса (60-74ёш) ҳамда қари ёшдаги (75-89ёш) беморлар гуруҳига ажратилди. Натижалар: Ўтказилган тадқиқот ишида катта ёшдаги беморларда АГ I- даражасига нисбаттан АГ II-даражасининг 59,6% учраши аниқланди. АГнинг изоляцияланган систо-лик артериал гипертензия тури энг кўп учраши қайд этилди. Бундан ташқари, САҚБ ва ДАҚБ нинг аниқ даражада фарқли кўрсаткичлари ёш ва этник гуруҳ беморларида аниқ-ланди. Қиёсланганда, кекса ёшдаги беморларнинг САҚБи (160,5±1,4 мм.рт.ст.)га нисбаттан қари ёшдаги беморларда САҚБнинг (166,9±1,5 мм.рт.ст.) юқори кўрсаткичдалиги($p<0,05$)кузатилди ҳамда ДАҚБнинг фарқли кўрсаткичлари ёш гуруҳларида аниқланмади. Шу билан бирга, САҚБ ва ДАҚБ нинг кўрсаткичлари этник ўзбек миллатига мансуб бемор-ларда аниқ даражада юқорикўрсаткичдалиги аниқланди (рус миллатига мансуб беморларда-166,3±1,5; ўзбек миллатига мансуб беморларда - 162,0±1,4 мм.рт.ст., $p<0,05$). Қонда ли-пидлар концентрациясини аниқлаш рус ва ўзбек миллатига мансуб аҳолида УХС, ПЗЛП ХС($p<0,001$) миқдорининг статистик аҳамиятли фарқини баҳолашга имкон

берди. Яъни, рус миллатига мансуб беморларда қонда умумий холестерин миқдори 206 мг/дл, ўзбек миллатига мансуб беморларда - 228 мг/дл (p ≤ 0,01). Қонда УХС миқдорининг фарқли кўр-саткичи овқатланиш рациони ва одатларига боғлиқ деб тахмин қилиш мумкин. Рус мил-латига мансуб аҳоли одатда таркибида ярим тўйинмаган ёғ кислоталарини сақловчи маҳсулотлар(кийик, улоқ ва ёввойи ўрдак гўшти)ни асосан қайнатма овқат сифатида тайёрлаб истеъмол қилиши аниқланди.Ўзбек миллатига мансуб аҳоли эса "атероген" хусусиятга эга (мол ва қўй гўшти, сариёғ, товуқ, ту-хум)маҳсулотларни кўпинча қовурма таом сифатида истеъмол қилишади. ЮИК йўқ беморларда чекишнинг учраши (47,1%)ни, тасдиқланган ЮИК бор беморларда эса чекишнинг учраши (38,5%)ни ташкил қилди. Кекса ёшдаги беморларнинг - 30,7% (31киши 96та бемордан)и, қари ёшдаги беморларнинг -25,5%(28 киши 91та бемордан)и чекиши аниқланди (p<0,05).52,7% қари ёшдаги беморлар 42,2% кекса ёшдаги беморлар билан қиёсланганда ҳеч қачон чекмаганликлари қайд этилди(p>0,05).Илгари чекмаганлар узоқ умр кўришга асос бўлиши ҳақида хулоса қилиш мумкин.ТВИ таҳлили шуни кўрсатдики, ўзбек миллатига мансуб (p>0,05) беморларга нисбаттан рус миллатига мансуб беморларда ТВИ (p<0,001)нинг маълум даражада камайиши кузатилди.Тадқиқот иши катта ёшдаги ЮИК бор беморларда УХС миқдорининг тўғридан- тўғри САҚБ ва ТВИ билан бевосита боғлиқлигини кўрсатди. Хулоса: рус миллатига мансуб беморларга нисбатан ўзбек миллатига мансуб беморларда қонда "атероген" липопротеидларнинг кўп миқдорда сақла-ниши аниқланди. Кекса ёшдаги беморларга нисбатан қари ёшдаги беморларда қонда липидларнинг кон-центрацияси ижобий, яъни самарали даражага эга. АГнинг изоляцияланган систолик артериал гипертензия тури энг кўп учраши қайд этилди. САҚБ ва ДАҚБ нинг кўрсат-кичлари этник ўзбек миллатига мансуб беморларда аниқ даражада юқори кўрсаткичдалиги аниқланди. ЮИК бор беморларда УХС миқдорининг тўғридан- тўғри САҚБ ва ТВИ билан бевосита боғлиқлиги ўз тасдиғини топди.

ТЕМПЕРАМЕНТНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР РЕАКТИВЛИГИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ УРГАНИШ

Сайфуллаева Ф., СамМИ даволаш факультети 205-гурух талабаси

Физиология ва патологик физиология кафедраси (каф. муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий раҳбар: асс. Худжанова М.А.

Тадқиқот мақсади: Сам.МИ даволаш факультети 2-курс талабаларида темпераментнинг юрак-қон томир реактивлигига боғлиқлигини тажри-бада урганиш: Материал ва текширув усуллари: Юрак қон-томир реактивлигининг темпераментга боғликлигини урганиш учун 30 нафар талабада Ай-зенко буйича тузилган 15та саволдан иборат психологик тест утказилиб, уларнинг қайси типга мансублиги аниқланди ва гурухларга ажратилди. Шулардан 6 та холерик, 12 та сангвиник, 9та флегматик ва 3 нафар талаба меланхолик типига мансублиги аниқланди. Кейин хар бир ажратилган гурух талабаларининг функционал тинч холатидаги артериал босим ва юрак уришлар сони аниқланди. Кейин эса интрактив тезкор савол-жавоб орқали талабаларга ақлий-эмоционал нагрузка берилди ва ақлий зўриқишдан кейин яна юрак-қон томир курсаткичлари аниқланди. Текшириш натижалари: Бунда ўртача курсаткич холерикларда артериал босим максимал 117,5, минимали 78,5, пульс сони 78, сангвиникларда максимал босим 115,6, мини-мали 75, пульс сони 75,5, флегматикларда артериал босим максимали 110,5, минимали 72,5, пульс сони 73, меланхоликларда артериал босим макси-мал 112,5, минимали 74,5, пульс сони 75 га тенг булди. Тажрибадан кейин олинган натижаларга кўра, холерикларда артериал босим ўртача максимали 17,5га минимали 19,5га пулс 12тага, сангвиникларда – максимал 9,9 минимали- 19,5га, пульс сони 5,5тага, флегматикларда артериал босим ўртача максимали 2,5га, минимали 3,5га, пульс 2тага меланхоликларда эса артериал босим ўртача максимали 7,5га минимали 4,2га, пульс эса 2тага ошган-лигини гувоҳи булдик. Хулоса: Юрак қон-томир реактивлигининг темпераментга боғликлигини ўрганиш асосида шундай хулосага келиш мумкинки, холерик ва сангвиник типига мансуб талабаларда симпато-адренергик системасининг қўзғалувчанлиги юқори булиб, юрак-қон томир системасининг курсаткичлари сезиларли ошганини кўриш мумкин. Флегматик ва меланхоликларда эса аксинча қўзғалувчанлик анча суст номоён булиб, юрак-қон томир курсаткичларида хам сезиларли ўзгаришлар кузатилмади.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ ҲУДУДИДА ЕТИШТИРИЛГАН МАҲСУЛОТЛАРНИ САНИТАР ДОЗИМЕТРИК НАЗОРАТ ТАҲЛИЛИ

Соатмуродова М.А. 202-гуруҳ ОХИ факультети талабаси, СамДТИ

Ижтимоий саломатлик ва умумий гигиена кафедраси (каф.мудири Ph.D.Аминов З.З)

Илмий раҳбар: асс. Баратова Р.Ш.

Ҳозирги вактда халқ хужалигини барча соҳаларида радиоактив моддалар ва ионлаштирувчи нурлар кенг кўламда ишлатилиб келинмоқда. Бу эса ташқи муҳитда табиий фонни ошиши билан бирга атмосфера ҳавосида ,сув,тупроқдаги радиоактив моддаларнинг ошиши озиқ-овқат маҳсулотла-рига ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Озик-овқат маҳсулотларини радионуклидларга текширишдан мақсад йўл қуйиб бўладиган миқдор, инсон орга-низмига табиий йўл билан тушганда радиосезгир яъни критик органлар ёки бутун организм учун йўл қўйиб бўладиган дозадан ошмаслиги керак. Маҳсу-лотларини радионуклеидларга текшириш алиментар йўл орқали ушбу хавф омиллари натижасида оргаганизмга эмбиотроп генетик,канцероген, қонга, терига ва юзаки тукималарга таъсири натижасида келиб чиқиши мумкин булган турли хил касалликларни ва ҳархил асоратларни олдини олишдан иборат. Материаллар ва текшириш усуллари. Узбекистон Республикаси Самарканд вилояти Давлат санитария -эпидемиология назорати маркази ра-диологик таҳлил хонасида йил давомида гўшт ва гўшт маҳсулотларилан,товуқгушти,тухум маҳсулотларидан 475 та, сут ва сут махсулотларидан 270 та,балик ва балик махсулотларидан 12та, ун, нон ва нон маҳсулотларидан 589та ,шакар ва кандалот маҳсулотидан 103 та, мева ва сабзавот ва полиз маҳсулотларидан 498 та, шу жумладан картошка маҳсулотларидан 35та,ўсимлик ёги маҳсулотларидан 638 та, яхна ичимликлардан 1769 та, консерва маҳсулотларидан 95 та жами 4484 таҳлил қилинган. Натижалар: Самарканд вилояти Давлат санитария-эпидемиология назорати маркази Радиология таҳлил хонасида утказилган спектрометрик таҳлил натижаларида таҳлил қилинган намуналарда радионуклидларнинг умумий бетта активлиги ва Cs-137нинг йўл қўйиб бўладиган дозаси Cs-160Б к\кг,данSr-90 нинг йул қўйиб буладиган дозаси Sr-50 Бк\кг дан ошмаганлиги аниқланган. Хулоса: Аҳолига қишлоқ хужалик маҳсулотларини истеъмол учун реализациялаш, экспорт ва импорт жараёнларида маҳсулотнинг радиологик хавфсизлиги тегишли органлар томонидан текширилгандан сўнг рухсат берилиши кўзда тутилган. Бу эса ўз навбатида аҳолини озиқ овқатлар сифатини унинг хавфсизлигини таъминлаш билан бирга аҳолини соғломлик даражасини ошириб ва ўсиб келаётган ёш авлодни ҳар томонлама баркамол ва соғлом қилиб тарбиялаб -ўстириш учун лозим.

МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИ

Содиқжанов К.

Кардиология мутахассислиги магистранти, АндМИ

Илмий рахбари: т.ф.н., доцент Таштемирова И.М.

Кириш: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун жаҳон бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб аҳоли ўртасида ЮҚТК сабабли оламдан кўз юмган беморлар 56%ни ташкил этса, 25% беморлар ногиронликка дучор бўлишмоқда, бу сўзсиз, милла-тимиз саломатлиги ҳамда давлат бюджетига катта путур етказмоқда. Миокард инфарктини (МИ) хозирги вактда патофизиология ва патогенези етар-лича ўрганилганлиги, тезкор диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ривожланганлигига қарамасдан ушбу касалликдан ўлим холатлари юқорилигича қолмокда. Илмий иш максади: Миокард инфаркти билан хасталанган беморларда катехоламинлар метаболизмини ўрганиш. Текшириш материаллари ва олинган натижалар: МИ билан хасталанган 32 та беморлар текширилди. Текширув натижаларимизда КАларни суткалик экскрецияси

аниқланганда қуйидаги ўзгаришлар аниқланди. Назорат гурухидагиларда А, НА экскрециясини меёрида эканлиги аникланди. Текширувлар натижасига кўра Q тишсиз МИ – гурухдагиларда А – эркин 30,6%, конюгирланган – 55,2%; суммар. –46,2%га; НА – эркин 6,2%, конюг. – 45,2%, суммар. – 24,5%га ошган. Дофамин ва ДОФА эса эркин - 44,8%, конюг – 6,2%, суммар-26,8%; ДОФА – 17%гача назорат гурухига нисбатан пастрок эканлиги аниқланди. Q тишли МИ аниқланган беморларда, жумладан адреналин умумий (Ау) 29,8%, 33,4%, 31,7%га назорат гуруҳидан юқори бўлган. НАни суткалик сийдик билан ажралиши ҳам статистик ишончли кўтарилган 15,8%, 24,6%, 20,9%га назорат гуруҳидан юқори бўлган. ДА барча фракцияларини суткали экскрециясы контрол гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан статистик ишончли кўтарилган, жумладан ДАу - 326,3±6,0 мкг/сут.- 19,5%га ошган (P<0,001). ДОФАни суткалик экскрецияси 49,6±0,8 мкг/сут. ташкил қилган, бу контрол гуруҳни кўрсаткичлардан 9,2% га нисбатан юқори бўлган (P<0,05). Қон зардобидаги МАО активлиги ўрганилганда МИ ўтказган беморларда соғломларга нисбатан камайганлиги аниқланди. I-30%; II-21,6%; III-46%; (P< 0,05). Хулоса: Шундай қилиб, МИ аниқланган беморларда катехоламинларнинг метаболизмини комплекс клиник текширувида сийдикдаги суткалик экскрециясини ортиши аниқланган бу эса САТни функционал холатинини бузилишидан далолат беради. МИ кузатилган беморларда моноаминооксидаза фаоллигини сусайганлиги аниқланди. Моноаминоксидаза фаоллигининг кескин пасайиши, ушбу гуруҳдаги беморларда ферментни каталитик хусусиятларини ўзгаришини ифодалайди натижада катехоламинларнинг миокардга токсик давомли таъсирланишини кучайишига олиб келади.

БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Солиев С.Б., 415-гурух, 2-педиатрия факультети

Илмий рахбар: Низамова С.А.

ТошПТИ, Эпидемиология, юқумли касалликлар кафедраси

Мавзунинг долзарблиги.Бруцеллёз касаллигини ўрганиш асосан ўтган асрнинг ўрталарига тўғри келади.Бироқ Ўрта Осиё Республикаларида, жумладан Ўзбекистонда хам бруцеллёз касаллиги катта муаммо бўлиб келмоқда. Ишнинг мақсади. Бруцеллёз касаллигини миграцияланишихусусияти юқори бўлганлиги учун, жумладан касалликни майда шохли қорамоллардан йирик шохли қорамолларга ўтиши хисобига, ушбу касалликни сут орқали юқиш йўли кўпайди. Натижада болалар орасида касалланиш сонини ортишига сабаб бўлди. Шу сабабдан бруцеллёз касаллигини ахоли ўртасида тарқалишини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Тадқиқот усуллари ва услублари. Ишнингбажарилишида УЗНИИЭМИЗ клиникасида бруцеллёз ташхиси билан даволланган 20 та бемор кузатувда бўлди. Тадқиқот натижалари. Эпидемиологик текширувлардан маълум бўлдики, 30% беморларда майда шохли қорамол, 10% йирик шохли қорамол, 10% холда бир вақтда хам майда шохли, хам йирик шохли қорамол инфекция манбаи бўлган. Касалликни беморлардан 8(40%) таси алиментар йўл орқали, 9 (45%) таси контакт-маиший йўл билан, 3(12%) таси контакт алиментар йўл билан юқтирган.Болаларда касалликни асосан контакт ва алиментар йўл билан юқиши биринчи ўринда туради.Эпидемиологик маълумотлар шуни кўрсатадики, бруцеллёз билан касалланиш асосан қорамоллар парвариши натижасида юқтирилади. Бу шундан далолат берадики,хўжалигида шахсий қорамолларга эга бўлган ахолига ветеринария хизмати қониқарли даражада кўрсатилмаяпти. Хулоса.Беморларни турар жойлари тахлил қилинганда, улардан 15 таси (80%) қишлоқда, 5таси (20%) шахар ахолиси эканлиги аниқланди.Қишлоқдан келган беморлар вилоят бўйича тақсимлаб чиқилганда КИБ га асосан Жиззах ва Тошкент вилоятларидан беморлар мурожат қилганлиги кузатилди.

УМУМИЙ МЕҲНАТ ЁШИДАГИЛАРДА УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ

Тажиева М.У. СамМИ даволаш факултети 217 гурух студенти, Бекбутаева С.И. СамМИ Даволаш факултети 216 гурух студенти,

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А.М.)

Илмий рахбари катта уктувчи Шайкулов Х.Ш ассистент Юсупов М.И.

Ишнинг максади: Меҳнатга яроқли ёшдаги корхона ходимларининг ҳар хил касалликлар билан мурожаат этган ва уларда кузатилган касалликлар манзарасини аниқлаш, ёшига боғлиқ ҳолда касаллик турларини таҳлил этиш. Тадқиқод материаллари ва услуби. 2019 йил март ойларида турли касалликлар билан Самарканд ш. ООО «Сам Авто» корхонасида мурожат этган 248 нафар 21 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморлар ўрганилди. Уларнинг 32 нафари (13%)ни аёллар, 216 нафари (87%)ни эркаклар ташкил этди. Олинган материаллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Олинган натижа. 2019 йил январ - март ойларида 248 нафар бемор мурожаат этган бўлиб: улардан 8 нафари (3,2%) аллергия (ўртача ёши 21 - 39 ёш), 4 нафари (1,6%) варикоцеле (ёши 30 да), 24 нафари (9,7%) ВЧГ (ўртача ёши 33,6), 56 нафар (22,6%) гипертония касаллиги (ўртача ёши 38,5), 8 нафари (3,2%) ҳар хил сабабларга кўра бош оғриғи (ўртача ёши 45), 8 нафари (3,2%) диск чурраси (ўртача ёши 29,5), 12 нафари (4,8%) ЮИК стенокардия (ўртача ёши 51,6), 8 нафари (3,2%) невралгия (ўртача ёши 28,5), 36 нафари ўткир респератор каслликлари (14.5%) (ўртача ёши 35,7), 8 нафари (3,2%) бел думғаза радикулит (ўртача ёши 33), 8 нафари (3,2%) панариция (ўртача ёши 39,5), 4 нафари (1,6%) подагра (ўртача ёши 52), 8 нафари (3,2%) ошқозон бузилиши (ўртача ёши 38,5), 4 нафари (1,6%) фурункул (ўртача ёши 42), 20 нафари (8,1%) пиелонефрит (ўртача ёши 32,2), 8 нафари (3,2%) простатит (ўртача ёши 36,5), 20 нафари (8,1%) коньюнктивит (ўртача ёши 31,8) ва 4 нафари (1,6%) отит (ўртача ёши 36) ташхислари қўйилган. Хулоса. Шундай килиб 2019 йил январ-март ойларида ООО «Сам Авто» корхонасида мурожат этган беморларнинг асосий қисмини гипертония (22,6%) ва ўткир респиратор касалликлар (14,5%)ни ташкил этди ва мос равишда ўртача 38,5 ҳамда 35,7 ёшда эканлиги қайд этилди.

БРОНХИАЛ АСТМА ВА ИРСИЯТ

Тоштемиров Р. СамМИ дав. факультети 622 гурух талабаси

1 ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф. мудири – проф. Тоиров Э.С.)

Илмий рахбари: асс. Ташинова Л.Х.

Ишнинг мақсади. Аҳоли орасида генетик ассоцирланган БА билан касалланган беморлар геномида Банинг фенотипик ўзига хослигини ва уларнинг клиник кечиш билан боғлиқлигини ўрганиш. Текшириш материаллари ва усуллари: 16 дан 52 ёшгача булган 48 нафар бемор текширилди. Улардан аёллар (12нафар) 25%, эркаклар (36 нафар) 75% ни ташкил қилди. Беморларнинг (19) 40,4% ида касалликнинг енгил интермиттив, (11) 23,4%ида енгил персистив, (14) 29,8% нафарида ўрта оғир, (3) 6,4% ида оғир персистив кечиши аниқланди. Беморлар СамМИ клиникаси терапия бўлимида клиник- лаборатор ва инструментал текширишлар умум қабул қилинган стандартлар (ВОЗ 1993 й) асосида (умумий қон ва сийдик таҳлили, умумий балғам таҳлили, кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ташқи нафас функцияси пикфлометр аппарати ёрдамида) текширилди. Ҳар бир бемор учун генеологик карта тузилди. Натижаларни таҳлил қилганимизда, 23 (47,9%) оила пробандида оилавий бронхиал астманинг авлоддан-авлодга ўтиши отаси, (16,7%) онаси томондан берилганлиги аниқланди. 4(8,4%) оила пробандида ота ва онаси соғлом, лекин отасининг қариндошлари томонида (сибсида) БА билан касалланган беморлар борлиги, 7(14,5%) оила пробандида эса, ота ва онаси соғлом, лекин онасининг қариндошлари томонида (сибсида) БА билан касалланган беморлар борлиги аниқланди. 6(12,5%) оила пробандида оилавий БА оила сибсида бор, лекин ота ва онаси ва уларнинг қариндошлари соғломлиги аниқланди Шулардан 40(84%) аутосом-доминант йўли билан, 8(16%) аутосом - рецессив йўл билан ўтганлиги аниқланди.Текширилган беморларнинг кўпчилигида (70,21%) БА нинг биринчи белгилари 15 ёшда кузатилиб, касалликнинг юзага чиқиши ўртача 13,49 ёшни ташкил қилди. Атиги 25,55% беморларда касалликнинг юзага чиқиши 17 ёшдан кейин, 2 та беморда эса 28 ёшдан кейин кузатилди. Касалликнинг етарлича эрта юзага чиқиши БА нинг атопик турига хослиги аниқланди. Хулоса: БА билан хаста пробандлар оилаларида бу патологиянинг тўпланиши 14,5% ни ташкил этди, бу кўрсаткич аҳоли орасида тарқалишидан бир неча баравар юқоридир. Пробандлар оиласида касалликнинг учраши I авлодда

энг кўп фоизни ташкил этди: онасида (26,67%), отасида (40%), опа-сингилларида (16%),ака-укаларида (28,57%), қизида(16%) ва ўғлида (13,79%).Ўтказилган клиник-функционал текширишлар натижасига кўра оилада генетик ассоциранган бронхиал астманинг кечиши оғирроқ ўтади. Генетик ассоцирланган бронхиал астма билан текширилган оилалар ичида эркакларга нисбатан кўпроқ аёллар касалланади. Генетик ассоцирланган бронхиал астманинг енгил ва ўрта оғир тури кўпроқ аёлларда, оғир тури кўпроқ эркакларда учрайди.

ТОШБУЛОҚ» МАЪДАНЛИ СУВИНИ МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИШЛАТЛИШИ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Темирова О.Х. АндДТИ педиатрия факультети 604-гуруҳ талабаси

Фармакология ва клиник фармакология кафедраси (каф. муд. – т.ф.н. Эргашева З.А.)

Илмий раҳбарлар: Парпиева С.Б., Латипова Н.К.

Мақсад. Тошбулоқ маъданли сувини гастрит ва жигар ўт йуллари касалликларида ишлатилиши натижаларини ўрганиш. Ишнинг бориши. Шифобахш маъданли сув кам минералланган (М=33г/л) сульфат-хлорид-натрийли иссик (47◦С), кам ишқорли (рН=7,3) азотли газли сувдир. Маъданли сувнинг таркибида қуйидаги микроэлементлар(мг/кг). Кремний кислотаси – 26, темир – 4,4, бром – 1,6, алюминий – 0,45, рух – 0,205, фтор – 0,68, марганец – 0,048, органик кислоталар – 16 ва бошқа моддалар мавжуд. Сув таркибидаги органик моддалар асосан (С орг, – 16 мг\л) бўлиб, бу сув юқори органик моддали «Нафтуся» типидаги маъданли сувлар гуруҳига киради ва қуйидаги касалликларда. Натижалар. Меъда шираси кислоталилиги камайган гипоацид гастритда минерал сувни совуқлигича (18◦-20◦С) овқатланишдан 15-20 мин олдин аста секин хўплаб-хўплаб ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталилиги ортиқ бўлган гиперацид гастритда, минерал сувни иссиқ холда (40◦-45◦С) овқатланишдан 1-1,5соат олдин ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталилиги меъёрида бўлган нормоцид гастритда 20◦-25◦С ли сувни овқатланишдан 40-45 минут олдин 1стакандан 3махал ичиш тавсия қилинади. Жигар ўт йуллари касалликларида (сурункали гепатит, гепатохолецистит, холециститда) спастик колитда, ҳамда ич кетишга мойиллик бўлганда минерал сувни илиқ холда (35◦-40◦С), атоник колитда эса совуқ (18◦-20◦С) холда ичиш тавсия қилинади. Агар беморда меъда касаллиги билан бирга жигар, ўт йўли касалликлари ёки ичакнинг спастик холати кам бўлса минерал сувни иссиқ холда (45◦С) ичиш буюрилади. Овқатлангандан сунг жиғилдон қаттиқ қайнаганда 50-100 мл совуқ (18◦С) минерал сув ичиш тавсия қилинади. Минерал сувдан ичириб даволаш курси 3-4 хафта давом этади. Ушбу қудуқ суви 23-гурухни (Давлат стандарти – 13,27388 номли кўрсатмасига асосан) шифобахш «Обухов» ва «Нафтуся» типидаги ичимлик минерал сув намуналарига тўғри келади. Шу сабабли бу минерал сувни ичиш йули билан ошқозон-ичак, жигар-ўт йуллари ва сийдик йўллари касалликларида тавсия қилиш мумкин. Хулоса. Минерал сув ичиш режимига риоя қилиш бемор организмини тартибга солади, овқат хазм қилиш тизимини бир маромда ишлашни таъминлайди.

ШИФОБАХШ МАЪДАНЛИ СУВИДА ВАННА ҚАБУЛ ҚИЛИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Темирова О.Х. АндДТИ педиатрия факультети 604-гуруҳ талабаси

Фармакология ва клиник фармакология кафедраси (каф. муд. – т.ф.н. Эргашева З.А.)

Илмий раҳбар: Парпиева С.Б.

Кириш. Асаб тизими, юрак-қон томирлар, харакат ва таянч аъзолари, аёллар касалликлари, ҳамда тери касалликлари хозирги кунда кўп учрамоқда.Текширишлар натижасида шифобахш маъданли сувлар билан беморларни даволаш яхши натижа бермоқда. Тошбулоқ тиббиёт бирлашмаси худудидан 1993 йилда бурғулаб чиқарилган шифобахш маъданли сув кам минералланган (М=33г/л) сульфат-хлорид-натрийли иссиқ (47◦С), кам ишқорли (рН=7,3) азотли газли сувдир. Маъданли сувнинг таркибида қуйидаги микро-элементлар(мг/кг): кремний кислотаси - 26, темир - 4,4, бром - 1,6, алюминий - 0,45, рух - 0,205, фтор - 0,68, марганец - 0,048, органик кислоталар - 16 ва бошқа моддалар мавжуд. Сув таркибидаги органик моддалар асосан (С орг. - 16 мг\л) бўлиб, бу сув юқори органик моддали «Нафтуся» типидаги маъданли сувлар гуруҳига киради ва қуйидаги касалликларда ишлатилади. Натижалар ва ишнинг бориши. Асаб тизими, юрак-қон томирлар, ҳаракат ва таянч аъзолари, аёллар касалликлари, ҳамда тери касалликлари бўлган беморга ванна бериш билан даволанади. Ванна беморни умумий ахволи, юрак-қон томир тизими холати, асосий касаллик ўчоғининг жойлашишига қараб қуйидаги усулда тавсия қилинади: 1. Юрак-қон томирлари тизими томонидан монеъликлари бўлмаган беморларга чиниқтирувчи режимда буюрилади. 2. Юрак-қон томирлари тизими томонидан монеълик бўлган беморларга белгача қабул қилинадиган эхтиётловчи чиниқтирувчи режимдаги ванна, бироз камқувват беморларга тавсия этилади. 3. Қўл ва оёқларга буюриладиган тўрт камерали эхтиётловчи режимдаги ванналар катта ёшдаги ва камқувват беморларга буюрилади. Ваннадаги сувнинг харорат ва муолажа давомийлиги касаллик турига боғлик. Ҳаракат таянч аъзолари, асаб тизими, юрак-қон томирлари, ошқозон-ичак, гинекологик касалликларда 36-37◦С ванналар 10-15 минутдан кун ора даволаш курсига 10-12та тавсия қилинади. Тери касалликлари бошнинг сочли қисмида ёки юз, бўйин терисида жойлашган бўлса ванна қабул қилаётган пайти бемор терини касалланган жойларини ювади ёки махсус мослама ёрдамида бошга минерал сувдан душ олади. Хулоса. Тошбулоқ шифобахш маъданли сувини ванна қабул қилиш билан даволанганда, асаб тизими, юрак-қон томирлар, харакат ва таянч аьзолари, аёллар касалликлари, ҳамда тери касалликлари бўлган беморларда самарали натижа берди.

«ТОШБУЛОҚ» МАЪДАНЛИ СУВИНИ МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИШЛАТЛИШИ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Темирова О.Х. АндДТИ педиатрия факультети 604-гуруҳ талабаси

Фармакология ва клиник фармакология кафедраси (каф. муд. – т.ф.н. Эргашева З.А.)

Илмий раҳбарлар: Парпиева С.Б., Латипова Н.К.

Мақсад. Тошбулоқ маъданли сувини гастрит ва жигар ўт йуллари касалликларида ишлатилиши натижаларини ўрганиш. Ишнинг бориши. Шифобахш маъданли сув кам минералланган (М=33г/л) сульфат-хлорид-натрийли иссик (47◦С), кам ишқорли (рН=7,3) азотли газли сувдир. Маъданли сувнинг таркибида қуйидаги микроэлементлар(мг/кг). Кремний кислотаси – 26, темир – 4,4, бром – 1,6, алюминий – 0,45, рух – 0,205, фтор – 0,68, марганец – 0,048, органик кислоталар – 16 ва бошқа моддалар мавжуд. Сув таркибидаги органик моддалар асосан (С орг, – 16 мг\л) бўлиб, бу сув юқори органик моддали «Нафтуся» типидаги маъданли сувлар гуруҳига киради ва қуйидаги касалликларда. Натижалар. Меъда шираси кислоталилиги камайган гипоацид гастритда минерал сувни совуқлигича (18◦-20◦С) овқатланишдан 15-20 мин олдин аста секин хўплаб-хўплаб ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталилиги ортиқ бўлган гиперацид гастритда, минерал сувни иссиқ холда (40◦-45◦С) овқатланишдан 1-1,5соат олдин ичиш тавсия қилинади. Меъда шираси кислоталилиги меъёрида бўлган нормоцид гастритда 20◦-25◦С ли сувни овқатланишдан 40-45 минут олдин 1стакандан 3махал ичиш тавсия қилинади. Жигар ўт йуллари касалликларида (сурункали гепатит, гепатохолецистит, холециститда) спастик колитда, ҳамда ич кетишга мойиллик бўлганда минерал сувни илиқ холда (35◦-40◦С), атоник колитда эса совуқ (18◦-20◦С) холда ичиш тавсия қилинади. Агар беморда меъда касаллиги билан бирга жигар, ўт йўли касалликлари ёки ичакнинг спастик холати кам бўлса минерал сувни иссиқ холда (45◦С) ичиш буюрилади. Овқатлангандан сунг жиғилдон қаттиқ қайнаганда 50-100 мл совуқ (18◦С) минерал сув ичиш тавсия қилинади. Минерал сувдан ичириб даволаш курси 3-4 хафта давом этади. Ушбу қудуқ суви 23-гурухни (Давлат стандарти – 13,27388 номли кўрсатмасига асосан) шифобахш «Обухов» ва «Нафтуся» типидаги ичимлик минерал сув намуналарига тўғри келади. Шу сабабли бу минерал сувни ичиш йули билан ошқозон-ичак, жигар-ўт йуллари ва сийдик йўллари касалликларида тавсия қилиш мумкин. Хулоса. Минерал сув ичиш режимига риоя қилиш бемор организмини тартибга солади, овқат хазм қилиш тизимини бир маромда ишлашни таъминлайди.

СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМНИ МОНИТОРЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ

Тўйчиев Ж.И., Эшонқулова С.А., ТТА Тиббий педагогика факултети 505-гуруҳ талабалари

2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси (кафедра мудири т.ф.н., доцент Жаббаров А.А.)

Илмий раҳбар т.ф.н., катта ўқитувчи Қодирова Ш.А.

1 Республика клиник касалхонасида даволанган гипертония касаллиги билан қайд этилган беморларнинг касаллик тарихи ва текширув усуллари натижалари ўрганилди. Беморларнинг сони 52 та, улардан - 34 таси эркаклар, 18 таси аёллар. Ўртача ёш - 58,6 ёш. Барча беморларда лаборатор текширувлар (умум клиник ва биохимик-қондаги қанд, липид спектри, коагулограмма, мочевина, креатинин), инструментал (ЭКГ: чап қоринча гипертрофияси, Гисс тутами чап оёқчаси қамали, ЭХо КГ: чап қоринча массаси индекси, чап қоринча орқа девори ўлчамлари) аниқланди. Натижалар: Кундузги артериал босимнинг кўрсаткичлари сифатида артериал босим > 135/85 мм.сим.уст ни, тунги кўрсаткичлари сифатида >120/75 мм.сим.уст. нидан фойдаланилди. Артериал босимни суткалик мониторлаш мобайнида артериал босимнинг кундузи ва тунги вақтдаги кўрсаткичларидан юқорилиги, босим зўриқиши индекси, суткалик коэффициент (СК)нинг- тунги артериал босим нисбатининг фоиз ҳисобида ифодаланиши, эрталабки артериал босим кўрсаткичларининг ошиш тезлиги кабилар ҳисобга олинди.Суткалик коэффициент кўрсаткичлари бўйича артериал гипертензияли беморлар 4 та гуруҳга ажратилди: –"Dipper"-СК 10-20% ўзгаради- 69,7% беморларда аниқланди. –"Non dipper"-СК < 10% ўзгаради-22% беморларда аниқланди. – "Night-peaker"-СК < 0% ўзгаради- 5,1% беморларда аниқланди. –"Over-dipper" –СК>20% ўзгаради- 3% беморларда учради. Беморларнинг 57,8% ида артериал босимнинг тунги пайтда пасайиши 10-20% атрофида ўзгарди. Артериал гипертензияли беморларнинг 61,3% ида артериал босимнинг ошиши эрталаб (соат 4дан 10 гача) ва кечқурун (соат 18дан 21 гача)- кузатилди. Нон-диппер" ва "Найт-пикер"ли артериал босимнинг суткалик коэффициенти қарияларда кузатиладиган склеротик яккаланган суткалик артериал гипертензияда (45%), артериал гипертензия хавфли кечиб, асоратланганда (57%), ёндош қандли диабетли (48%) беморларда аниқланди. Хулоса:Артериал босимнинг тез-тез ўзгарувчанлиги нишон аъзолар зарарланишининг асосий механизми деб қаралади. Артериал босимни суткалик мониторлаш артериал гипертензияли беморда артериал босимнинг ўзгарганлиги тўғрисида аниқ маълумот беради.Артериал гипертензия хавфли кечганда, медикаментоз даволаш мобайнида артериал гипертензиянинг рефрактерлигига баҳо бериш, сутка мобайнида бир марта тавсия этиладиган антигипертензив препаратларнинг гипотензив самарадорлигини баҳолаш имконияти пайдо бўлади.

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БАҲОРГИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ

Убайдуллайев. И.Ф., Очилов Р.Т., Набиев.М.А., СамМИ Педиатерия факултети 214 гурух студентлари

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А. М.)

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ. Ш., ассистент Юсупов М.И.

2019 йил март ойида ички касалликлар билан РШТТЕЁ Самарқанд филиалига мурожаат этган 70 нафар, 29 ёшдан 85 ёшгача бўлган беморлар ўрганилди. Улардан 34 нафари (48,5%)ни аёл, 36 нафари (51,5%)ни эса эркаклар ташкил қилди. Беморларнинг асосий кисмини (95,5%) 40 ёшдан 85 ёшгача бўлган беморлар ташкил этди. Олинган материаллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Олинган натижалар: 2019 йил 16-24 март кунлари 70 та бемор мурожаат этган бўлиб, шундан 34 нафари аёллар (48,5%): 2 нафари (5,89%) га жигар циррози, 3 нафари (5,9%)га қандли диабет, 1 нафари (3%)га юрак тўғма нуқсони, 11 нафари (32,3%)га гипертония, 2 нафари (5,88%)га юракнинг сурункали ревматизми, 12 нафари (35,3%)га ЮИК, 1нафари (3%)га ўткир миокард инфаркти, 1 нафари кардиомиоцит (2.77%), 1нафар (2.77%) икки ўпка зотилжами ташхиси қўйилди; 36 нафар эркак (51,43%) шу жумладан: 19 нафари (52,77%)га ЮИК, 2 нафари (5,5%)га ЎКС, 2 нафари (5,5%)га ўпка зотилжами, 5 нафари (13,8%)га гипертония, 2 нафари (5,5%) жигар циррози, 1 нафари (2,77%) бронхиал астма, 2 нафари (5,5%) ўткир миокард инфаркти 1 нафари (2,77%) га қандли диабет, 1 нафари (2,77%)га пневмония, 1 нафари га эса (2,77%) СОБЛ ташхиси қўйилди Хулоса: Тадқиқот ўтказилган беморларнинг 31 нафари (44,3%)да юрак ишемик касаллиги, 16 нафари (22,8%) гипертония касаллиги, 1 нафар (1,43%)да бронхиал астма холати аниқланди. Текширишларимиз натижасида 2019 йил 16-24март кунларида асосан юрак ва қон томир касалликлари кўп учради.

ФОСФОГЛИВ ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ ЖИГАР КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК ЭФФЕКТИВЛИГИ ХАКИДА

Хамидова Д. СамМИ педиатрия факультети 617 гурух талабаси

Педиатрия факультети Ички касалликлар кафедраси ва ДКТФ терапия ва умумий амалиет курси билан (каф.муд.- т.ф.н. Агабабян И.Р.)

Илмий рахбар: доцент, т.ф.н. Ишанкулова Д.К.

РШТТЕИМСФ кошида АЖЕК (алкоголсиз жигар егли дистрофияси), ЖАК (жигарнинг алкоголь касаллиги) ва ЖДК (жигарнинг дори воситалардан касаллиги) бор беморларда Фосфоглив дори воситасининг клиник эффективлигини аниклаш максадида изланиш утказилди. Беморлардаги касаллик клиникасини; лаборатор текширувлардан: беморлар конида ЭЧТ, АЛАТ, АСАТ, билирубин, холестерин, гамма-глобулинлар микдори, тимол синамаси аникланди. Асбобий текшириш усулларидан- беморлар жигарини УТ усули ердамида текшириш утказилди. Натижалар: Жигар касаллиги билан хасталанган беморлар сони 90 та. Шулардан аеллар -38 (42%), эркаклар -52 (58%). Клиник тадкикотлар 34та АЖЕК бор беморнинг комплекс терапиясига Фосфоглив кушилганда, беморлар жигарида яллигланиш жараени камайганлиги (конда ЭЧТ, гамма глобулинлар микдори, тимол синамаси), хамда АЛАТ ва АСАТ микдори камайганлиги аникланди. Шунингдек Фосфоглив кондаги канд микдорини туширувчи (манинил, аморил, глюкофаж) ва холестерин микдорини туширувчи (липидра, симвастатин, ловастатин) каби дори воситалар эффективлигини оширди. 27 та АЖЕК бор беморларда рандомизирланган тадкикот олиб борилганда, Фосфоглив воситаси улардаги яллигланиш жараенини камайтирган холда, фиброз даражаси ва касалликнинг ифодаланган симптомларини камайтириши(диспепсия белгилари, жигарнинг УТ да жигар паренхимасининг эхогенлигининг пасайиши) кузатилди. ЖАК билан хасталанган 18та беморда утказилган 2 та рандомизирланган тадкикотда, восита диспепсия холатини камайтирган. Жумладан бир гурухга(n-10) восита таъсирида яллигланиш жараенини специфик маркери булган яллигланиш цитокинлари микдори камайиши кузатилган. Уз навбатида бошка бир гурухда (n-8) фиброз даражаси камайганлиги аникланди. Жигардаги яллигланиш ва АЖК бор 18 та беморда рандомизирланган тадкикот олиб борилганда Фосфогливнинг мусбат таъсири аникланди. ЖДК беморларда(n-11) дорилар (антибактериал воситалар: цефалоспоринлар, макролидлар, фторхинолонлар) ножуя таъсири текширилди. Фосфоглив воситаси бу беморларда хам жигар яллигланиш жараенини ва субъектив симптомларни камайтириши аникланди. Хулоса: АЖК, ЖАК, ЖДК билан хасталанган беморларни даволашда бошка дори воситалар каторида, комплекс равишда Фосфоглив дори воситасини куллаш эффетивлиги аникланди. Олиб борилган барча тадкикотларда Фосфогливнинг хавфсизлиги яхши окибатларга олиб келди.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Хожиев Ш.М., 506-гуруҳ талабаси, II Педиатрия факультети, ТошПМИ

Кафедра: Эпидемиология, юқумли касалликлар (кафедра мудири – проф., т.ф.д. Қосимов И.А.)

Илмий раҳбар: ассистент Атамухамедова Д.М.

Долзарблиги. Тиббиёт амалиётчилари ва ветеринария ходимларининг биргаликдаги сайи-харакатлари натижасида бруцеллезнинг бир қанча эпидемик ўчоқлари бартараф этилди. Тадқиқот мақсади. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморларда рецидив ҳолатини, ногиронликни олдини олиш ва соғломлаштириш ишларини олиб бориш ҳамда реинфекцияга йўл қўймаслик учун реабилитация, диспансеризация ва профилактика чора-тадбирларини самарадорлигини оширишни ўз олдимизга мақсад қилиб олдик. Тадқиқот усуллари ва услублари. Сурункали бруцеллез билан оғриган

40 та бемор текширилди, уларнинг ёши 19 дан 50 ни, ўртача 32 ёшни ташкил қилди. Улардан 25 таси эркак, 15 таси аёл. Клиник ташхис беморларнинг анамнези, касаллик тарихи ҳамда лаборатор инструментал текширувлар асосида қўйилди. Олинган натижалар таҳлили. Касалликни кечув жараёни де-; субкомпенсация ва компенсация билан алмашиниб туради. Бирламчи сурункали бруцеллезда касалликнинг авж олишида декомпенсация босқичида (80,0±4,1), субкомпенсация босқичида эса (20,0±4,1), иккиламчи сурункали бруцеллезда қуйидагича (18,3±4,0, 79,6±4,2, p<0,05) бўлди. Беморларни даволашда, диспансер кузатувида ва реабилитацияда буни инобатга олишимиз керак. Касалликни даволашда икки босқични ҳисобга олиш зарур, яъни биринчисида беморга бруцеллез ташхиси қўйиш биланоқ шифохона шароитида даволаш, иккинчисида беморни поликлиникада диспансер кузатувига олиш ва санатория, курортларда соғайишини таъминлаш. Беморлар шифохонда тўлиқ комплекс давони олгандан сўнг, касалликнинг компенсация даврида, яъни 3 ойдан кейин санатория ва курортларда даволаниш тавсия этилади. Тиббий реабилитация деганда бруцеллез натижасида келиб чиққан ўзгаришлар, аъзо ва тизимлардаги патологик ҳолатларга таъсир қилиб, асли ҳолига қайтариш ва иш қобилиятини тиклашдир. Бунинг учун поликлиника шароитида тор мутахассисларга йўналтириш зарур бўлади. Беморлар ўзларининг яшаш ҳудудидаги оилавий поликлиникаларда диспансер кузатувига олинади. Бундан мақсад беморда рецидив ҳолатларини олдини олиш ва соғломлаштиришдир, шунингдек ре- ва суперинфекцияга йўл қўймаслик, беморларнинг иш қобилиятини тўлиқ тиклашдир. Бруцеллез билан оғриган шахслар 2 йил, резидуал турдагилар эса 5-7 йил мобайнида кузатилади. Хулоса. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шуни айтиб ўтишимиз мумкинки, диспансеризация ва реабилитация ўтказиш беморларни соғайишида ҳал қилувчи босқич ҳисобланади, бу бруцеллезни белгиларини бартараф этишда ва ишлаш қобилиятини тиклашда муҳим аҳамиятга эга.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Хожиев Ш.М., 506 II-гурух, педиатрия факультети

Илмий рахбар: Атамухамедова Д.М.

ТошПМИ, Эпидемиология, юқумли касалликлар кафедраси

Долзарблиги. Тиббиёт амалиётчилари ва ветеринария ходимларининг биргаликдаги сайи-харакатлари натижасида бруцеллезнинг бир қанча эпидемик ўчоқлари бартараф этилди. Тадқиқот мақсади. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморларда рецидив ҳолатини, ногиронликни олдини олиш ва соғломлаштириш ишларини олиб бориш ҳамда реинфекцияга йўл қўймаслик учун реабилитация, диспансеризация ва профилактика чора-тадбирларини самарадорлигин оширишни ўз олдимизга мақсад қилиб олдик. Тадқиқот усуллари ва услублари Сурункали бруцеллез билан оғриган 40 та бемор текширилди, уларнинг ёши 19 дан 50 ни, ўртача 32 ёшни ташкил қилди. Улардан 25 таси эркак, 15 таси аёл. Клиник ташхис беморларнинг анамнези, касаллик тарихи ҳамда лаборатор инструментал текширувлар асосида қўйилди. Олинган натижалар таҳлили. Касаллик бошқа сурункали жараён де-; субкомпенсация ва компенсация билан алмашиниб туради. Бирламчи сурункали бруцеллезда касалликнинг авж олиши субкомпенсация босқичида (80,0±4,1), декомпенсация босқичида эса (20,0±4,1), иккиламчи сурункали бруцеллезда қуйидагича (18,3±4,0, 79,6±4,2, p<0,05) бўлди. Беморларни даволашда, диспансер кузатувида ва реабилитацияда буни инобатга олишимиз керак. Касалликни даволашда икки босқични ҳисобга олиш зарур, яъни биринчисида беморга бруцеллез ташхиси қўйиш биланоқ шифохона шароитида даволаш, иккинчисида беморни поликлиникада диспансер кузатувига олиш ва санатория, курортларда соғайишини таъминлаш. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморлар шифохонда тўлиқ комплекс давони олгандан сўнг, касалликнинг компенсация даврида, яъни 3 ойдан кейин санатория ва курортларда даволаниш тавсия этилади. Тиббий реабилитация деганда бруцеллез натижасида келиб чиққан ўзгаришлар, аъзо ва тизимлардаги патологик ҳолатларга таъсир қилиб, асли ҳолига қайтариш ва иш қобилиятини тиклашдир. Бунинг учун поликлиника шароитида тор мутахассисларга йўналтириш зарур бўлади. Шу мақсадда бруцеллез билан оғриган беморлар ўзларининг яшаш ҳудудидаги оилавий поликлиникаларда диспансер кузатувига олинади. Бундан мақсад беморда рецидив ҳолатларини олдини олиш ва соғломлаштиришдир, шунингдек ре- ва суперинфекцияга йўл қўймаслик, беморларнинг иш қобилиятини тўлиқ тиклашдир. Бруцеллез билан оғриган шахслар 2 йил, резидуал турдагилар эса 5-7 йил мобайнида кузатилади. Хулоса. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шуни айтиб ўтишимиз мумкинки, диспансеризация ва реабилитация ўтказиш беморларни соғайишида ҳал қилувчи босқич ҳисобланади, бу бруцеллезни бартараф этишда ва ишлаш қобилиятини тиклашда муҳим аҳамиятга эга.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТ АҲОЛИСИ КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИНИНГ ДИНАМИКАДАГИ ЎЗГАРИШИ, ЁШ ВА ЖИНСГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Холмирзаев Ф. ТТАфф коммунал гигиена йўналиши клинический ординатори

Коммунал ва мехнат гигиенаси кафедраси (каф.мудири-т.ф.н.. Ашурова М.Д.)

Илмий раҳбар: кафедра мудири, т.ф.н.. Ашурова М.Д.

Мамлакатимизда истиқлолнинг дастлабки йиллариданоқ Президентимиз раҳнамолигида ҳам жисмонан, ҳам маънан соғлом авлодни вояга етказишга давлат сиёсати даражасида эътибор қаратилаётир. Шу жумладан истиқлол йилларида соғлиқни сақлаш тизимининг нафақат моддий техника базаси, балки ҳуқуқий базаси ҳам мустаҳкамланганлигига, бугунги кунда аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш билан боғлиқ муносабатлар амалдаги қонунлар билан тартибга солинганлиги диққатга сазовордир. Тадқиқотнинг мақсади: Фарғона вилояти мисолида аҳолининг касаллик даражасининг динамикадаги ўзгариши, ёшга хос хусусиятларини, хавфли омилларни аниқлаш ва уларни таҳлил қилиш асосида саломатлик ҳолатини яхшилаш чора-тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат. Тадқиқот усуллари: Аҳолининг умумий касалланиш даражасини баҳолашда Фарғона вилояти ижтимоий-гигиеник мониторинги маълумотлар базасидан, статистик ҳисобот шакли “Даволаш муассасаси хизмат кўрсатувчи районда касалланганлар орасида рўйхатга олинган касалликлар сони ҳақида хисобот” бўйича 3 йиллик давр (14 ёшгача бўлган болалар, 15-17 ёшдаги ўсмирлар ва 18 ёш ва ундан катта ёшдагилар) маълумотларидан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари: Касалланишни структура бўйича таҳлил натижаларига кўра нафас олиш ва қон яратиш аъзо касалликлари билан касалланиш йилдан-йилга юқори кўрсаткичларни ташкил қилди. Таҳлили натижаларига кўра Фарғона вилоятида болалар орасида юқумли касалликлар билан касалланиш - 31047 (3%), ўсма касалликлари – 347 (0,01%), эндокрин тизими касалликлари- 91318 (9%), қон яратиш аъзолари касалликлари-232830 (24%), руҳий айниш - 12730 (1%), асаб тизими касалликлари - 30793 (3%), кўз касалликлари- 43426 (4%), қулоқ касалликлари - 21312 (2%), қон айланиш тизими касалликлари - 3713 (0,1%), нафас олиш тизими касалликлари - 278181 (29%), овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари-99536 (10%), сийдик, жинсий аъзолар касалликлари-30784 (3%), тери ва тери ости тўқимаси касалликлари - 44981 (5%), суяк мушак тизими касалликлари-8138 (1%), туғма аномалиялар - 8633 (1%), перинатал давр касалликлари - 19698 (2%), жароҳат ва заҳарланишлар - 16737 (2%), жами касалликлар - 974636 (100%) ни ташкил қилди. Ўсмирлар касалланиш структурасида жами касалликлар - 197441 (100%) орасида етакчи ўринни эндокрин тизими касалликлари - 27848 (14,1%), қон яратиш аъзолари касалликлари - 48344 (24,5%), кўз касалликлари - 10007 (5,1%), нафас олиш тизими касалликлари - 48170 (24,4%), овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари - 14322 (7,3%), сийдик жинсий аъзолар касалликлари - 12186(6,2%)ташкил этди. Катталар орасида жами касалликлар 2329253 (100%) орасида эндокрин тизими касалликлари - 177734 (7,6%), қон яратиш аъзолари касалликлари - 419221 (18%), қон айланиш тизими касалликлари -297574 (12,8%), нафас олиш тизими касалликлари - 535663 (23%), овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари - 146921 (6,3%), сийдик жинсий аъзолар касалликлари – 160736 (6,9%) кўрсаткичлари юқорилиги аниқланди. Хулоса. Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи, уни белгиловчи ўзгарувчан, социал шароитларнинг, омилларнинг турли-туманлиги, мураккаблиги туфайли инсонларнинг урф-одати, хатти-ҳаракати, ҳаётий фаоллигининг саломатлик кўрсаткичларига таъсирини, айниқса, биргаликда таъсир этувчи омилларни инобатга олган ҳолда, ижтимоий-гигиеник тадқиқотларни ўтказиш талаб этилади. Бунинг учун эса клиник, психологик,ижтимоий, санитар-гигиеник, математика-статистик, бир сўз билан айтганда, комплекс ижтимоий-гигиеник ва клиник-ижтимоий тадқиқот усулларидан фойдаланиш лозим.

ЗАМОНАВИЙ ЭТАПДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Холмуратов У.К., СамМИ, магистратура бўйича I курс резиденти. Норбўтаев О., Касбий таълим 502 гуруҳ.

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (кафедра мудири - доцент Ярмуҳаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: асс. Рустамова Ш.А.

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилояти бўйича бруцеллёз касаллиги эпидемиологик кечиш хусусиятларини таҳлил этишдан иборат. Тадқиқот усули ва материаллари: Самарқанд вилояти бўйича бруцеллёз билан касалланган беморларда касаллик эпидемиологик хусусиятларини таҳлил этиш учун кузатув остига Вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида 2015-2017 йил давомида даволанилган беморлар олинди. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 27,8% ини ташкил этади. Ушбу иш жараёнида эпидемиологик, аҳоли орасида сўровнома ўтказиш, клиник, лаборатор усуллар (умумий, биокимёвий, бактериологик), инструментал (ЭКГ, УТТ, рентгенография) қўлланилди. Тадқиқот муҳокамаси: Бруцеллёз касаллиги устидан эпидемиологик ва эпизоотологик вазиятнинг барқарор бўлмаслиги бу касалликнинг инсонлар орасида кенг тарқалишига сабаб бўлади. Бруцеллёз касаллигининг эпидемик жиҳатдан нобарқарорлиги нафақат инсонларга, балки ташқи муҳит омилларига ҳам боғлиқ. Кузатувдаги беморларнинг 69,3% ини эркаклар, 31,7% ини аёллар ташкил этади. Беморлар ёши бўйича, 14 ёшгача бўлган болаларда-6,5%, фертил ёшдаги аёлларда-16,8%, 15-45 ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли қатлами орасида-54,8%, 46-60 ёшлиларда эса 21,9% ҳолда учраши аниқланилди. Кузатувдаги беморлар ташхиси Райт агглютинация реакцияси орқали 86,6% ҳолда аниқланилиб, қуйидаги титрлар асосида ташхис қўйилган: 1:50-4,6%, 1:100-21,7%, 1:200-29,9%, 1:400-26,7%, 1:800-17,1%. Беморларда бруцеллёз ташхиси Хеддельсон реакцияси усулида 84,5% ҳолда лаборатор, 57,3% ҳолда бактериологик усулда тасдиқланган. Беморларнинг 31,5% изида касалликнинг ўткир шакли, 68,5% изида касалликнинг сурункали шакли ташхиси қўйилган. 97% ҳолда бу беморлар бошқа ташхис асосида даволаниб юрганлиги боис, касаллик давомийлиги 6 ойдан ошиб кетган. Шу тариқа беморларда касаллик сурункали кўринишни олган. Инсонларнинг бруцеллёз билан касалланиши қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари орасида бруцеллёз касаллиги эпизоотияси билан боғлиқ. Қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари орасида бруцеллёз келиб чиқиш асосий сабаблари ҳайвонларга бруцеллёзга қарши чора тадбирлар ўтказилмасдан, бошқа қўтонларга ўтказилиши, шахсий чорва молларининг керакли назоратдан ўтказилмаслиги, хастланган молларнинг ўз вақтида йўқ қилинмаслиги, эпидемик жиҳатдан ноқулай бўлган ҳудуддан молларнинг эпидемик жиҳатдан барқарор бўлган ҳудудга киритилиши катта рол ўйнайди. Касаллик эпидемиологик хусусиятларини таҳлил қилишда қуйидагиларга эътибор қаратдик: 1.Беморларнинг 48,2% да шахсий чорва моллари мавжуд. Бу беморларнинг 33,4% изи шахсий чорва молларини ветеринар шифокор кузатувидан ўтказмаган. Шунингдек, ушбу беморларнинг 32,7% изида шахсий чорва моллари орасида бола ташлаш ҳодисаси кузатилиб турган. Улар эса бу ҳолатда ветеринар шифокорга мурожаат этмасдан, касал молни ё сотиб юборишган ёки сўйишган. 2. Беморларнинг 14,9% ида касалликни касбий фаолият билан боғлаш мумкин. Улардан, 38,3% ҳолатда чўпонлар мавсум чоғида қўй ва эчкиларнинг жунини қирққан. 27,7% ҳолда беморлар қассоблар бўлиб, гўшт нимталаш жараёнида касалликни юқтириб олишган. Қассобларнинг 45,6% молни ветеринар шифокор кўригидан ўтказмасдан сўйишган. 11,5% беморлар маҳсидўзлик билан шуғулланишган. 12,8% беморлар ошхонада кабобпазлик билан шуғулланиши маълум бўлди. 3. 2,2% ҳолда беморлар шаҳарда истиқомат қилишганлиги боис, касалликни чорвага боғламасдан, турмуш ўртоғидан юқтириб олишганлигини қайд этишди. 3. 2,6% ҳолда беморларда касаллик сабабини аниқлашнинг имкони бўлмади. Бруцеллёз касаллиги эпидемиологиясида B. melitensis, B. abortus, B. suis катта аҳамиятга эга. Самарқанд вилояти, умуман Ўзбекистон ҳудудида асосан B. melitensis айланиб юрганлиги тадқиқотларда аниқланилган. Адабиётлардан маълумки, B. melitensis вирулентлиги юқорилиги ва ҳатто организмга кичик дозаларда тушганда ҳам касаллик тарқалган шаклда оғир ўтиши ва асосан сурункали турга тез ўтиши билан характерланади. Шу боис, бруцеллёз касаллиги эпидемиологиясида вазият беқарорлигича қолмоқда. Касалликни Brucella авлодига кирувчи бир нечта қўзғатувчи чақиришини эътиборга олсак, ҳар сафар касаллик қўзғалганда, бу касаллик қўзғатувчиси кўп ҳолларда аниқланилмасдан қолади. Муаллифларнинг фикрига кўра, касаллик рецидивида қўзғатувчиларнинг алмашинуви муҳим рол ўйнайди. Шунингдек, охирги йилларда бруцеллёз касаллиги қўзғатувчиларнинг ареали кенгайганлиги, денгиз жонзотларида (рептилия ва б.) ҳам қўзғатувчи аниқланилганлиги маълум бўлди. Хулоса: Юқоридагилардан кўриниб турибдики, бруцеллёз касаллиги бўйича эпидемик вазиятнинг барқарор бўлмаслиги, нафақат инсонлар томонидан ўтказилаётган чора тадбирларга, балки табиат қонунларига ҳам боғлиқ. Чунки бруцеллёз касаллиги қўзғатувчиларининг ареали кенгайиши, айрим қўзғатувчиларнинг вирулентлиги юқорилиги, касаллик қўзғатувчиларнинг хилма хиллиги ва юқиш йўлларининг кўплиги эпидемик вазиятни мураккаблаштиради.

ФИЗИОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИДАГИ ФАН ТАРКИБИ ОРҚАЛИ БЎЛАЖАК ШИФОКОРДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА МОТИВАЦИЯНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

Худойбердиева Ш.,СамМИ ОХИ факультети 101-гуруҳ талабаси, Рахмонова П., СамМИ даволаш факультети 227-гурух талабаси

Физиология вапатологик физиология кафедраси (каф.муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий раҳбар:доц. Самиева Г.У.

Бўлажак шифокорда соғлом турмуш тарзига мотивацияни шакллантириш шахсий ривожланиш, муваффаққиятли касбий фаолият ҳамда соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлаш соҳасида ишлашга тайёрлигини аниқлаш жиҳатидан ҳозирги кунда долзарб масала ҳисобланади. Соғлом турмуш тарзи мотивациясини шакллантириш масалалари ечими физиологик йўналишдаги фанлар таркиби орқали ечилиши мумкин, жумладан “Одам физиологияси”, “Анатомия ва физиология”, “Спорт ва маданият физиологияси”. Соғлом турмуш тарзига мотивация шаклланиши жараёнининг мазмунига боғлиқ ҳолда 3 босқичга бўлинади: мақсадни аниқлаш, кўникмани ҳосил қилиш ва тарғиб қилиш. Биринчи мақсадни аниқлаш босқичи мақсади талабаларда соғлом турмуш тарзига мотивацияни шакллантиришдаги ножўя ҳолатларни йўқотиш ҳисобланади. Иккинчи кўникмани ҳосил қилиш босқичи мақсади соғлом турмуш тарзига турғун мотивацияни шакллантириш бўлиб, бу талабада ушбу муаммога қизиқиш, соғлом турмуш тарзи касбий фаолиятида муҳим шартлардан бири эканлигига амин бўлиши билан характерланади. Тарғиб қилиш босқичи мақсади тўлиқ мотивацияни ҳосил қилиш бўлиб, керакли йўналишлар аниқ бўлади, соғлом турмуш тарзи жиҳатидан касбий фаолиятдаги ижтимоий муаммолар чуқурлашади. Физиология йўналишидаги фанларни ўқитиш жараёнида кўрсатилган ҳар бир босқичлар талабаларда соғлом турмуш тарзи мотивациясини шакллантириш жараёнининг бутунлигини таъминловчи қарама-қаршиликлар, мақсадлар, талим бериш таркиби ва усуллари, шуниндек, педагогик шароитлар билан фарқ қилади. Экспериментал жараён натижалари бўлажак шифокорларда соғлом турмуш тарзига қизиқтиришни ривожлантиришда самарали восита сифатида қаралишига асос бўлади.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ 40 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ПЕН ПРОТОКОЛЛАРИ АСОСИДА ОЛИБ БОРИШ

Хужакулов Ш.Ш., дав. факультети 2 курс студенти

Умумий амалиёт/оилавий медицина кафедраси (каф. муд. - доц. Хусенова Ш.А.)

Илмий рахбар: Рахимова Х.М.

Мавзунинг долзарблиги: Юрак-қон томир касалликлари (артериал гипертония), онкологик касалликлар, ўпканинг сурункали респиратор касалликлари, қандли диабет ва бошқа юқумсиз (ноинфекцион) касалликлар бутун дунё бўйича касалланиш ва ўлим ҳолатларининг асосий сабабчиси ҳисобланади. ЖССТнинг маълумотларига кўра, ҳар йили бутун дунёда тахминан 57 млн. инсон вафот этади, улардан 36 млн. (63%) атрофидаги ўлим ҳолатлари юқумсиз касалликларга тўғри келади. Тахминан 14 млн. одам 70 ёшгача яшамайди, яъни барвақт ўлади. Шу билан бирга, ЖССТнинг прогнозларига кўра, агар самарали чора-тадбирлар кўрилмаса, дунё бўйича юқумсиз касалликлардан ўлим кўрсаткичи оғишмай ўсиб боради ва 2030 йилда деярли 75%ни ташкил қилади.Артериал гипертония касаллиги барча мутахассислар фаолиятида учровчи касаллик булиб, айникса бу муаммо умумий

амалиёт шифокорлари ўртасида долзарб масала булиб колади, чунки бу беморлар биринчи бўлиб амбулаторияга мурожаат килади. Максад: Поликлиника шароитида артериал гипертония билан касалланган беморларни эрта аниклаш ва ЖССТ томонидан тавсия этилган ПЕН (PEN бирламчи тиббий-санитария ёрдами учун ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган юқумсиз касалликликлар бўйича асосий хизматлар пакети) протоколлари асосида олиб бориш. Материаллар ва методлар: Кузатувдаги 52 беморга ёши ,жинси ва нишон органларининг шикастланиш даражаси хисобга олган холда ЖССТ томонидан тавсия этилган ПЕН протоколлари (4 амал бўйича) асосида олиб борилди. Беморларга даволаш тамойиллари даволаш доимий олиб борилиши тушунтирилди ва тушунганлик хақидаги маълумотлар сўровнома асосида ўрганилди. Натижалар: Беморларга хаёт тарзини ўзгартирувчи тадбирлар артериал гипертониянинг босқичига кўра 6 ойдан 12 ойгача буюрилади. Номедикаментоз даволаш дастури дорилар билан даволаш даврида хам қўлланиш зарурлиги беморларга ўқтирилди.Буларга қўйидагилар киради: абдоминал семизликка чалинган беморлар вазнини камайтириш, ош тузини кам истемол қилиш, спиртли ичимликлар, таркибида кофеин тутувчи махсулотларни истемол қилмаслик, енгил жисмоний машклар бажариш, хафтасига 5 кун 30 минутдан пиёда юриш. Сўровнома натижаларига кўра, даво чора-тадбирлари буюрилган 52 бемордан (100%) дориларни уў вақтида кўрсатмаси асосида кабул килганлар 22(42%), дори ичишни ёктирмайдиганлар 6(11%), дори ичишга ўрганиб коламан деб уйлайдиган беморлар-10(19%), дориларни факат кон босими кўтарилганда ичадиган беморлар 14(26) ташкил килди. Хулоса: Шундай килиб 56% холатда артериал гипертония билан даволаш самарасининг пастлиги беморларнинг ўзларига боглиқ экан. Юкорида кўрсатилган камчиликлардан келиб чиққан холда врачлар маклакасини хамда хамширалар билимини ПЕН клиник протоколлари асосида узликсиз ошириш ва артериал гипертония билан касалланган беморларни эрта аниклаб, ўз вақтида даво муолажаларини тавсия этиш. Артериал гипертония билан даволанаётган беморлар ўртасида тушунтириш ишларини узлуксиз ва самарали олиб боришлари лозим.

ҚОН ГУРУҲЛАРИГА КЎРА КАСАЛЛИКЛАРГА МОЙИЛЛИКНИ АНИҚЛАШ

Хужакулов Ш., СамМИ даволаш факультети 215-гурух талабаси

Игамкулова Д., СамМИ педиатрия факультети 212-гурухталабаси

Физиология вапатологик физиология кафедраси (каф.муд. –т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмийраҳбар:доц. Самиева Г.У.

Тадқиқот мақсади.Маълум бир касалликлар ривожланиш сабабларини аниқлаш ва ўрганиш мақсадида сўров ўтказиш йўли билан қон гуруҳлари ва касалликлар ўртасидаги боғлиқлик қонуниятини аниқлаш. Тадқиқот материаллари ва усуллари.Тадқиқот 221 нафар 18-21 ёшдаги қиз ва ўғил болалар ўртасида ўтказилган сўров натижаларига асосланди. Олинган натижалар.Ўтказилган текширувдан сўнг қўйидаги натижалар олинди: I қон гуруҳига эга бўлган талабаларнинг 61% да аллергия, 52% қисмида ўткир респиратор касалликлар ва 48% да ошқозон-ичак касалликлари кузатилди; II қон гуруҳига эга талабаларнинг 41% да ўткир респиратор инфекцияларга мойиллик кузатилди, 49% талабаларда пневмония 28% қисмида аллергия кузатилди. III қон гуруҳига эга талабаларнинг 61% да сийдик ажратиш тизими касалликлари, 45% да ангина кузатилди. IV қон гуруҳига эга талабаларда 60% қисмида ангина,64% да семириш,34% да гайморит, 18% қисмида ўткир респиратор инфекциялар кузатилди. Хулоса. Олинганнатижаларасосида бир қатор қонуниятларни аниқладик. I қон гуруҳига эга одамлар аллергия, ўткир респиратор касалликлар, ошқозон-ичак касалликларига чалинишга мойиллик бўлади. II қон гуруҳига эга одамлар эса ўткир респиратор инфекциялар ва пневмонияга чалинишга мойил. III қон гуруҳидаги одамлар сийдик ажратиш тизими ва ангинага, IV қон гуруҳидаги одамлар эса ангина, семириш ва гайморит билан касалланишга мойил бўлади.

СИГАРЕТ ЧЕКУВЧИ ЭРКАКЛАРДА ЖИСМОНИЙ ЗЎРИҚИШГА НИСБАТАН ОРГАНИЗМНИНГ МОСЛАШИШ РЕАКЦИЯСИ

Хусанова Н.Н. 204 гурух педиатрия факультети талабаси СамДМИ

Физиология, патологик физиология кафедраси (каф. муд. т.ф.д., доцент Самиева Г.У.)

Илмий рахбар т.ф.н., доцент Карабаев А.Г.

Долзарблиги. Хар бир организм ўзининг яшаш шароитига мослашган бўлиб, таъсуротга нисбатан адекват ҳолда жавоб реакциясига эгадир. Аммо лекин ташқи шароитнинг ўзгариши ёки айрим моддаларнинг инсон организмига таъсири ҳимоя мослашув реакциясини бутунлай ўзгартириб юборади ва организмда турли хил ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бундай таъсуротларни ўрганиш асосий муаммолардан бири бўлиб қолади. Мақсадга асосан29-30 ёшли 10 та сигарет чекувчи ва 10 та сигарет чекмайдиган эркакларда 30 секунд давомида жисмоний зўрикиш таъминланди (30 секунд давомида ўтириб туриш). Жисмоний зўрикишдан олдин, хар икала гурухда артериал босим ва пульс аникланди. Бу даврда сигарет чекмайдиган эркакларда А.Б.-116/77±6,65мм с.уст.,пульси 75,0±6,6/мин ташкил қилган булса, сигарет чекувчиларда эса А.Б.-119,0 /79,5±6,6 мм с.уст.,пульси эса 83,0±6,6/ мин ташкил қилди. Натижа. Зўрикишдан кейин бу курсаткичлар ўрганилганда сигарет чекмайдиган эркакларда А.Б.-150,8/94,4±3,1мм.с.уст. (P<0,05), пульси 113±6,6/мин. (P<0,05) ташкил килди. Сигарет чекувчиларда эса А.Б.-154,7/97,4±6,5 мм. с.уст. (P<0,01), пульси эса 129,3±6,7/мин. ташкил килиб(P<0,001), 5 минут ўтгач сигарет чекмайдиган эркакларнинг 80%данормал ҳолда тикланиш юзага келиб, А.Б.-113,1±10,6 мм с.уст.(P>0,05),пульси 74,3±5,6/мин. ташкил қилган бўлса(P>0,05), сигарет чекувчиларнингҳаммасида артериал босим, хамда пульснинг нормал кўрсатгичга кайтмагани аниқланди ва уларда А.Б.-134,0±1,6 мм с.уст. (P<0,05),пульси эса 100,7±4,2 мин ташкил қилди.(P<0,05). 20% чекмайдиган инсонларда нормал холга кайтиш 6- минутда юзага келиб А.Б.-117,5/75±3,5 мм с.уст.(P>0,05),пульси 78±5,6/ мин ташкил қилди (P>0,05).Сигарет чекувчиларда эса бу кўрсаткич бу вактда тикланмаганлиги кузатилди.Сигарет чекувчиларнинг 60%да тикланиш 8- минутда кузатилиб, уларнингА.Б.-117,5/79,1±6,64 мм с.уст. (P>0,05),пульси эса 83,0±5,6/ мин ташкил килиб(P>0,05), колган 40% чекувчиларда тикланиш 9- минутда кузатилди.Бу вактда уларнинг А.Б.120/80±3,1 мм с.уст. (P>0,05),пульси эса 80,0±5,0 мин ташкил килди (P>0,05). Хулоса. Шундай килиб, олинган маълумотлар шуни курсатадики, сигарет чекувчиларда химоя мослашув реакцияси нормал организмга нисбаттан 80% кам булиб, тикланиш даври 150% узайгандир.

ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИ

Шамсиева М.М., СамМИ тиб. пед. факультети 105 гурух талабаси

1 ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф. мудири – проф. Тоиров Э.С.)

Илмий рахбари: асс. Хамраева Н.А.

Ишнинг максади: Юрак касалликларида юрак ритми бузилишлари таркалиш курсаткичларини урганиш. Тадкикот материал ва усуллари: Самарканд давлат тиббиёт институти клиникаси терапия булимида юрак касалликлари билан даволанган 190 нафар беморнинг касаллик тарихи маълумотлари тахлил этилди. Ушбу беморлардан 103 нафарида гипертония касаллиги, 32 нафарида – юрак ишемик касаллиги, 52 нафарида – ревматизм ва юрак нуксонлари ва 3 нафарида – дилатацион кардиомиопатия аникланган. Текшириш натижалари ва тахлили: Барча беморлардан 30(15,8%) нафарида юрак ритмининг бузилиши кузатилган: 22 нафарида (73%) - титрок аритмия, 8 нафарида (37%) - экстрасистолия. Касалликлар буйича тахлил килинганда, 103 нафар бемор гипертония касаллиги билан даволанган булиб, улардан 3 нафарида (2,9%) юрак ритми бузилиши кузатилган: 2 нафарида - юрак ритмининг титрок аритмия ва 1 нафарида - экстрасистолия типида бузилиши. Юрак ишемик касаллиги билан касалланган 32 нафар беморнинг 8 (25%) нафарида юрак ритмининг бузилиши аникланиб, ушбу беморлардан 6 нафарида - титрок аритмия ва 2 нафарида – экстрасистолия характерли булди. Ревматизм ва юрак нуксонлари аникланган 52 бемордан 17 нафарида (32,9%) юрак ритмининг бузилишлари кайд этилган: 13 беморда титрок аритмия, 4 беморда – экстрасистолия. Дилятацион кардиомиопатия билан даволанган ётган 3 нафар беморлардан биттасида юрак ритмининг титрок аритмия ва яна биттасида экстросистолия типида бузилиши аникланди. Хулоса: юрак касалликлари ичида юрак ритмининг бузилиши энг куп дилятатцион кардиомиопатия касаллиги учун характерли булади. Касалликлар буйича ритм бузилиши таркалишига кура кейинги уринларни ревматизм, юрак ишемик касалликлари эгаллайди. Гипертония касаллигида эса юрак ритми бузилишлари энг кам учрайди.

ЗАМОНАВИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ШИФОКОРЛИККА ОИД КАСБИЙ ФИКРЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ

Шарёров М. СамДТИ Даволаш факультети 106-гуруҳ талабаси

Тиббий реабилитация, физиотерапия ва спорт тиббиёти кафедраси (кафедра мудири – т.ф.н. доц. Мавлянова З.Ф.)

Илмий раҳбар: Асс. Абдусаломова М.А.

Тиббиёт олийгохларида таълимнинг асосий вазифаси талабаларда шифокорликка оид касбий фикрлашни ривожлантириш хисобланади. Клиник фикрлаш шифокорнингинтеллектуал салоҳияти бўлиб, хар бир беморга нисбатан, илм фан маълумотларини ва шахсий тажрибани қўллаш имконини беради. Тиббиёт олийгохларида клиник фикрлашни ривожланиши морфологик фанларни ўрганишдан бошланиб, бу ерда тажриба, эксперимент ва махсус адабиётлар тахлили усутнлик қилади. Беморлар кўриги вақтида талабаларда амалий билим ва кўникмалар ривожланиши рўй беради. Клиник кафедраларда касбий шифокорликка оид фикрлашни шакллантиришнинг турли усуллари мавжуд. Машғулотларга оғзаки ва ёзма тайёргарликдан ташқари презентациялар тайёрлаш, масалаларни ечиш,тест ишлаш, мухокама ўтказиш, беморлар билан ишлаш (беморлар кўриги, ташхисни асослаш, текшириш ва даволаш режасини тузиш, ўқув касаллик тарихини ёзишва уни ҳимоя қилиш). Лекин кўпчилик муаллифлар клиник фикрлашни ривожлантиришнинг энг самарали йўли бу беморлар билан ишлаш деган ягона фикрга тўхталишган. Лекин бутун ўқув йили давомида талабалар томонидан ўтказилган беморлар кўригига қарамасдан, олинган билимларни амалиётда қўллаш долзарблигича қолмоқда. Шуни таъкидлаш жоизки, бунинг асосий сабаби беморлар кўриги жараёнининг мукаммал ташкил этилмаслиги билан боғлиқ. Таълим олувчиларнинг кўпчилик қисми беморлар кўриги вақтида анамнез маълумотларини, ўзига ишончсизлиги натижасида суст йиғишади. Бу эса мулоқот маданиятининг камлигидан гувоҳлик беради ва амалиётда ўрганилган алгоритмларни қўллашни қийинлаштиради. Беморлар кўригининг самарали кечишига талабанинг билими, унинг мотивацияси ва машғулотларга доимий тайёргарлиги катта аҳамиятга эга. Кўпчилик талабалар лабаратор- инструментал текшириш маълумотларини керагидан ортиқ бахолашади.Бунинг натижасида клиник фикрлаш, бемордан инструментал текширувга кўчади. Исботловчи тиббиётнинг пайдо бўлиши клиник фикрлашда хатоликларни кўрсатиб берди. Шу вақтнинг ўзида, мавжуд бўлган ташхислаш ва даволаш алгоритмлари шифокор кўриги, анамнез йиғиш ва кўрик маълумотларини ўрнини эгаллай олмайди. Кўпчилик талабалар ўқув тиббиёт хужжатларини етарли тўлдира олишмайди. Бу эса фикрлаш кўникмаларини етарли шаклланмаганлиги билан боғлиқ. Шуни таъкидлаш жоизки, беморлар кўриги вақтидаги муаммолар талабаларда беморни тўлиқ қабул қилиш, касалликни ичкаридан кўриш, тўғри ташхис ва даволаш имконини бермайди. Кўпгина муаллифлар фикрича, хеч қайси назорат усуллари бемор билан мулоқотни ўрнини босолмайди. Шунинг учун, бизнинг фикримизча клиник фикрлашнинг асосий усули катта миқдордаги беморлар кўриги хисобланади. Ўқитувчининг вазифаси беморлар кўригини максимал ташкил этиш. Биринчидан ўқитувчи кўрик мақсадини тушунтириши (кундалик ёзиш, клиник ташхисни асослаш, модул тизими бўйича амалий кўникмаларни ўрганиш ва б.), унинг вақтини белгилаши ва топшириқларни бажариш бўйича йўл- йўриқ кўрсатиши керак. Иккинчи босқичда беморлар билан ишлаш якунида талабага маслахатлар берилади. Зарур бўлганда эркин мулоқот маданиятидан муҳокама ўтказилади. Учинчи босқичда ўқитувчи беморлар кўриги бўйича олинган баҳоларни эълон қилади. Шундай қилиб шифокорликка оид касбий клиник фикрлашни ривожлантириш қийин жараён хисобланади. Уни шакллантириш учун беморлар билан мулоқот қилиш, ананавий текшириш усуллари (шикоятлари, анамнези, кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация маълумотлари) билан замонавий технологияларни жамлаши зарур.

МИНИМАЛ МИЯ ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН БОЛАЛАРДА ЭЭГ АХАМИЯТИ

Эргашев С, СамМИ педиатрия факультети 516 гр талабаси

Неврология ва нейрохирургия кафедраси (каф.муд. - проф. Джурабекова А.Т.)

Илмий рахбар т.ф.н. Утаганова Г.Х.

Биз томонимиздан 2018-2019 йиллар давомида СамМИ клиникаси болалар неврология булимига амбулатор равишда мурожаат килишган 4-7 ёшгача булган 40 та болаларнинг амбулатор картаси чукур урганилди. Бунда боланинг ота-онасидан антенатал, интранатал, постнатал даврда келиб чикиши мумкин булган этиологик омиллар чукур урганилди. Натижалар. Шуни курсатдики, антенатал давр этиологик омиллари хомиладорликнинг биринчи трисеместрида онанинг огир грипп утказганлиги 8 та холатда (20%), интранатал даврда – тугрук жараенининг огир кечиши, боланинг огир асфиксия билан тугилганлиги, тугрук травмалари – 21 холатда(52,5%), 11 та холатда (27,5%) боланинг постнатал даврда травма олиши ва нейроинфекция билан хасталаниши етакчи уринни эгаллаган. Неврологик симптоматика устунлигига кура, болаларни биз 2 гурухга ажратдик: 1-гурухни гиперактивлик синдроми билан 17 (42,5%), иккинчи гурухни 23 (57,5%) нуткий фаолият бузилиши, интеллектуал фаолиятнинг енгил ешга хос булмаган бузилиши билан характерланади. ЭЭГ текшируви натижаларига кура, бош ми функционал активлигининг пасайиши 12 та болада (30%), бош мияда алфа тулкин нормал модуляциясининг камайиши 18 (45%) кузатилади, 7 та беморда бош мия пустлоги буйлаб таркалган кузгалиш учоги (17,5%), 3 та беморда ешга хос булган (7,5%) номал курсаткиялар аникланди. Хулоса: Шундай килиб, олинган ЭЭГ натижалари тахлилига кура, бош миядаги нейрофункцилнал фаоллик холатининг ортиши еки лимбико-ретикуляр комплекс дисфункциясига хос узгаришларни аникланган клиник симптоматика хам тасдиклайди.

ВЕСТИБУЛЯР АНАЛИЗАТОРНИНГ ВЕГЕТАТИВ, СЕНСОР ВА ҲИМОЯ РЕАКЦИЯЛАРИНИ ТЕКШИРИШ ВА СОҒЛОМ ОДАМЛАРДА ВЕСТИБУЛОВЕГЕТАТИВ НОТУРҒУНЛИКНИНГ ЯШИРИН ШАКЛИНИ АНИҚЛАШ

Эргашев Ж., Рузманова Ф., СамМИ тиббий профилактика 3 курс, Юсупова Д., СамМИ даволаш факультети 2 курс талабаси

Физиология вапатологик физиология кафедраси (каф.муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий раҳбар:асс. Абдирашидова Г.А.

Самарқанд давлат медицина институти касбий таълим факультети 3-курсдаги 40 нафар соғлом студентлар текширилди (улардан 28 таси ўғил болалар ва 12 таси қиз болалар), СКН усулида (Ромберг ҳолатида стато-кинетик нотурғунлик), бармоқ-бурун пробаси, Барани креслосида (тўхтовсиз Кориолис тезлашишининг кумуляцияси) биринчи ва иккинчи томонга айлантириш билан ўтказилди. Параллел ҳолатда вегетатив (ВР), сенсор (СР) ва ҳимоя реакциялари (ҲР) текширилди, уларнинг ҳар бири 3 даражада баҳоланди: ВР: Iдаража–қўл кафтлари оқариши, қизариши, совуши, қизиш; IIдаража–оқариш, кўнгил айниши, саливация, ҳолсизлик, гипергидроз; III даража –қусиш, кескин ҳолсизлик, ҳушдан кетиш, вўл кафтлари тремори. СР: Iдаража–енгил бош айланиши, IIдаража–бош айланиши; III даража–бош айланиши кучлироқ. ҲР: Iдаража–танани 30 градусга оғиши, IIдаража–60 градусга оғиши; IIIдаража–креслодан қулаши. Олинган натижалар.Барча студентларда биринчи босқичда Ромберг ҳолатида текширув ўтказилди, иккинчи босқичда бармоқ-бурун пробаси қўлланилди ва учинчи босқичда Барани креслосида айлантирилди. Биринчи ва иккинчи босқичда барча 40 та студент пробаларни хатосиз бажаришди, учинчи босқичда Барани креслосида айлантиришда 25 та студентда I даражали, 10 та студентдаIIдаражали ва 5 та студентдаIII даражали ВР,СР,ҲР кузатилди. Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, бизнинг текширувимиз давомида 25 та студентда вестибуловегетатив нотурғунлик яширин шакли аниқланди, улардан 9 тасида нотурғунликнинг III даражаси кузатилди.

НОРМАЛ АТМОСФЕРА БОСИМИДА ЕТИЛГАН ДАВРДАГИ ЙИГИТ ВА КИЗЛАРДА ЮРАК – КОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ

Эшмаматов Н.Д. 211-гурух педиатрия факультети СамМИ

Физиология, патологик физиология кафедраси (кафедра мудири т.ф.д., доцент Самиева Г.У.)

Илмий рахбар т.ф.н., доцент Карабаев А.Г.

Хозирги вактда етилган ёш даврда астеник,нормастеник,гиперстеник турдаги йигитлар ва кизларда юрак контомир тизмининг курсатгичлари Самарканд вилояти текислигида тулик урганилмаган. Ва у асосий муаммолардан бири булиб келмокда. Максадга мувафик атмосфера босими 756 мм см.устунинга тенг булган босимда организмнинг морфофункционал турига караб, етилган даврдаги йигит ва кизларда контомир курсаткислари урганилди. Олинган маълумотларга эътибор берилса нормостеник йигитларда Нафас сони 21,5±3,0/мин., пульс сони эса 77,25/мин, макцмал артериал кон

босими 118,8±5,0мм.с.уст.,минимал кон босими 77,5±4,5мм.с.уст., пульс босими 41,25±4,5 мм.с.уст.ташкил килди. Киз болларда эса бу курсаткич: Нафас сони 16,25±3,0/мин., пульс сони эса 73,0±3,0/мин, максимал артериал кон босими 102,5±5,0мм.с.уст.,минимал кон босими 67,5±4,5мм.с.уст., пульс босими 35,0±5,0 мм.с.уст.ташкил килди. Астеник йигитларда олинган маълумотларга эътибор берилса, уларда Нафас сони 21,5±3,0/мин., пульс сони эса 73,25±3,0/мин, максимал артериал кон босими 112,5±5,0мм.с.уст., минимал кон босими 66,2±4,5мм.с.уст., пульс босими 47,5±5,0 мм.с.уст. ташкил килди. Киз болларда эса бу курсаткич: Нафас сони 17,2±3,0/мин., пульс сони эса 73,8±3,0/мин, максимал артериал кон босими 102,5±5,0мм.с.уст.,минимал кон босими 62,5±4,5мм.с.уст., пульс босими 37,5±5,0 мм.с.уст.ташкил килди. Гиперстеник йигитларда эса бу курсаткичлар анча фарк килиб йигитларда Нафас сони 24,8±2,0/мин., пульс сони эса 87,5±3,0/мин, максимал артериал кон босими 125,0±5,0мм.с.уст.,минимал кон босими 87,5±5,5мм.с.уст., пульс босими 37,5±5,0 мм.с.уст.ташкил килди. Киз болларда эса бу курсаткич: Нафас сони 19,5±3,0/мин., пульс сони эса 75,5±3,0/мин, максимал артериал кон босими 113,8±5,0мм.с.уст.,минимал кон босими 71,2±5,5мм.с.уст., пульс босими 42,5±5,0 мм.с.уст.ташкил килди. Шундай килиб, олинган маълумотларга эътибор берилса организмнинг морфофункционал холатига боглик холда юрак-контомир тизимининг реактивлиги нормостеникларга нибаттан астеникларда кучсизлирок, гиперстеникларда эса кучлирок ривожланган булиб, бу курсаткич етилган ешдаги кизларда йигитларга нисбаттан кучсизлирок ривожланганганлиги кузатилди

ТЕРАПЕВТИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ҚИШКИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ

Юсупова Д М, СамМИ даволаш факультети 210 гуруҳ талабаси

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедираси (кафедира мудири – б.ф.н. Вахидова А.М.

Илмий рахбар катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ.Ш., ассистент Юсупов М.И.

Илмий мақсад: Қишки мавсумда терапевтик касалликлар билан мурожаат этган беморларда кузатилган касалликлар манзарасини аниқлаш ва касалликлар турлари бўйича таҳлил этиш. Тадқиқот материали ва услуби: 2018 йил декабр ойи ва 2019 йил январ, феврал ойларида СамМИ 1 – клиникасининг 2 - терапевтик касалликлар " Кардиология" бўлимига мурожаат этган 105 нафар беморлар ўрганилди. Олинган материллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Олинган натижалар: Ушбу ойларда мурожаат этган 105 нафар беморларнинг жинси бўйича таҳлил қилинганида, 57 нафар (54%)ини аёл, 48 нафар (46%)ини эса эркаклар ташкил этди. Касалликлар ташхиси бўйича таҳлил этилганда юрак ишемик касаллиги (ЮИК) 45 нафар (42,9%), бронхиал астма 3 нафар (2,9%), гипертоник касаллик 9 нафар (8,6%), қандли диабет касаллиги 3 нафар (2,9%), нейроциркулятор дистония касаллиги 9 нафар (8,6%), зотилжам 6 нафар (5,7%), реактив артрит 3 нафар (2,9%), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги 3 нафар (2,9%), юракнинг сурункали ревматик касалликлари 21 нафар (20%)ни ташкил этди. Шу бўлимда ётиб даволаниш кунлари таҳлил қилинганда 6 нафари (5,7%) врач маслаҳатидан сўнг уйда даволанган ва қолган беморлар турли муддатларда, яъни 3 нафари (2,9%) 2 сутка, 6 нафари (5,7%) 3 сутка, 3 нафари (2,9%) 4 сутка, 3 нафари (2,9%) 5 сутка, 3 нафари (2,9%) 6 сутка, 18 нафари (17,1%) 7 сутка, 12 нафари (11,4%) 8 сутка, 24 нафари (22,9%) 9 сутка, 3 нафари (2,9%) 10 сутка, 6 нафари (5,7%) 11 сутка, 15 нафари (14,3%) 12 сутка, 3 нафари (2,9%) 16 сутка шу бўлимда даволанган. Хулоса. Шундай қилиб 2018 йил декабр ойи ва 2019 йил январ, феврал ойларида СамМИ 1 – клиникасининг 2 - терапевтик касалликлар " Кардиология" бўлимига мурожаат этган 105 нафар беморларнинг кўпчилиги (54%) ни аёллар ташкил этиб, касаллик ташхиси бўйича энг кўп юрак ишемик касаллиги (42,9%), ундан сўнг, юракнинг сурункали ревматик касалликлари (20%) аниқланди. Мурожаат этганларинг ёши таҳлили шуни кўрсатдики, эркакларнинг ўртача ёши 56,4 ёшни, аёлларнинг ўртача ёши 53,2 ёшни ташкил этди.

THE MODERN PROBLEMS OF SOMATONEUROLOGY AND THEIR SOLUTION

Akhmadjonova N.U. student of group №109 of the therapeutic department of the ASMI

Scientific adviser: Latipova N.K.

Assistance on the chair of Farmacology and clinic farmacology of the ASMI

The actuality of the problem: The correlation between affection of the nervous system and diseases of the internal organs and the systems of the organism usually presents a serious problem both diagnosing and choosing the tactic of medical treatment. The chronic diseases of the internal organs can call the structural alterations of the nervous system with the different slowly developing clinic manifestation. Often affects: brain cortex (amnesia, cognitive deficit and behavioral disorder), basal ganglions (dyskinesia, akinetiko-rigid syndrome), cerebellum (dysarthria, ataxia) (Ginsberg L. 2010 y.) The aim of the research: To analyse the ways of prevention the developing of the neurological pathology against the background somatic diseases. Material and methods: 35 patients (12-men, 23-women) were examined at the 3-therapeutic department of city hospital of Andijan. There were examined clinical and neurologic survey paraclinical studies- fundus of eye, CT (computer tomography), MRT (magnetic resonans tomography) of the brain, biochemical blood test, ultrasonic scanning of the internal organs, ECG (electro cardiogram). The results and discussion: The investigation showed that most of patient, were at the age of 42-65 years and these patients made up 40% of all investigated. 63% of investigated patients were mainly from rural areas. The pathology of the central nervous system was diagnosed at 60%, peripheral nervous system at 26% and vegetative nervous system at 14% of patients. The cardiovascular pathology dominated in somatic state and made up 54%. At the rest of patients were noted endocrine pathology (20%), imbalance of digestive system (14%), kidneys (6%) and lungs (6%). Conclusion: 1. The state of the internal organs plays great role with neurologic diseases. 2. It is reasonable decision to make an early detection and adequate therapy of the cardiovascular diseses for preventing the complication of neurological state before developing strokes and comatose states.

TRADITIONAL BLOOD TEST CAN CATCH MULTIPLE TYPES OF CANCER AT EARLIER STAGES

Aminkhanova S.A. Samarkand State Medical Institute medico-pedagogical faculty student of 2nd course group 201

Department of Normal and Pathological physiology (head of the department, doctor of medical science Samiyeva G.U.)

Scientific director: head of department, doctor of medical science Samiyeva G.U.

Main idea:Early detection of cancer is the deciding factor between successfultreatment and death. Materials and research methods: We can start looking for cancers while they are relatively pretty small, by looking for these small amounts of DNA in the blood.First, start off with a simple blood test: no radiation, no complicated equipment-a simple blood test. Then the blood is shipped to the special laboratory, and what should be done is extract the DNA out of it. While human body mostly has healthy cells, most of the DNA that's detected will be from healthy cells. However, there will be a small amount, less than one percent, that comes from the cancer cells. Then molecular biology methods is used to be able to enrich this DNA for areas of the genome which are known to be associated with cancer, based on the information from the cancer genomics projects. It would be able to then put this DNA into DNA-sequencing machines and are able to digitize the DNA into A's, C's, T's and G's and have this final readout. Results: The sad fact is, even with the best drugs that we have today, most lung cancers come back. The key, then, is to see whether we're able to detect these recurrences of cancers earlier than with standard methods. For instance, Dr. Jimmy Lin and his command have just finished a major trial with Professor Charles Swanton at University College London, examining this. Let me walk you through an example of one patient. Here's an example of one patient who undergoes surgery at time point zero, and then undergoes chemotherapy. Then the patient is under remission. He is monitored using clinical exams and imaging methods. Around day 450, unfortunately, the cancer comes back. The question is: Are we able to catch this earlier? During this whole time, they have been collecting blood serially to be able to measure the amount of DNA in the blood. So at the initial time point, as expected, there's a high level of cancer DNA in the blood. However, this goes away to zero in subsequent time points and remains negligible after subsequent points. However, around day 340, we see the rise of cancer DNA in the blood, and eventually, it goes up higher for days 400 and 450. Here's the key, if you've missed it: At day 340, we see the rise in the cancer DNA in the blood. That means we are catching this cancer over a hundred days earlier than traditional methods. This is a hundred days earlier where we can give therapies, a hundred days earlier where it could be done surgical interventions, or even a hundred days less for the cancer to grow or a hundred days less for resistance to occur. For some patients, this hundred days means the matter of life and death. So it is

really excited about this information. Conclusion:In the future, as part of all of our standard physical exams, we'll have two vials of blood drawn. And from these two vials of blood we will be able to compare the DNA from all known signatures of cancer, and hopefully then detect cancers months to even years earlier. Even with the therapies we have currently, this could mean that millions of lives could be saved. And if you add on to that recent advancements in immunotherapy and targeted therapies, the end of cancer is in sight.

THE RISK OF TUBERCULOSIS IN PREGNANT WOMEN

Anandhu K., student, 6-th year, group no 55, Toderika Ia.I., student, 6-th year, group no 14

Semianiv M.M., assistant professor, department of family medicine

Department of phthisiology and pulmonology (head of department - DM, professor, Todoriko L.D.)

HSEE "Bukovinian State Medical University", Chernovtsy, Ukraine, Scientific supervisor – Semianiv I.A., PhD, assistant professor

Aim of study. Detection and management of tuberculosis in pregnant women. Material and methods. The analysis of literature data on pulmonary tuberculosis in pregnant women. Results. The wide array of opinion of Medical practitioners on tuberculosis in pregnancy simply reflects the Public Health significance of the condition. It is best described as a doubled-edged sword, one blade being the effect of tuberculosis on pregnancy and the pattern of growth of the newborn, while the other is the effect of pregnancy on the progression of tuberculosis. Tuberculosis not only accounts for a significant proportion of the global burden of disease, it is also a significant contributor to maternal mortality, with the disease being among the three leading causes of death among women aged 15–45 years. The exact incidence of tuberculosis in pregnancy is not readily available in many countries due to a lot of confounding factors. It is, however, expected that the incidence of tuberculosis among pregnant women would be as high as in the general population, with possibly higher incidence in developing countries. Untreated tuberculosis (TB) disease represents a greater hazard to a pregnant woman and her fetus than does its treatment. Treatment should be initiated whenever the probability of TB is moderate to high. – Infants born to women with untreated TB may be of lower birth weight than those born to women without TB and, in rare circumstances, the infant may be born with TB. –Although the drugs used in the initial treatment regimen for TB cross the placenta, they do not appear to have harmful effects on the fetus. –Breastfeeding should not be discouraged for women being treated with the first-line antituberculosis drugs because the concentrations of these drugs in breast milk are too small to produce toxicity in the nursing newborn. For the same reason, drugs in breast milk are not an effective treatment for TB disease or latent TB infection in a nursing infant. Breastfeeding women taking INH should also take pyridoxine (vitamin B6) supplementation. Conclusion. For women at risk, pregnancy provides an important opportunity to screen for latent TB infection. As women are already in care, adherence with tuberculin testing and chest radiography is high when these tests are recommended. However, adherence to post-partum follow-up and treatment is much lower, making pregnancy a missed opportunity for treatment of latent infection.

THE STUDY OF LIVER CHANGES IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC HEPATIC STEATOSIS AND STEATOHEPATITIS DEPENDING ON THE PRESENCE OF COMORBID CHRONIC KIDNEY DISEASE (CHRONIC PYELONEPHRITIS) AND OBESITY

Antoniv A.A PhD, associate professor of the department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases,

Higher educational establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Comorbidity of chronic kidney disease (CKD) with nonalcoholic steatohepatitis (NASH) inobesity patients has a significant increase in the frequency of this type of comorbidity (15-30%). The purpose of the study was to find out the likely changes in the liver of patients with non-alcoholic liver steatosis and steatohepatitis depending on the presence of comorbid chronic kidney disease and obesity. Material and methods of research. 384 patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) were examined: 84 of them with NAFLD with obesity I degree (1 group), which contained 2 subgroups: 32 patients with non-alcoholic steatosis (NAS) and 52 patients with non-alcoholic steatohepatitis (NASH); 270 patients with NAFLD with comorbid obesity of the I degree and CKD I-III stage (group 2), including 110 patients with NAS and 160 patients with NASH. The control group consisted of 90 patients with CKD of the I-III stage with normal body weight (group 3). The average age of patients was (45.8 ± 3.81) years. Results of the research and their discussion. The study showed that the comorbidity of obesity and non-alcoholic steatohepatitis with CKD increases the degree of steatosis (the area of hepatocytes affected by fatty liver dystrophy), the degree of ballooning degeneration, hyaline-droplet dystrophy, dystrophic changes in the centrilobular zone (3) deepen in the middle of the lobe with the development of panacinar defect and the involvement of zone 1. The course of NASH with CKD is characterized by a significantly higher incidence and intensity of clinical syndromes and the degree of biochemical and histological activity, which leads to the progression of fibrotic changes in the liver F2-F3. Conclusions. The comorbidity of NASH with CKD is characterized by a higher degree of liver steatosis (hepatorenal index 1.3 times higher than the group of patients with NASH, $p < 0.05$), and the higher diagnostic threshold of values of the hepatotoxic index, which in strong interdependence correlates with the degree of steatosis of the liver, determined by Steato-test ($r = 0.87$; $p < 0.001$).

SPECIFICS OF MULTIMEDIA TECHNOLOGY USAGE IN EDUCATION

Antypova T., Dikal M. Fifth year student of medical faculty № 1

Higher State Educational Establishment of Ukraine, «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Bioorganic and Biologic Chemistry and Clinical Biochemistry (Head of department: associate prof. Grigoreva N.F.)

Scientific supervisor –Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Gerush I.V.

The implementation of digital and interactive tools in the educational process for training specialists has become a high priority goal for modern medical education. New educative technology, combined with modern information and computer software technologies provides an opportunity for better teacher-student interaction, what helps in reaching higher teaching success. Application of multimedia technology at any stage of educational process, such as exposition of new material, individual student work or assessment of acquired knowledge and skills, can greatly improve the quality of the final result. For example, using digital textbooks for studying "Bioorganic and Biologic Chemistry" allows the teacher to show biochemical phenomena and processes that are difficult to demonstrate in regular teaching environment, i. e. protein biosynthesis or nerve impulse conduction mechanism. Additionally, every topic can be illustrated with digital media of any sort – text, graphic illustration, animation, audio and video insets. Animated schemes of metabolic pathways, presented as video files or slideshows, help summarizing the knowledge learnt from adjacent disciplines. For instance, studying medical biology requires an understanding of nucleic acid structure and function; this topic is further explained upon studying the corresponding section at bioorganic and biologic chemistry course. Teaching with the aid of multimedia technologies provides an opportunity to include an incredibly wide range of methods of education, the priority of which changes accordingly to the peculiarities of students' schooling, lesson objective, solving theoretical problem and gaining practical experience. One of the positive aspects is individual approach to every student, as applying digital media and online resources in educational establishment helps to present study materials considering individual needs of each undergraduate.

RESEARCH OF CYTOKINE REGULATION IN MULTIDRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

Ashiadey P.L., 4 year student of 50 group of medical faculty №3

HSEE "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Department of Phthisiology and Pulmonology (Head of the Department – professor Todoriko L.D.)

Scientific advisor Phd, assistant Yeremenchuk I.V.

The aim of this study was to determine the features of cytokine (CK) regulation in patients with multi drug resistant pulmonary tuberculosis and their role in development of the systemic inflammatory response. Methods of investigation: immune-enzymatic and statistical study methods. ELISA assessment of CK

plasma concentrations, particularly interleukins (IL) IL-6, IL-10, IL-18 was performed with the analyzer Sunrise. Material and methods. Were enrolled 116 patients with pulmonary TB. All subjects were randomized in 3 study cohorts: cohort 1 (41 subjects) were included patients with newly diagnosed pulmonary TB, with preserved sensibility to TB drugs; cohort 2 (63 subjects) were included multidrug-resistance TB (MDR TB) patients, cohort 3 (12 subjects) were included patients with extensively resistance (XDR TB), control group (20 subjects) were included healthy humans. Results. We carried out a comparative analysis of certain pro- and anti-inflammatory CK that shows a significant increase in the plasma concentration of cytokines in TB groups vs. control group. So, the blood concentrations of IL-6 in all groups TB groups were significantly increased compared to control group, there was a 11.08 fold increase in group 1, 13.9 fold increase in group 2, and 4 fold increase in group 3 of IL-6 level ($p<0.01$). A significant intergroup difference was found of plasma concentration of IL-6 between patients with sensitive and resistant TB. Thus, the level of IL-6 in group 2 was 1.7 fold increased, compared to group1 ($p_1<0.01$). However, in patients of group 3 marked reduction in IL-6 concentration was compared to group1 – 2.8 fold ($p<0.001$) and group 2 – 3.5 fold ($p_3<0.001$). Low values of IL-6 in patients XDR TB, in our opinion, can lead to chronic carrier of intracellular infection, rapidly progressive course of the inflammatory process, which poorly responds to anti-TB treatment and, probably, is one of the factors producing their own XDR TB forms due to prevalence of humoral immune responses. A pronounced activation of all phases of the inflammatory niprocess in all study cohorts compared to control group, probably, is indicated by the increase in the level of anti-inflammatory IL-10. Thus, in group 1 level of IL-10 increased by 2.3 folds, in group 2 – 1.8 folds, in group 3 – by 1.9 folds ($p<0.01$), this indicate on inhibition of cellular immunity and perhaps the beginning of specific chronic inflammatory process. The plasma concentration of IL-10 in sensitive TB patients has increased by 1.2 folds compared to group 2 and 3 ($p_1<0.001$, $p_2<0.01$). There were no statistically significant differences in concentration of IL-10 in group 2 and 3 ($p_3>0.4$). The activity of IL-18, whose role is to improve the resistance to intracellular pathogens and is essential for the formation of anti-TB acquired immunity, significantly increased in sensitive and MDR TB patients compared to control group. For example, in gropu1 there is a 2 fold IL-18 increase ($p<0.001$), respectively, in group 2 – 1.2 fold ($p<0.1$). However, in patients XDR TB there is a tendency to reduce the plasma concentration of this cytokine below the level of control group. The level of IL-18 in group 3 decreased by 1.4 folds in comparison with control group ($p<0.05$). Intergroup difference of plasma concentration of IL-18 in sensitive and MDR TB patients was proved. Thus, in group 2 vs. group 1 there is a 1.6 folds decrease of IL-18 ($p_1<0.001$), IL-18 decrease in group 3 vs. group 1 was of 2.7 folds ($p_2<0.001$). Also, there is a decrease of IL-18 concentration in group 3 of 1.7 folds compared to group 2 ($p_3<0.05$). The difference in plasma concentration of IL-18 in sensitive and MDR TB patients is on the ultimate level of statistical significance ($p_{1,2}<0.001$). Conclusions. Assessment of IL-6 plasma concentration in pulmonary MDR TB vs. sensible TB patients revealed a significant 1.7 folds increase ($p_1<0.01$), and, respectively, a significant 1.2 folds decrease in the level of IL-10 and IL-18 ($p_1<0.001$), these confirm the strengthening of endogenous intoxication, cytotoxic hypoxia and activation «systemic inflammatory response» syndrome.

THE EFFECTS OF BIOMAYSA ON THE CONTENT OF APOPROTEIN B IN THE DYNAMICS OF EXPERIMENTAL HYPERCHOLESTEROLEMIA

Azizova D.M., teaching assistant of the Medical and biological chemistry department of TMA

Sobirova A.S., student of 201 group of the medical-pedagogical faculty of TMA

Medical and biological chemistry department of TMA (Head of the department: Kulmanova M.U., Doctor of Medical Sciences, associate professor)

Scientific supervisor: Sabirova R.A., professor of the Medical and biological chemistry department of TMA

Material and research methods. The experiments were carried out on 30 male rabbits of the Shinshel line weighing 2500–3000 g, divided (depending on the purpose of the study and the method of treatment) into 5 groups (6 rabbits each): 1st (control) - intact rabbits; 2nd - animals with simulated experimental hypercholesterolemia; 3rd - correction of experimental hypercholesterolemia with a statin; 4th - correction of experimental hypercholesterolemia of the biomass; 5th - correction of experimental hypercholesterolemia with a statin and biomaysa. The object of the study was serum. To establish a comparative evaluation of a plant origin of Biomaysa and Ultrox statin in the serum on an automated biochemical analyzer (RX Daytona / Randox, UK), we determined the content of triglycerides (TG), total cholesterol (total cholesterol), low-density lipoprotein cholesterol (HDL), low density (LDL), very low density (VLDL) and calculated coefficient of atherogenicity (SV). ApoB-100 was evaluated by immunoturbidimetry at a biochemical automatic Architect C8000 analyzer (Abbott, USA). Results. To more accurately characterize the early stages of lipidemia, in addition to determining the level of blood lipids, the level of apo B was determined. The effect of biomaysa and ultrox on lipid metabolism in experimental hypercholesterolemia ($n = 6$) In group 1, apo B blood concentration was 81 ± 0.8 mg / l, which corresponded to the normal values given in the literature. Therefore, all the results of studies conducted by 2-5 groups were compared with the data of group 1. In group 2, the development of experimental atherosclerosis is evidenced by the tendency for blood cholesterol to rise in blood (295 ± 1.45, $P <0.05$), a decrease in the antiatherogenic HDL cholesterol fraction (17.8 ± 0.8, $P <0.05$), a significant increase atherogenic coefficient (15.6 ± 0.43, $P <0.05$). In group 2, hypercholesterolemia (GHS) was detected in the blood with a significant excess of cholesterol-LDL compared with group 1 6.6 times (P 0.05). The level of apo B in the second group averaged 179 ± 1.59 mg / dl, that is, 2.2 times higher than the norm. An increase in the apo B fraction indicates a violation of apo B-100 receptor endocytosis and uptake of VLDL cells; VLDL, which is not absorbed by the cells, and form hypertriglyceridemia. As is known, statins normalize hyperlipidemia by: a) activating the uptake of VLDL by insulin-dependent cells and b) activating the uptake of all LDL cells, increasing the bioavailability of PUFA, activating apo B-100-endocytosis. Conclusions: Monotherapy at a dose of 0.5 mg/kg and biomaysa - 142 mg/kg statistically significantly reduced the levels of Apo B, total cholesterol and LDL-C and compared with an untreated group of animals. With the combined use of the drugs used, a significant more pronounced decrease in cholesterol-LDL, cholesterol-VLDL, Apo B and total cholesterol levels was found compared to untreated and monotherapy treated animals.

FEATURES OF THE IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLES OF A HEALTHY LIFESTYLE

Berdikulova H. T. Student of Tashkent pediatric medical institute,

Department of "Public health and health system management", head of the Department Professor, MD Iskandarova Sh.T.

Supervisor: Odilova Madina Abdujalilovna

Healthy lifestyle - the lifestyle of the individual for the purpose of disease prevention, health promotion, refusal of bad habits. The basics of a healthy lifestyle should be known to everyone who wants to spend less time and money on the treatment of various diseases. It has long been established that many health problems could be avoided if there was a culture of a healthy lifestyle in modern society. No supernova technologies will help the person if he does not take care of the health which for 50-60% is defined by a way of life. The main components of a healthy lifestyle - a rejection of bad habits, healthy nutrition, a balanced regime of physical activity, productive work. Today this topic is more relevant than ever. It is no secret that each of us begins to take care of their health only after the disease will declare itself a whole "bouquet" of serious symptoms indicating the presence of chronic disease. But many diseases can be prevented, and it does not require any supernatural efforts. One of the ways to solve this issue is the promotion of healthy lifestyles and disease prevention. The basics of a healthy lifestyle is important not only to know – it is also important to apply all these long-known rules in practice. The components of a healthy lifestyle, which should be paid attention to is: education from early childhood healthy habits and skills, the environment, which should be safe and favorable for living, important knowledge about the impact of surrounding objects on health, need to abandon bad habits such as Smoking, drug use, alcohol consumption. Important in this matter is the food, which should be moderate, consistent with the physiological characteristics of a particular person, you also need information about the quality of the products used. Currently, due to the improvement and modernization of production processes, as well as computerization, we began to lead a very sedentary lifestyle, so the movement is also an important component in the formation of a healthy lifestyle, but it should be physically active life, taking into account age and physiological characteristics. Hygiene of the body, which is to comply with the rules of personal and public hygiene, possession of first aid skills, as well as hardening that we also need to pay attention to. Since the main determinants of public health, related to lifestyle and environment, in order to reduce the prevalence of negative risk factors and reduce their impact on humans, it is necessary to: - to form and support the desire of people to positive changes in lifestyle by providing them with reliable medical and hygienic knowledge; - create appropriate motivation and attitude to health; - to develop skills and abilities of a healthy lifestyle and prevention of diseases.

ROLE OF MEDICAL AND EDUCATIONAL ACTIVITIES OF A DOCTORAMONG POPULATION

Biduchak A.S., Ph.D., Assistant Department of Social Medicine and Public Health

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«BukovinianStateMedicalUniversity», Chernivtsi

Public health is an important factor for successful social development and national security, an important resource for ensuring state stability, and by the level of quality of life and health status of the population, it is possible to judge the effectiveness of state policy in the social sphere. Preserving the health of the people in conditions of negative natural balance is the most important state task. Only a healthy people can learn, work, develop socio-economic potential, protect the interests of the country. Objective: to analyze the role of the doctor in the formation of a healthy lifestyle among the population of Chernivtsi region. Material and methods: The sociological research method was used by anonymous questioning of patients (554 units). The survey was conducted during 2018. Statistical data processing was carried out by calculating the frequency of signs per 100 respondents and the error (± m). Results.Answering the question «For what purpose do you visit a family doctor and narrow specialists»: the treatment of chronic diseases – 40,3±1,5%; examination, conducting of analyzes, diagnostic procedures – 35,7±1,8%; extract of recipes – 16,8±1,3%; preventive examination – 10,6±1,4%; dispensary review – 17,7±1,7%. Consequently, 10,6±1,4% of patients seek medical attention in order to prevent chronic non-communicable diseases, which indicates a low level of anxiety about the timely prevention of health disorders. To the question «Are you satisfied with the recommendations, tips and appointments regarding your family doctor diagnosed with your illness?» 74,7±4,1% of men and 71,8±3,7% of women indicated «yes, satisfied»; 25,3±2,4% of men and 28,2±2,9% of women remained unsatisfied («no»), that is, a significant percentage of respondents. It was revealed that the role of a health worker in shaping healthy behavior of the population is much lower than that of traditional media and Internet resources: only 4,1±0,14 – 8,2±0,45% of men and 7,6±0,23 – 31,3±1,3% of women received their relevant information from doctors according to their answers to the questionnaire. It has been shown that the mood for healthy behavior and the desire to be healthy has not yet become a priority for the majority of the population: according to the survey, only 10,6±1,4% of patients seek medical advice in order to receive consultations on the prevention of chronic non-communicable diseases, and follow the recommendations of doctors Lifestyle changes in less risky behavior were only 20,6±1,3% in total, and in part – 50,8±1,8% of patients. It has been established that during the years of research the volumes of sanitary and educational measures have decreased significantly, namely, by indicators of use of TV-broadcast channels (31,8%), number of lectures and conversations per doctor (17,4% and 28,0%), interviews with 1 person of junior staff with special medical education (11,8%) and the total population covered by sanitary and educational measures (33,%). Conclusion.The formation of a healthy lifestyle, therefore, is an entire system of social and individual species, ways, forms of activity, activity aimed at overcoming the risk factors for the emergence and development of diseases, optimal use in the interests of protecting and improving the health of social, psychological and natural conditions and factors of the image. life And this program should coordinate joint efforts of state, public organizations, medical institutions, the population itself.

ARTHROPLASM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON CONCOMITANT PATHOLOGY AND GENETIC PREDICTORS

Bukach O.P., assistant Higher State Educational Institution of Ukraine "BSMU"

Department of internal medicine and infectious diseases (head of the department - doctor of medical sciences, Fediv O.I.)

Scientific supervisor-doctor of medical sciences, Fediv O.I.

An increase in the incidence of comorbidity in patients with rheumatoid arthritis (RA)is accompanied by a complication of the course, complicates the early diagnosis of the disease and leads to a low effectiveness of treatment. About 58% of RA patients have at least one concomitant disease, and 25% of patients have several comorbid diseases. This is due to the persistent persistent inflammatory process, which is accompanied by intense pain syndrome and frequent physical and psycho-emotional disorders requiring medical and psychological correction. Purpose of the work: to determine the features of articular syndrome, depending on the comorbidity and polymorphism of the T-786C gene of endothelial nitric oxide synthase. Material and methods of research:110 patients with RA, among which there were 40 patients with RA, 30 patients with RA and arterial hypertension (AH), 20 patients with RA, AH and abdominal obesity (AO), 20 patients with RA and AH, AO and type 2 diabetes mellitus (DM 2) and 20 apparently healthy persons constituted the object of the study. The following research methods were applied: general clinical, anthropometric, laboratory,molecular genetic (study of T-786C gene promoter polymorphism of eNOS), instrumental (X-ray, blood pressure (BP) measurements, electrocardiography (ECG)) and statistical. Results. The scientific novelty consists in specifying the scientific data on clinical peculiarities of RA concomitant with AH, AO and DM 2. The dependence of the course severity on the indicated comorbid pathology and T-786C gene promoter polymorphism of eNOShas been established. The prevalence in the number of painful joints (NPJ) >10, the number of swollen joints (NSJ) >10 and morning stiffness ≥6 has been observed in RA patients with AH, AO and DM 2, by 35%, 17.5% and 20% respectively in comparison with the isolated RA. The morning stiffness ≥6 hours in CC-genotype carriers has been detected in 87.5% of patients, in TT-genotype carriers – in 51.7% of patients and in TC-genotype carriers – in 56.5% of patients, considering T-786C gene promoter polymorphism of eNOS. The study revealed that in RA patients with AH, AO and DM 2, the intensity of pain syndrome according to visual analogue scale (VAS) ≥60 mm occurred in 100% of patients, and according to DAS28 value ≥5.1 – in 77.27% ($p<0.05$) of patients. DAS28 value ≥5.1 has been observed in 87.5% of CC-genotype carriers of T-786C gene promoter polymorphism of eNOS. Conclusions. Clinical manifestations in patients with RA in combination with hypertension, abdominal obesity and type 2 diabetes mellitus were relatively more frequent than in isolated RA, patients with CHBs> 10% NSPs> 10 and morning stiffness lasting ≥6.

KIDNEY FUNCTIONAL INTEGRITY UNDER THE EFFECT OF PROPRANOLOL, ITS RELATION TO THE PINEAL GLAND

Bulyk Olga, student of 1 groups, Faculty of Medicine №1 BSMU, Kryvchanska Mariana

Department of Medical Biology and Genetics (Head of the Department - Prof. Bulyk R.Ye.)

Scientific supervisor Professor, Doctor of Medical Science Bulyk R.Ye.

Introduction. Melatonin is a pineal gland hormone administered for prevention and treatment of sleep disorders, insomnia, negative effects of stress (especially in the elderly), seasonal affective disorders (winter depression), to aid adaptation when changing time zones, in therapy of some hormone-dependent tumors, skin diseases, etc. The aim of the study. Find out pineal gland and kidney answer on the effect of beta-blocker propranolol and exogenous melatonin under modified photoperiod. Materials and methods. Within a month before and during the experiment, 72 white non-linear, adult male rats weighing 160 ± 20 g are vivary kept at steady-state temperatures (18-21 C) and air humidity (50-55%) in separate cells with free access to water and food, under modified photoperiod fitted to illumination conditions. The results are analyzed according to Student's t-criterion and methods of variation statistics. Results. Experiment has shown that propranolol at a dose of 2.5 mg / kg body weight under standard illumination (12 h light: 12 h darkness) reduces average daily urination compared to intact animals, more than twice inhibits glomerular filtration rate, causes azotemia and increases excretion of urine protein, promotes hypernatremia, reduces absolute cation reabsorption, inhibits proximal and distal reabsorption of sodium ions, reduces excretion of hydrogen ions and ammonia ratio. Administration of propranolol against the background of pineal gland hypertrophy (24 h of darkness: 0 h light) leads to daily dyschrony of renal function. Changes are also recorded with constant illumination (24 h light: 0 h darkness), probably due to inhibition of endogenous melatonin synthesis and the additive effect of propranolol and prolonged exposure to light. Administration of melatonin to animals (0.5 mg / kg body weight, Sigma, USA) against propranolol on the background of different functional activity of the pineal gland causes a change in the chronorhythmic activity of kidney and shows that melatonin has pronounced chronorhythm regulating properties. Therefore, the introduction of this indole is efficient taking into account the time set-up of physiological functions of the body, in particular the kidneys. Conclusion. Based on the assessment of the results of the complex study, the relation between central link of chronoperiodic system and the peripheral oscillator, kidneys, under the influence of beta-blocker propranolol in the modified photoperiod and the effect of exogenous melatonin, have been substantiated.

ASSESSMENT OF THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN UKRAINE

Chornenka Zh. A.
Department of Social Medicine and Public Health
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Introduction.In recent decades, most countries in the world are trying to assess and strengthen their health systems to increase the positive impact on public health. The starting point for improving the health system at various levels is the assessment of its current state, the analysis of effectiveness and effectiveness. The report of the World Health Organization (WHO) proposed measures and methodology for comparative evaluation of health systems. These measures reflect progress in achieving the three fundamental goals of health systems: 1) improving the health status of the population (both in terms of level and social equity); 2) observing the principle of equity in the allocation of financial resources, providing protection against financial risk; 3) increasing the sensitivity of the system to the expectations of the population in matters not related to health. Aim.To analyze the current state of the demographic situation in Ukraine and the factors influencing it. Results.The demographic crisis has observed around the world recent decades. Annual population decline occurs in many countries. Governments of some countries, taking into account such a negative trend, are pursuing an appropriate migration policy, seeking compensation for losses from migrants. The reason for the population decline in the world was a significant decline in the birth rate, which began in the 1950s and 1960s. The first national All-Ukrainian Population Census took place in Ukraine on December 5, 2001 (the previous one held in 1989). According to this census, the population of Ukraine was 48 million 457 000 people. This figure was significantly less than in 1989 - 51 million 452 thousand people. These data indicate the continuation of a rapid fall in the birth rate in Ukraine. During the period between the two censuses, the total population of Ukraine decreased by 3291.2 thousand people, or by 6.3%.The largest population in Ukraine was recorded in early 1993 - 52 244.1 thousand people. Since that time and until December 5, 2001, demographic losses amounted to 3,787.0 thousand people; 72% of these losses is a natural decline in the population. According to the census, from 1989 to 2001, part of the urban residents almost did not change, more than two thirds of the population of Ukraine lives in urban areas. In demographic terms, Ukraine has become one of the worst countries in the world. First of all, it is caused by an ineffective policy towards the least protected segments of the population. The decrease in the birth rate led to the fact that today about 30% of the population is people who get retired (people more than 65). For 14 million retirees there are 18 million working people, of which only 7 million are in the material sphere of production. If this trend continues, then there is a real threat that by 2025 the population of Ukraine will decrease to 25-30 million. Under such circumstances, population preservation should be the main demographic strategy of the state today. Conclusion.In order to improve the demographic situation, the state needs to direct socio-economic policies to address the most acute problems: stimulating fertility, increasing medical care, enhancing protection and remuneration, improving living conditions and introducing a healthy lifestyle, and creating a broad network of state and non-government social services.

ADVANCED MEDICINE IN THE MODERN SYSTEM OF HEALTH CARE REFORM OF UKRAINE

Chornenka Zh.A. Department of Social Medicine and Public Health
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«BukovinianStateMedicalUniversity», Chernivtsi, Ukraine

Introduction. At first glance both preventive and preventive medicine are engaged in one and the same, but this is not quite so. The main difference between these directions is that preventive measures tend to be directed at a rather large group of people, whereas preventive medicine deals with each person separately, taking into account the specifics of a particular organism. Due to the widespread use of testing methods and study of biomarker molecules, today it is possible not only to reveal hidden pathologies, but also to give an accurate prediction of the propensity to various diseases. Aim.Using the "targeted", personalized approach, preventive medicine aims to continue the full-fledged life of a person up to 120 years. Results. For the detection of diseases long before the emergence of such signs used modern diagnostic methods, for example, in the last decade, there were a lot of new techniques to detect violations in the work of internal human systems, which made it possible to make better predictions. Experts are also trying to invent more effective methods for reducing the risk of disease and ways to stop disease development, which is also important. The results of complex preventive diagnostics (EFFICIENCY) allow you to consult a doctor before the body begins to respond sensitively to the problem, and, therefore, choose a treatment strategy faster. An example of this is the online platform developed by the medical laboratory. Visitors independently pass tests that allow you to assess the risk of a particular illness (heart attack and stroke, prostate cancer, diabetes), after which you can get all the necessary information about the causes, prevention and a program of efficacy on this disease. Doctors give sad statistics - every seventh person in Ukraine from 50 years old with an oncopathology found to have a cancer of the prostate gland(prostate cancer). And this is just officially diagnosed cases from the National Cancer Registry. According to the Institute of the heart of the Ministry of Health of Ukraine an average of about 50 thousand cases of stroke are recorded per year and about 100 thousand - heart attacks. 80% of cases of second-line diabetes can be avoided in case of timely diagnosis. These data are very revealing - the vast majority goes to the doctor when it really is clear that the body is evil. But there are a variety of diagnostic methods that allow you to get valuable data much earlier than just the first manifestations. In order to prevent people over the age of 40 it is advisable to take lipidograms once a year and monitor its results. Another problem that is very urgent is cancer. In some cases, the disease develops very quickly and the cancerous tumor begins to give metastases to other organs, which greatly worsens the prognosis. Another disease, the development of which can be prevented by early diagnosis - diabetes mellitus. Another achievement of modern medicine and the basis of personalization of preventive medicine is the development of genetics science. Data from genetic tests that help make a complete map of the genome make it possible to establish a predisposition to many diseases and to develop individual health care recommendations - more effective and with minimal side effects. Conclusion. The present dictates us the new requirements, in which the development of preventive medicine acts as an inalienable and promising direction for the development of a modern health care system.

ROLE OF INTERDISCIPLINARY APPROACH IN TEACHING THE BASIC THEORETICAL SUBJECTS

Dikal M. Higher State Educational Establishment of Ukraine, «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine
Bioorganic and Biologic Chemistry and Clinical Biochemistry (Head of department: Associate Prof. Grigoreva N.F.)
Scientific supervisor –Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Gerush I.V.

Advanced requirements to training medical specialists assume not only higher level of knowledge but formation of clinical outlook for further application of acquired theoretical knowledge and professional skills into professional work. Therefore, the issue of interdisciplinary approach in teaching these subjects is topical and perspective as reformation and improvement of up-to-date education assume overcoming isolated teaching of the subjects and elaboration of new educational curricula in which the issues of practical classes are considered as an integral part, but not a separate unit of the educational process. It is a guarantee of training an erudite medical specialist with a high level of theoretical knowledge and practical skills able to make substantiated and correct decisions in urgent situations. Initial formation of clinical and logic thinking of a future doctor occurs directly in learning basic theoretical subjects. Analytical aspects in understanding pathology should be established by modern education in the form of interdisciplinary integration assuming a level structural organization of the educational process: –the first level – integration within the limits of one subject; –the second level – combination and revision of the same material in the areas of different subjects as if “at different angle of view”; –the third level – ability to combine, analyze and oppose different objects and phenomena; –the fourth level – independent application of acquired knowledge to make the diagnosis as a certain final stage of clinical thinking formation and real ability to work with patients. To train qualified doctors the third and fourth levels of interdisciplinary integration should be introduced. Therefore, none of the educational subjects isolated from others is able to form professional competence of a future medical specialist.

AMELIORATION OF ISCHEMIA-REPERFUSION ACUTE KIDNEY INJURY BY GLUTATHIONE

Drachuk V.M., Goroshko O.M., Dikal M.V.

Department of Pharmacology (Head – prof. Zamorskii I.I.)

Higher State Educational Establishment of Ukraine, «Bukovinian State Medical University»

Despite significant advances in drug therapy and improvements in renal replacement therapy, mortality rate of acute kidney injury (AKI) continuously increases and is about 70%. Ischemia-reperfusion AKI is not an exception with its multifactorial pathogenesis and rapid progressive development, usually resulting from trauma, sepsis, kidney transplantation, or an influence of toxic substances. However, no specific therapy to prevent or treat AKI is available, and the pathophysiological mechanisms of AKI remain unclear. For this reason, potent cytoprotector and antioxidant – glutathione have drawn our attention as remedies for the pathogenetic correction of ischemia-reperfusion AKI. GSH is an important antioxidant and plays a major role in the detoxification of endogenous metabolic products, including lipid peroxides, and xenobiotic compounds including pollutants, heavy metals, and drugs. Intracellular GSH exists in both the oxidized disulfide form (GSSG) or in reduced (GSH) state; the ratio between GSH and GSSG is held in dynamic balance depending on many factors including the tissue of interest, intracellular demand for conjugation reactions, intracellular demand for reducing power, extracellular demand for reducing potential, and the complex interplay between several regulatory enzymes including glutathione peroxidase, glutathione-S-transferase and γ-glutamyltransferase. The aim of research: To stady the influence of glutathione on the functional state in kidneys of rats with ischemia-reperfusion AKI. Material and methods: Research was conducted on 21 mature non-linear white rats weighting 130-180 g, randomly divided into 3 groups (n = 7): I group – control (pseudooperated animals), II group – modeling of ischemia-reperfusion kidney injury (I/R), III group –administration of glutatione (TAD 600, Biomedica Foscama, Italy) at a dose of 30 mg/kg prior to I/R modeling. Functional state and histological changes in kidneys was estimated after 24 hours of reperfusion by the indices of diuresis, GFR, urine protein excretion, excretion of sodium and potassium ions with urine. Results: It was established the use of studied glutatione in I/R AKI ameliorated excretory kidney function of rats, which was realized in an increase in GFR (2.7 times (p<0,01)) and diuresis (by 81,1% (p<0,01)) with simultaneous decrease in azotemia (2.1 times (p<0,01)) and proteinuria (by 27,6% (p<0,05)). It was accompanied by a restoration of ion-regulatory kidney function, confirmed by an increase in sodium reabsorption (2.2 times) with recovery of proximal (2.3 times (p<0,01)) and distal (1.5 times (p<0,01)) tubular transport. Nephroprotective activity of glutathione was verified by histological data. In the glutathione group, the histostructure of the kidneys approached the control group. Practically no necrotized epithelial cells were observed; the number of affected nephrocytes was 64.2%, among which 60.3% of the cells were in a state of hydropic swelling, and 3.9% – with signs of hydropic vacuolization. Collective tubes of the cerebrospinal fluid are somewhat expanded, and there are isolated hyaline cylinders. A Glutathione had pronounced effect of the normalization of prooxidant-antioxidant balance. The amelioration of the energy supply of nephrocytes under the conditions of hypoxia is indicated by an increase in the SDH activity in kidney tissue: in rats treated with glutathione – by 2,7 times, which confirms the complex protective effect of drugs. Conclusion: Glutathione show a nephroprotective effect in ischemia-reperfusion kidney injury, giving a background for the further research of their nephroprotective potential in conditions of AKI of different etiology.

DEPENDENCE OF PROLACTIN LEVEL ON PSYCHOSOMATIC STATE IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Drozd V. Yu., graduate student of Higher State Scientific Establishment "Bukovinian State Medical University"

Department of internal medicine, clinical pharmacology and professional diseases (managed by doctor of medical sciences Prof. Khukhlina O. S.)

Scientific director - doctor of medical sciences, Prof. Khukhlina O. S.

Depressive disorder and anxiety lead to the onset of ischemic heart disease (IHD), aggravate its clinical course and prognosis causing chronical stress. Gastroesophageal reflux disease (GERD) often accompanies IHD imitating its symptoms. One of the main mediators and, correspondingly, indicators of both acute and chronic stress is the hormone of prolactin (PL). Objective. To study a possible connection between the level of prolactin and psychosomatic state in patients with stable angina of tension and gastroesophageal reflux disease. Materials and methods. There in the study were included 88 patients with stable angina of tension I – II functional class with comorbid GERD (A, B, C) aged from 48 to 79 years. Serum PL level was determined in all patients under study by an immunoluminescent analysis method under minimal stress conditions. The upper limit of the PL norm level was regarded to be the average value between the upper limit of the norm for men and women which is 22,5 ng/ml. All the women in the study group were in the post-menopausal period. To determine their psychosomatic condition the patients were to fill out the HADS scale (Hospital of Anxiety and Depression Scale) questionnaire, which includes 14 questions and consists of two subscales with 7 questions: HADS-D (depression) – to determine depression and HADS-A (anxiety) – to determine anxiety. Each point was rated by a score from 0 to 3 according to the severity of symptoms during the last week. The results of the subscales were evaluated as follows: 0-7 points – the norm, 8-10 – the intermediate result, 11-21 – presence of a corresponding disorder. Statistical processing of the results was conducted using the software Microsoft Excel 2013.The distribution of samples was tested for normality using the Shapiro – Wilk criterion. The results of the study were presented in the form M+m, where M is the average value and m – the medium error. Correlation dependence was checked using the Pearson correlation coefficient. ROC-analysis was carried out using the programme MedCalc. Results and discussion. The average value of serum PL level in patients with SAT (stable angina of tension) and GERD was 58,3±2,33 ng/ml, which was 2,6 times the norm with 70,4% hyperprolactinemia frequency. According to the HADS scale data, the average value by the scale of depression was 9,56±3,1, being the intermediate result which does not exclude the presence of depression. The average value by the scale revealing anxiety was 13,93±0,33 points which indicates the presence of a corresponding disorder – anxiety as a symptom. In-depth analysis of the study results revealed a direct high correlative connection (r=0,91) both between the serum PL level and the number of points by the anxiety scale and those by the depression scale (r=0,79) testifying to the dependence of PL level on the patient's psychosomatic condition. According to the ROC analysis data, specificity of PL level growth in patients with diagnosed anxiety by the HADS questionnaire was 98,4 and sensitivity 87,8. Conclusion. In patients with SAT and GERD the average prolactin level is 2,6 times the norm. According to the HADS data, there has been revealed anxiety in patients under study, at that the number of points by the scale describing it highly and directly correlates with the serum prolactin level of these patients. High specificity and sensitivity of the serum PL level growth in relation to the presence of anxiety by the HADS-A scale has been established.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ARRHYTHMIAS

Eshboltaeva B. S., 518 group, medical faculty SamMI

Department of internal diseases №4 with Hematology (head.dep. - DSc. Aralov N.R.)

Supervisor: assistant Makhmaturadova N.N.

The purpose of the study is to establish the features of therapeutic measures for various types of arrhythmias. Materials and methods of research. As a material, the medical histories of 43 patients who were on inpatient treatment in 2017 in the Department of cardiology of the Samarkand city medical Hospital were analyzed. The results of the study and their discussion. The tactics of treatment depends on the severity of the disease, the prognostic value of cardiac arrhythmia, the presence of a burdened heredity. In the treatment of paroxysmal supraventricular tachyarrhythmias, reflex stimulation of the vagus – "vagus samples" - was effectively used. Pharmacotherapy of cardiac arrhythmias is widespread and is used in 85-90% of patients with arrhythmia. Currently, it is considered a generally accepted classification, which includes 4 classes of AARP. If any antiarrhythmic drug is ineffective, the next drug is selected from another group. It is necessary to consider the possibility of arrhythmogenic effect of AARP. Sinus arrhythmia is the irregular alternation of heart rate. Often this type of arrhythmia is physiological and took place independently.But if there was a significant discomfort, low doses of the drug included in the group of beta-blockers were prescribed. Atrial fibrillation is characterized by chaotic contraction of individual muscle fibers, while the atrium is not fully reduced and the ventricles are reduced irregularly with a frequency of 100-150 beats per minute. Atrial flicker and flutter are also called atrial fibrillation. Patients do not always feel a heartbeat and a change in health. When the treatment was applied – propafenon, sotahexal, kordaron, beta-blockers. Paroxysmal tachycardia is the correct, but frequent rhythm of the heart. The heart rate ranges from 140 to 240 beats per minute. It starts and disappears suddenly. Used the preparation Allapinin, whose activity was shown against atrial and ventricular arrhythmias. It is shown to be used in the treatment of arrhythmias in myocardial infarction. The advantage of the drug is

low arrhythmogenic activity. Flickering (atrial fibrillation). The frequency of MA is about 80% of all supraventricular arrhythmias. It is customary to distinguish two main forms of MA: chronic and paroxysmal. According to modern ideas about the mechanisms of MA for its treatment using AARP, blocking potassium and sodium channels (I and III class of drugs). Paroxysmal supraventricular tachycardia (PNT). Sometimes there is a deterioration of AV conductivity with the development of AV blockade of I or II degree. The type of PNT depends on various electrophysiological mechanisms, which determines the choice of AARP in each case. All four classes of drugs are used. Heart blockades - this type of arrhythmia is associated with the slowdown and cessation of impulses on the structures of the myocardium. A sign of the blockade is the periodic disappearance of the pulse. Against the background of many synthetic drugs, a special place is taken by the drug of plant origin Allapinin (A). It slows down the pulse through the Atria and the GIS-Purkinje system, unlike most AAP I class does not inhibit the automatism of the sinus node. Conclusions: Arrhythmias can develop not only against the background of various pathologies of the heart and blood vessels, but also as an independent disease. Treatment of arrhythmias is aimed at eliminating the symptoms and root causes of development. Drug therapy of arrhythmias is directly related to their severity, type and other features.

ACUTE HEPATITIS B WITH DELTA-AGENT AS ACUTE AND COMMON PROBLEM IN MODERN WORLD

Evheniia Poshtak, 5-year student, 12 group, Medical faculty №1; Yuliia Kysylychak, 5-year student, 12 group, Medical faculty №1;

Ivanna Rudan, assistant of the department of internal medicine and infectious diseases

Department of internal medicine and infectious diseases (MD, proffessor Olexandr Fediv)

Scientific supervisor – assistant Ivanna Rudan

Aim of investigation. The increase of the incidence of acute hepatitis B, which in 20% is combined with a delta agent, greatly increases the risk of hepatic failure and hepatic encephalopathy in this category of patients. Liver encephalopathy is a symptom of a potentially reversible mental and neuromuscular disorder that occurs with severe hepatic failure and disorders of portal blood flow. The aim of the work was to analyze and systematize literary data on the peculiarities of the clinical course of hepatic encephalopathy in patients with hepatitis B virus with a delta agent. Materials and methods: Literary and scientific sources on the latest research on the peculiarities of clinical course of hepatic encephalopathy in patients with hepatitis B virus with a delta agent have been worked out. Results. Liver encephalopathy is a consequence of the toxic effects of the aminoacid metabolism products on the central nervous system. The most toxic of them – ammonia and phenols inhibit the synthesis of urea in the liver, change the function of neurotransmitters and increase the permeability of the hematoencephalic barrier. There are next clinical forms of liver encephalopathy: Ray's syndrome, deficiency of the ornithine cycle enzymes, pseudoportosystemic encephalopathy, fulminant hepatic insufficiency and portosystemic encephalopathy. Clinically, an increase in the level of endogenous neurotoxins is manifested by drowsiness, behavioral disorders and serotonergic stimulation of the vomiting center. Most complaints are typical for liver diseases: pain in the right hypochondrium, dyspepsia, icterus, itching, subfebrile feaver. There are threatening symptoms in this category of patients: rapid decrease and soft hepatic consistency, skin hemorrhage, epistaxis and bleeding from varicose veins of the lower third of the esophagus. All of the above-mentioned symptoms in a complex with a violation of the rhythm of sleep, decrease in cognitive function, asterixis, adaptive disorders make it possible to suspect the development of hepatic encephalopathy. Conclusions. Consequently, hepatic encephalopathy has specific clinical manifestations, so this complication should not cause difficulties in clinical diagnosis. However, it should be noted that the last stage of hepatic encephalopathy is a liver coma, which is a life-threatening condition. That is why the early detection and treatment of hepatic encephalopathy remains an important issue of modern medicine.

ELECTROCARDIOGRAPHY'S BASIC CHANGES IN THE MYOCARDIAL INFARCTION

Fayzullaev J., student of the pediatric faculty Sammi, 307 group

Department of Pharmacology and Clinic Pharmacology (Head of Department – c.m.s. Yuldashev S.J.)

Scientific director: assistant Akhmedova G.A.

The purpose of the study: To study the qualitative and quantitative parameters of the electric field of the heart (EPS), to clarify the localization of typical changes in lower-back myocardial infarction (MI) using electrocardiography (ECG). Materials and methods- January-February 2019 Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid Samarkand branch in the first therapy department 55 patients underwent myocardial infarction. Out of 55 patients 5 (9.1%) had small myocardial infarction, 17 (31%) patients with non-transmural myocardial infarction, 33 (59.9%) had patients transmural myocardial infarction. Including lesions of the myocardial infarction: QMI: rear wall-27 (54%), patients with left ventricular wall- 42 (84%), patients with anterior wall obstruction- 39 (78%). Myocardial infarction according to 2 types: Patients with primary myocardial infarction-43 (78.2%), patients with recurrent myocardial infarction- 12 (21.8%) Result- Universal Definition of Myocardial Infarction for the ECG diagnosis of the ST segment elevation type of acute myocardial infarction require new ST elevation at J point of at least 1mm (0.1 mV) in two contiguous leads with the cup-points: >1mm in all leads other than leads V2-V3. For leads V2-V3: >2 mm in men >40 years, >2.5 mm in men <40 years, or >1.5 mm in women regardless of age. This assumes usual calibration of 1mV/10mm. These elevation must be present in anatomically contiguous leads. (I, aVL, V5, V6 correspond to the lateral wall; V3-V4 correspond to the anterior wall; V1-V2 correspond to the septal wall; II, III, aVF correspond to the inferior wall). This criterion is problematic, however, as acute myocardial infarction is not the most common cause of ST segment elevation in chest pain patients. Over 90% of heality men have at least 1 mm (0.1 mV) of ST segment elevation in at least on precordial lead. Conclusion: I think that patients with myocardial infarction should be given the following exacerbations in the first therapeutic department. Reducing stress, proper rationing, improvement of living conditions, alcoholic beverages, constantly moving in good mood, to be under constant surveillance by physicians and to use timely medication, creating all the conveniences for patients with myocardial infarction, forbidding heavy physical labor and providing other conveniences.

EFFECT OF SALINE AND WATER OVERLOAD ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA

Galitska K.O., student, 3 cours, Pharmaceutical faculty

Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry Yaremii I.M.

Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine (Herd of Department – Grigor'eva N.F.)

Supervisor – candidate of Biological Science, Grigor'eva N.F.

The aim: to evalute the effect of saline and water overload on the content of ceruloplasmin of blood plasma in streptozotocin diabetic rats. Materials and metods of research. Mail albino rats to weighting 180-200 g were made diabetic of streptozotocin (65 mg/kg b.w.). Saline loading diabetic rats was performed by introducing a 0.1% NaCl at a rate of 5% of the body weight. Water stress was carried out by introducing the animals water at rate of 5% of body weight. Blood samples were collected at day 12 post streptozotocin injection (from diabetic group serum glucose level significantly elevated< or = 300 mg%, p< or = 0.05). Groups: 1) control; 2) STZ-diabetic rats; 3) diabetic rats undergoing saline stress; 4) diabetic rats undergoing water stress. Determinations of ceruloplasmin of blood plasma was by standard method. Statistical analysis of results was conducted by Mann-Whitney test. Differences were considered to be statistically significant at $p \leq 0,05$. Results. According to the results obtained in the blood plasma of rats with streptozotocin diabetes the content of ceruloplasmin increased on 20%, while during water stress – on 21%, in conditions of saline stress – on 23% respectively compared with control. These results suggest the involvement of catalytically-active Cu(II) and glucose dysregulation in oxidative stress reactions leading to tissue damage in both types of overload. Conclusion: in streptozotocin diabetic rats under salt and water stress observed increased content of cerulopasmin – Cu(II)-contained an antioxidant of blood plasma.

INDICATORS OF NURSING FUNCTIONS UNDER CONDITIONS OF ANAPRAIL AND STANDARD LIGHTING MODE

GrytsiukM.I. Department of Social Medicine and Public Health

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Introduction. Close interaction of the organism with the environment is supported by a complex, self-regulated homeostasis system capable of simultaneously combining and controlling various functional processes. Important role in the regulation of homeostasis is played by the kidneys. This organ has a distinct circadian periodicity. Aim. Characterize circadian changes in renal function under blockade of β-adrenergic receptors under standard illumination. Material and methods. Experiments were performed on 75 white, non-linear, sexually active adult male rats weighing 160 ± 20 g. Within one month prior to and during the experiment, the animals were kept in vivarium under constant temperature (18-21 C) and humidity (50-55%) in separate cages with free access to water and food under standard lighting conditions. Results of the research. According to the results of our experiments, we have established that the introduction of anaplasin β-blocker anaprilin to animals in standard conditions of illumination (12.00C: 12.00T) leads to violations of the circadian organization of renal functions. Average daily urinary output decreased by 43% compared with intact animals. The minimum values were recorded at 08.00 and 16.00 hours, the acrophase was displaced by 24.00 h, but the amplitude of the rhythm did not change significantly. The reason for reducing diuresis was the decrease in the velocity of glomerular filtration, whose mesora was 139.9 ± 24.69 μl / min / 100 g.The reason for reducing the diuresis was a reduction in the velocity of glomerular filtration, whose mesora was 139.9 ± 24.69 μl / min / 100 g. When administered anaprilin, this figure decreased more than twice as compared with intact animals, with the amplitude of the rhythm increased. Reducing the processes of ultrafiltration led to a decrease in the relative water reabsorption. The average daily level was 98.9 ± 0.11%, the amplitude did not exceed 0.3 ± 0.09%. At the same time, research has shown an increase in azotemia. The plasma cortisol plasma concentration rhythm activated phase was recorded at 16.00 h, the daily average level was 51.6 ± 1.92 μmol / L, the amplitude of the rhythm decreased by 36% relative to the control chronographs. Administration of anaprilin to animals at a dose of 2.5 mg / kg of body weight caused a significant inhibition of excretion of potassium ions. Conclusion. The introduction of anaprilin β-blocker to experimental animals at a dose of 2.5 mg / kg body weight leads to the following changes in the main renal function: a decrease in average daily urinary output compared with intact animals by 43%, a decrease in glomerular filtration rate, an increase in azotemia, an increase in protein excretion from urine.

THE EFFECT OF PANCREAS INSUFFICIENCY EXTERNAL SECRETION ON THE STATE OFINDICATORS OF THE PATIENTS TROPHOLOGICAL STATUS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS

Halabitska I., PhD, assistant professorof the department microbiology, virology and immunologyI. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Scientific supervisor:professor Liliya Babinets, MD, PhD., Doctor of Med. Sci.,

the head of department of primary health care and general practice – family medicineI. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Introduction. Trophological insufficiency is polynutrient in its composition, i. e. lacking macro components (proteins, fats, carbohydrates) and micro components (vitamins and some chemical elements) in different ratios. The objectiveis to evaluatecorrelations between indicators of trophological status and the main disease characteristics in patients with chronic pancreatitis. Materials and research methods. 115 patients with chronic pancreatitisand primary osteoarthritiswere examined comparable to etiological factor and socio-economic conditions and nutrition. There were 75 women and 40 men, the average age of patients was (52.4 ± 3.2) years, the average duration of the chronic pancreatitiswas (12.8 ± 3.1) years and the primary osteoarthritis was (10.4 ± 3.8) years. Results and their discussions. According to the information received it has been found that there are direct correlation ties of moderate and strong intensity betweenanemic syndromelevels of total protein, vitamins and age, disease duration, fecal α-elastase indicators, ultrasound data in points and indicators of shearwaveelastography. All examined trofological status parameters were direct correlation ties of moderate intensity betweenfecal α-elastase indicators. Found data are evidencesignificant predictory influence of age, chronic pancreatitis duration, severeness of exocrine insufficiency of pancreas in terms of fecal α-elastase level andultrasound points parameter on the onset and severeness of trophological violations. Comparative relationships analysis between the structural state of the pancreas (according to the ultrasound in points andshearwaveelastography) and parameters of the trophological status showed the presence of strong ties with the exocrine insufficiency of pancreas indicators, that demonstrated higher diagnostic value of this method. Conclusions. According to the data of correlation and regression analysis, it has been proved that the age of patients, disease duration, functional ability of the pancreas in terms of fecal α-elastase and structural state of the pancreas by the criteria of ultrasound in points and by the method of shearwaveelastography are predictors of the development and progressionof anemia, hypoproteinemiaand vitamin deficiencies for the patients with chronic pancreatitisand primary osteoarthritis. Thats should be considered in clinical practice to form the most effective medical complex.

THE DEFINITION OF RISK GROUPS IN LIVER CIRRHOSIS

Islamov T., 513 student group pediatric facultySamMI

Department of internal diseases №4 with Hematology (head.dep. - DSc. Aralov N.R.)

Supervisor: assistant Makhmaturadova N.N.

Liver cirrhosis is a chronic liver disease, the consequence of which is the formation of multiple scars. The main causes of liver cirrhosis are alcoholism and chronic hepatitis. Purpose of work: to identify the frequency of prevalence of patients with liver cirrhosis, the definition of the risk group by sex and age, especially the clinical course of the disease, according to the Samarkand city medical Hospital. Material and methods of research: as a material the study of 88 patients who were on inpatient treatment in the period from X-2016 to II – 2017 in the Department of gastroenterology. The main methods of research was the study of the history of the disease, as well as: General analysis, biochemical blood tests, liver tests (thymol), ECG study, determination of glucose in the blood. The results of the study: 58 men (66%), 30 women (34%). The average age of women – 48.5 years, men 35.2. Concomitant disease occurs – in 62.5% of cases, among them: coronary heart disease, hypertension, cholecystitis, chronic pancreatitis. In 49 patients (55.9%) was analyzed for glucose, which in the blood above the norm in 13 (26.5%), indicating a combination of liver cirrhosis with diabetes. Complications of liver cirrhosis in 49 patients (55,9%) proceeds as hepatocellular failure, portal hypertension, 42 (47.7 per cent) by type predefinito anemia. 8 (9%) biliary dyskinesia. ECG study was conducted in 63 (71.5%), the following changes were found: IHD, atrial fibrillation, hypertrophy of both ventricles with overload, left ventricular hypertrophy and metabolic changes in the myocardium, blockade of the posterior-lower branch of the left leg of the bundle of GIS, myocardial hypoxia of the posterior wall of the left ventricle. Thymol test in 53 patients (60%) – increased. Enzymes ALT, AST increased in 31 (35.2%). Increase in bilirubin (direct, indirect) is observed in 39 (44.3%), ESR in 57 (64.7%). Conclusions: the process of destruction of the liver can be slowed down by a set of therapeutic measures. The risk group consists of patients with chronic hepatitis and alcoholism. At the same time, middle-aged men get sick more often than women. A timely diagnosis and rational treatment prolong the life of the patient and improve its quality.

IMMUNOLOGICAL REACTIVITY OF THE ORGANISM OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY GENESIS

Ivashchuk S.I. Bukovinian State Medical University, Department of Family Medicine,

Head of Department – MD, PhD, DSc', professor Sydorchuk L.P.

Scientific director – MD, PhD, DSc', professor Sydorchuk L.P.

Acute pancreatitis continues to occupy the second place in the structure of acute abdominal pathology. Immunological reactivity of the patient's body has a significant impact on the severity of pancreatitis. The study of the determining influence of the organism state on the course of acute pancreatitis and the results of treatment, causes necessity of the study and search of new pathophysiological mechanisms of immunological reactivity of patients with acute

pancreatitis. Objective: To study some mechanisms of the biliary genesis acute pancreatitis formation. Material and Methods: 72 patients with the edematous form of acute pancreatitis of biliary genesis were examined. The effectiveness of the immunological reactivity of the patients organism was assessed on the basis of integrational immuno-hematological parameters: indexes of immunological and nonspecific reactivity of organism, allergization, lymphocyte/granulocyte index, leukocyte shifting, general index of intoxication type, neutrophil/lymphocyte coefficient. The statistical analysis was performed using applications MYSTAT 12 (Systat Software Inc., USA). The reliability of data for independent samples was calculated according to t-test Student. The analysis of qualitative features was performed according to the χ^2 criterion. The difference was considered significant at $p<0.05$. Results: In patients with acute pancreatitis of biliary genesis, the immunological reactivity index increases by 56.86% ($p<0.05$), and the level of non-specific anti-infective protection decreases by 47.72% ($p<0.001$). The rate of hypersensitivity (allergization) of the body is also reduced by 79.55% ($p<0.001$), which indicates a limitation of the effectiveness of the immune response formation. Inhibition of non-specific anti-infective protection depends on the intoxication caused by the infectious process, as testify the increase of the leukocyte shift index 2.41 times and decrease of indixes: lymphocyte/granulocyte (2.02 times), the general intoxication (2.4 times), the ratio of the absolute number of leukocytes and ESR (5.76 times). The increase of the leukocyte shift index 2.41 times confirms the activation of the inflammatory process and the corresponding disturbance (stimulation) of the immunological reactivity of patients with acute pancreatitis of biliary genesis, and the decrease of lymphocyte/granulocyte index, total intoxication index and leukocyte ratio and ESR indicates that the inflammatory process is accompanied by intoxication, which is caused mainly by the infectious process and, to a small extent, by the destruction of its own cells and their components. The decrease of the lymphocytic index, which reflects the relationship between the humoral and cellular components of the immune system, 2.21 times, indicates the prevalence of cellular immunity. And the increase of the ratio of lymphocytes and monocytes by 48.5% indicates that the processes of the afferent link of the immune response slightly exceed the effector link, and indicates the beginning of the formation of the immune response (in some patients this is manifested only by the initial process, in others - the beginning of the formation of humoral and cell specific response), and the decrease of the ratio of lymphocytes and eosinophils, which determines the relation of immediate and delayed hypersensitivity processes, point out on the delayed type, which is manifested by the decrease of immune system function. Conclusions: Thus, acute pancreatitis of biliary genesis is accompanied by intoxication, which is mainly due to an infectious process against the background of the prevalence of the delayed type of immune response.

PREVALENCE OF MIGRAINE AMONG MEDICAL STUDENTS

Jomieva S.B. – 204 P., S.E. Abdenazarov – 207 M., S.M. Tulakova – 107 P

Khatlon state medical university, Tajikistan

Pharmacology and microbiology department (Supervisor – head of department B.I. Isoeva)

Aims and Objectives: This study was conducted to determine the prevalence of migraine among medical students in Khatlon state medical university (KHSMU) and also to assess the impact on migraine on their daily lives, intensity of migraine, and their therapeutic options seeking behavior, so adequate steps may be taken to prevent as well as adequately treat this ailment. Migraine is a common neurological disorder which affects the quality of life. In students, migraines cause absenteeism from classes and affect academic performance. They adversely affect the daily activities of sufferers and disrupt their lives. Materials and Methods: A structured questionnaire was administered to the medical students of Khatlon state medical university (KHSMU) and data collected were analyzed to assess the location of headache (unilateral/bilateral/frontal), character, severity, duration, triggers, and family history of migraine. Migraine was diagnosed using ID migraine questionnaire (identification of migraine questionnaire). Migraine Disability Assessment was used to assess disability associated with migraine. Headache severity was assessed using the scale recommended by the international headache society. Results are expressed in n= numbers and percentage. Results: In our study (n= 366), the prevalence of headache was 60% (n= 219). Prevalence of migraine among medical students was 30% (n= 110). Migraineurs (n= 110) constituted 50% of the headache group. Triggers were identified in 94% migraineurs (n= 103), predominantly emotional stress and anxiety. 49% of students (n= 54) reported a family history of migraine. 65% of students (n= 71) sought medications for migraine; 62% of migraineurs (n= 44) used Medicines prescribed by a doctor. Paracetamol was the most common analgesic used by 54% of students (n= 38). Only 8% of migraineurs (n= 6) used specific medication for migraine relief. Conclusion: Our study found a high prevalence of migraine among medical students with half of them suffering minimal disability due to migraine. Majority migraineurs had identifiable triggers. There is inadequate management of migraine among migraineurs as majority use non-specific drugs for headache relief.

OBSERVATION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM ADAPTAION IN MEDICAL STUDENTS (1ST AND 2ND GRADES) DURING AND OUTSIDE THE EXAMINATION SESSION

Matthew Koh.Student of medical faculty 126-group, SamMI

Department of Physiology and pathological physiology (head of departmentM.D.Samiyeva G.U.)

Scientific derector: M.D.Samiyeva G.U.

Purpose of research.The study of the adaptive potential of the cardiovascular system in medical students (1st and 2nd grades)by measuring their SCS during and outside the examination session. Materials and methods. The study involved 68 students from thedepartment of General Medicine and Higher Nursing, 19 to 21 years of age.They were divided into groups: group 1 – 20-21 years old (1st grade) from the Higher Nursing department, group 2 – 20-22 years old (2nd grade) from the General Medicine department (40 people). Functional parameters and health of individuals were determined by the adaptive potential of the cardiovascular system. Cross-sectional studies were carried out both during and outside the examination sessions. The results of the study were then statistically analyzed. It was found that during the exam, average systolic blood pressure (SBP) of 2nd year students were statistically significantly lower– 115 (108-120) mm Hg. art.) thanthat of the 1st year students – 120 (118-128)mm Hg. art. ($p = 0.046$), but the values of this indicator were within the normal. Average diastolic blood pressure (DBP) and heart rate (HR) in girlsdid not differ significantly between groups. The heart rate of the 1st year students varied significantly (81 (73-95) beats/min), which indicated anadaptive reaction of the SCS. Analysis of individual functional parameters of the cardiovascular system outside the exam session revealed that the 2nd year students, comparedto the 1st year students, had more students with SAP within the norm, but this finding was statistically not significant. The proportion of the 1styear students with higherSAPreached 30%. The proportion ofthe 2ndyear students with higherSAP was not statistically significant compared to the 1st year students. When the values of DAPofthe 1st year students were analyzed, normal values were found in 90% of cases; among the 2ndyear students – in 95% of cases, again with statistically not significant differences. There were more 2ndyear students with normal heart rates during the examination session compared to the 1st year students; by increased heart rate values – there were less 2nd year students than the 1st year students. More 1styear students showed satisfactory adaptation of the cardiovascular system, than students who showed an optimal degree of adaptation, with statistically significant difference ($p = 0.009$). Students with adaptive capacity below the satisfactory degree were not found during the study. Outside the exam session, the number of the 2ndyear students with an optimal degree of adaptation of the cardiovascular system did not differ significantly to that of the 1styear students, but it was slightly more. Summary.During the examination session statistically significant differences were found only for the value of systolic blood pressure between the groups, and was lower in the 2ndyear students. Normal heart rate response was found in students of both groups, with the highest variance seen in freshmen. There were more 2ndyear students with normal functional parameters of the cardiovascular system than the 1st year students. We conclude that the 2nd year students are better adapted to the academic pressures of the University compared to the 1st year students based on the less variance of the SCS. The data taken outside the exam session showed no statistically significant differences.

ACETYLATION PHENOTYPE ASSESSMENT AS ORGANISM SUSCEPTIBILITY BIOMARKER

Korotun O.P., Shchudrova T.S.

Department of Hygiene and Ecology (Head – prof. Vlasyk L.I.)

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

The Biomarkers framework is one of the important and challenging fields in modern health science. Although there are many studies concerning effect and exposure biomarkers, susceptibility biomarkers data are still limited. N-acetyl-transferase activity is considered to be one of the important susceptibility biomarkers (Williams R. 2011, Kita T. 2007). Historically the polymorphism of N-Acetyl-transferase was described in the year 1954 in tuberculosis patients who had undergone treatment with Isoniazid (Hugnes R.). To date Isoniazid, Procanamide, Hydralazine stand as bright examples for pharmacogenomic diseases. In 2013, Hobert and discovered Epigenetic clock and included the term framework of Epigenetic age as universal biomarker for organism susceptibility. It was shoun in their work that DNA methylation and acetylation are key mechanisms of genes expression. In 2017 same authors showed Epigenetic age can be modified by external factors such as physical activity, diet, stress etc. Besides, it is shown that NAT activity could change during the lifespan due to different factor influence (Kachula S.O.,2004). Accounting above mentioned we believe that phenotype is as well if not more important than genotype. Besides genotype monitoring is not common for assessment due to it is mostly invasive and expensive technology. The overall goal of the study was to analyze the biochemical method for assessment of NAT activity as a susceptibility biomarker. Material and methods: Experiment was done in 108 white male rats, using authors' modification of the loading test with amidopyrine. NAT phenotype (as “rapid” and “slow” acetylation type) was determined based on rate of 4-amino-antipyrine and N-acetyl-4-aminoanthypirine excretion with urine. Results: Based on previous data, we assess 108 male rats. N-Ac 4-AAP amount in urine was determined and converted into% from those of administrated dose of Amidopyrine. The range of N-Ac- 4-AAP consisted from 3.5 to 68%. According to the above data, rats were divided into 60% rapid acetylators and 38% slow acetylators. Average acetylation activity in «rapid» and «slow» acetilators groups were significantly different (P>0,05). Data of 2 rats were intermedeate so they were not included.The next stage was to prove different susceptibility of rapid and slow acetylators to hazardous factors. As model toxicants we chose imidoclopride, dimethoate, NaNO3. The choice of toxicants was based on its widely spread usage with human life. Imidoclopride is pesticide of Neonicotinoides group. Dimethoate is pfosphororganic compound – one of the oldest but still widely used today pesticides group. The toxicants were implemented intragastric during 28days in threshold and overthresold doses. During and after the experiment we assess the state of the organism using above the 20 different parameters: during - weight and behavioural activity and after the experiment, we assess biochemical analysis of blood, blood plasma and liver. It was proved different susceptibility of Rapid and Slow acetylators to all model intoxications on level of threshold and over-threshold doses. Conclusion: Biochemical assessment of acetylation and methylation activity level could be used as inexpensive, non-invasive and relevant index of organism susceptibility. Risk of a disease development, lifespan and healthspan in genetically susceptible population group can be modified by behavioral and lifestyle factors. The scientific studies of susceptibility biomarkers should include phenotype research to reach proper validation and qualification.

POSTHERPETIC NEURALGIA AS ACUTE PROBLEM OF VARICELLA-ZOSTER VIRUS REACTIVATION

Kysylychak Yu., 5-year student, 12 group, Medical faculty №1; Rudan I., assistant of the department of internal medicine and infectious diseases

Department of internal medicine and infectious diseases (MD, professor Olexandr Fediv)

Scientific supervisor – assistant Ivanna Rudan

Aim of investigation: Reactivation of the Varicella-Zoster virus, which manifests itself as herpes zoster, is a significant problem, because in 20% of patients persistent pain syndrome is observed within 3 months after the disease, and another 15% - the pain persists throughout the year. Herpes-associated neuralgia is a complication that directly impairs the quality of life of patients and requires accurate treatment and prevention. The purpose of the work was to analyze and systematize literary data on the peculiarities of the emergence, course and prevention of neuralgia as a complication of herpes zoster. Materials and methods: Literary and scientific sources on the latest research on the reactivation of the Varicella-Zoster virus have been worked out. Results: The etiologic agent of herpes zoster is the DNA-virus Varicella-Zoster, which belongs to the genus Varicellovirus, subfamily Alphaherpesvirinae. The disease occurs at a frequency of 3-5 cases per 1000 population. Developmental factors are the violation of the immune response, due to overcooling, stress, chronic diseases (including oncological), acquired immunodeficiencies and use of immunosuppressive therapy. In 68% of cases, herpes zoster develops in the age group over 60 years. In people who have been infected with Varicella-Zoster in the form of chicken pox, the probability of getting sick with herpes zoster is about 20%. More than 1/3 of the cases affect segments T_5-T_{10}. Of all registered cases of herpes zoster, complications in the form of persistent neuralgia are most common. Patients are complaining about pain in the affected area of the dermatome, which begins before the appearance of rash and persist for a long time after the recovery, hyperalgesia and hyperesthesia of the skin. The pain has a neuropathic character, occurs due to an irritant that does not cause normal pain (allodynia). There are two types of pain: permanent and paroxysmal. It is important that the postherpetic neuropathic pain is resistant to the usual non-opioids. It necessitates using anticonvulsants and antidepressants. Prophylaxis of postherpetic neuralgia leads to prevention the onset of herpes zoster by maintaining an adequate level of immunity, avoiding stress, overcooling and timely treatment of disease. Conclusions: Consequently, herpes-associated neuralgia is a clinically important issue for further study in terms of their treatment and prevention. Reactivation of the infectious process caused by Varicella-Zoster is a significant problem, since the incidence of chicken pox in recent years has increased 10-fold. Persistent pain syndrome significantly reduces the quality of life of patients.

INFLUENCE OF MENTAL FACTORS ON THE OCCURRENCE OF ARRHYTHMIAS AND CONDUCTION OF THE HEART

Lytvyniuk N. Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Department of Social Medicine and Health Care Organization

Mental factors (emotional disorders, psychosomatic reactions) in patients with ischemic heart disease are accompanied by impaired neurohumoral regulation of the coronary circulation and myocardial metabolism, which can contribute to the occurrence of cardiac rhythm and conduction disturbance. The purpose of the study is:to study the influence and connection of mental factors on the occurrence of arrhythmias and conduction of the heart. Materials and methods:In the course of the study, we examined 142 patients with ischemic heart disease, who were undergoing outpatient and inpatient treatment at the Chernivtsi Regional Cardiology Center in 2015 and 2016. The age of the subjects was 45 - 65 years. To clarify the influence of mental factors on the occurrence of cardiac arrhythmias and conduction, a psychological test “SBOO” (Abbreviated Multiple Factor Personality Questionnaire) and a scale for assessing the severity of mental changes in points were applied. According to the results of our study, it was established:with an increase in the duration of morbidity, the mental state of patients with cardiac arrhythmias and conduction worsens. With the occurrence of cardiac arrhythmias, anxiety and cardiophobia syndromes occur. In the future, syndromes of depression, hypochondria and asthenia, the frequency of anxiety and cardiophobia syndromes ($p < 0.05$) prevail. The higher the degree of mental changes, the greater the frequency of paroxysmal rhythm disturbances and cardiac conduction disturbances in patients with ischemic heart of disease (7.03; df = 2, $P < 0.05$). In patients with coronary heart disease with depressive and hypochondriacal disorders, daily multiple attacks of arrhythmia have occurred almost 2 times more often than with other psychopathological syndromes (= 19.3; df = 2; $p < 0.01$). Relationship between indicators of mental changes and paroxysm of cardiac rhythm and conduction of disturbances in ischemic heart of disease have indicated that the more frequent the onset of heart arrhythmias occur, the more psychiatric disorders appear in patients. To sum it up, the following conclusions can be made: 1. With an increase in the duration of morbidity, the mental state of patients with rhythm disturbances and cardiac conduction worsens. 2. Mental disorders and cardiac arrhythmias are mutually burdensome.

CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERIES IN RHEUMATIC DISEASES

Mahmadmuradova N. N., assistant Department of internal diseases №4 with Hematology SamMI

Department of internal diseases №4 with Hematology (head.dep. - DSc. Aralov N.R.)

Scientific supervisor: DSc. Aralov N.R.

Purpose of work. The establishment of lesions of the cardiovascular system in patients with rheumatic diseases. Materials and methods of research. As a mother, 24 patients were examined who were on inpatient treatment in the therapy Department of the Samarkand city medical Hospital in the period

September-December 2017. A number of laboratory and instrumental methods were used. The results of the study showed that 14 patients were diagnosed with rheumatoid arthritis, and 10 with Nodular polyarteritis. At the same time, heart damage in rheumatoid arthritis, especially in the late stages, is observed in almost half of patients and is manifested by pericarditis, valvular defects, involvement of coronary vessels. According to autopsies, coronary vasculitis was detected in 30% of patients. The development of atherosclerosis and an increase in the risk of premature death in arthritis are associated not only with traditional risk factors for atherosclerosis, but also with the immunological activity of the disease, primarily with the degree of increase in the level of rheumatoid factor. There is a twofold increase in mortality from myocardial infarction and stroke. Signs of myocardial ischemia were found in 40% of patients. In 20% of patients coronary atherosclerosis proceeds without clinical symptoms. The accelerated development of atherosclerosis can be considered as a kind of systemic extra-articular manifestation of the disease. Nodular polyarteritis is a disease of a group of systemic necrotizing vasculitis with predominant involvement of medium-and small-caliber arteries with the formation of aneurysms and secondary damage to organs and systems. In 50% of patients, according to autopsies, signs of coronary artery disease were detected. There are observations of transmural myocardial infarction without angiographic signs of coronary artery disease, which indicates a significant role of vasospasm associated with the inflammatory process. According to the obtained data, arterial hypertension was noted in 80% of cases, heart failure was detected in 33%. Clinical and instrumental signs of coronaritis occurred in 20% of patients, 4.0% underwent transmural myocardial infarction, and among half of the patients developed its painless form. Summary. Coronary vessels damage in patients with rheumatic diseases is the leading cause of lethal complications, such as myocardial infarction, sudden cardiac death, chronic heart failure, which should be taken into account in the management of such patients.

OPTIMIZATION OF MARKETING IN HEALTH INSTITUTIONS

Mamedova G.B. PhD researcher 2 years of training in the specialty "Management and organization of public health."

Department of "Public health and health system management", head of the Department Professor, MD Iskandarova Sh.T.

Supervisor: Iskandarova Sh.T.

Back in the twentieth century, in many countries, there is a need for active use of marketing in almost all industries and activities, in particular, in the field of health. The healthcare industry includes sellers and buyers of medical products and services, suppliers and consumers of medical information, regulatory and self-regulatory bodies, business structures, state enterprises and public associations (L. Yakovleva, 2011). The main function of the infrastructure of the health care industry is to provide the necessary conditions for the normal implementation of health, medical, diagnostic and health-prevention processes. Thus, the author points out that the manufacturer of medical services is the main participant of the health care industry, it cannot exist without infrastructure (Moskovtsev V. V., Provotorov, 2010). Health care reforms carried out in recent decades are aimed at the development of the industry and are associated with the desire of the country's leadership to improve the health management system through the implementation of a set of measures aimed at improving the quality of medical care. These measures are implemented through a variety of mechanisms, including resource, personnel, legal support of the industry, as well as improving the health care industry (Asadov D., 2015; Babajanov A. S., et al.2016). In turn, the use of marketing in health care helps to optimize the activities of medical institutions in the sense that it helps health institutions to plan their activities most efficiently. According to the Decree of the President of the Republic of Uzbekistan from 1.04.2017 year № PP-2863 "on measures for the further development of the private health sector" only in the last 6 years, the number of private medical organizations has increased by 2 times and reached 3.5 thousand, their equipment with high-tech medical equipment has increased by 3 times. The most developed specialization of private medical organizations in the field of dentistry, laboratory diagnostics, therapy, physiotherapy, neurology and others. At this stage, it is particularly important to determine the most effective ways to promote medical services on the market. The market of services in the field of medicine has reached a high level of competition, requiring its participants to constantly work to attract and retain customers. It is known that marketing - makes it possible to predict the turnover, to study the needs of the market of medical services, the use of marketing research makes it possible to determine what services will find demand from the consumer, how much the consumer is willing to pay for it and whether he is willing to pay at all or not. In order for this to become possible, it is necessary to create marketing departments in each health facility with specially trained marketing specialists who would take into account the opportunities and barriers of the medical services market and contribute to the harmonious development of medical institutions in the country in a market economy. Thus, all of the above makes relevant and promising further study of the marketing service in health care institutions of the Republic of Uzbekistan.The analysis of available literature has shown that marketing in health care is currently in its infancy and it is of particular importance to determine the most effective ways to promote medical services in the market [provotorova, 2010]. This is a difficult way of evolutionary development, overcoming numerous difficulties and contradictions, accumulation of experience. And the sooner a positive experience will be shared with doctors, managers of health care institutions, the more successful will overcome the difficulties and serious shortcomings concerning the most important values of society – the health of people [] Yu. T., 2011].Management of medical institutions in the context of economic reform of health care is a rather complex process, many elements of the theory of management are unfamiliar to the heads of health care institutions. Development of the theory and practice of management of medical institutions is trial and error. The market of services in the field of medicine has reached a high level of competition, requiring its participants to constantly attract and retain customers[lindenbraten, 2011].

THE SERVICE ROLE OF PRIMARY CARE IN THE PREVENTION OF DIABETES

Mirsaidova H.M. PhD researcher 2 years of training in the specialty " Management and organization of public health."

Department of "Public health and health system management", head of the Department Professor, MD Iskandarova Sh.T.

Supervisor: Iskandarova Sh.T.

Diabetes mellitus is an urgent medical and social problem of our time, which in terms of prevalence and incidence has all the features of the epidemic, covering most of the economically developed countries of the world. The beginning of many innovations was laid in the research centers of the UK. In the 60-70-ies of the last century, doctors had only to watch helplessly as their patients die from complications of diabetes. During the last study, the late Professor Robert Turner (Robert Turner) was able to show that with proper treatment can significantly reduce the incidence of diabetes and the rate of progression of its complications. Another British "invention" is proposed by Dr. Joan Walker (Joan Walker) from Leicester in the 50s, the specialization of nurses in diabetology - initially caused debate, but is now considered one of the most important achievements not only in diabetology, but also medicine in General. Against the background of significant achievements in the provision of medical care, especially in chronic diseases (which include diabetes), society has become increasingly aware of the need to reform the interaction of primary and specialized medical care systems. In 2002-2003, the UK introduced the national service Framework (National Service Framework), which is to implement a program of mass vision examination, as well as improved information technology and accounting system in medicine. Significant efforts are needed to implement these plans into clinical practice. To conduct clinical and basic research in the field of diabetology, and also in helping patients with diabetes major role played by the organization of "diabetes" in the UK (Diabetes UK), founded in 1934 by Dr. R. D. Lawrence (R. D. Lawrence) and his patient, H. G. wells (H. G. Wells) called "Diabetic Association" (later the British Diabetic Association). The Juvenile Diabetes Foundation (Juvenile Diabetes Foundation) has also made a significant contribution to the development of diabetology in recent years. In addition, important laboratory studies are carried out by pharmaceutical companies, which also provide great assistance to patients and health workers. In the UK, as in many other developed countries, the main focus in the management of patients with diabetes is aimed at training patients and ensuring their independence in the control of the disease. In Uzbekistan, on November 14, the international day against diabetes in the Republican specialized center of endocrinology, as well as in the regional endocrinological centers annually hold "open Days", organized various activities to promote a healthy lifestyle. The popular scientific journal "Diabetes in Uzbekistan"is published. In the future, the adoption of a National diabetes programme or a law on diabetes is envisaged. On this day, every resident of the Republic will be able to determine the level of blood sugar free of charge. With the participation of foreign experts, an international scientific and practical seminar is held for young scientists of the Republic, during which the achievements in this field are discussed.Practical recommendations to improve the effectiveness of preventive measures in working with patients with diabetes in PHC should be improved in the following aspects: the Creation of diabetic schools that provide training to patients. Organization of enhanced patronage service among the population with risk factors (obesity, Smoking, hypertension, hyperlipidemia, etc.). To

reduce the number of complications, it is necessary to organize systematic monitoring of patients at risk. Creation of a telephone hotline for information support to patients with diabetes. Organization of the system of training nurses, students of medical schools and universities the basics of teaching patients with diabetes self-regulation of diabetes.

CHARACTERISTICS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Mirzaeva Sh.A., Alimov B.M., 507 students group of the faculty of medical pedagogy SamMI

Department of internal diseases №4 with Hematology (head.dep. –DSc. Aralov N.R.)

Supervisor: Makhmatmuradova N.N.

Purpose of the work: to study the frequency of patients with chronic obstructive pulmonary disease, to identify risk groups by sex, age, characteristics of the clinical course of the disease with the characteristics of changes in electrocardiograms, chest x-rays, laboratory parameters and functional tests. Materials and methods of research. Under our supervision were 94 patients who underwent inpatient treatment in the city medical Hospital №1 in the Department of pulmonology and allergology in the period IX-2016 to I-2017. We conducted studies in the form of a General blood test (hemoglobin, erythrocyte sedimentation rate, leukocytes), spirometry, picfluroometry, electrocardiography, chest radiography, retrospective analysis of the history of the disease. Results. It was found that in total 206 patients were hospitalized in the Department during this period of time, of which 94 (45.6%) were diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease. Among them there are 52 men (55.3%), 42 women (44.7%). Men under 50 years of age - 25 people (48.1), over 50 years - 27 people (51.9%).Women 50 years - 18 people (42.9%), over 50 years - 24 people (57.1%). The average age of women is 52.9 years, men 52 years. Concomitant diseases occur in 48.9% of cases, among them: coronary heart disease, angina pectoris, hypertension, chronic pyelonephritis, asthma, rheumatism, diabetes, tuberculosis. At 29.5% of the hemoglobin was less than 100 g/l, leukocytosis – 10.2% of cases, increasing the speed of red blood cells in 44.3% of cases. ECG changes were observed in 68,2% of cases, among them: blockade of the left leg of the beam gissa and its front-upper and rear-lower branches, hypertrophy of the right and left ventricles, disturbance of intraventricular conduction, hypertrophy with overload of the right atrium, polytopes and atrial extrasystoles, hypoxia of the myocardium, the phenomenon of ischemia, tachycardia, atrial arrhythmia, in severe cases, the effects of chronic pulmonary heart disease (10.2 percent). Radiological changes were observed in 53.4% of cases, including 48% - the phenomenon of chronic bronchitis; 21% - emphysema, 31% - a combination of pulmonary fibrosis and fibrosis with symptoms of bronchitis or emphysema. Pleurisy single - and double-sided, pneumonia were also observed. The phenomena of respiratory failure were encountered in almost all clinical cases of chronic obstructive pulmonary disease. Functional tests showed the presence of violations of respiratory function in a mixed type with a predominance of obstruction (respectively, II-III degree (restriction and obstruction). Summary. Thus, according to the results obtained by us, obstructive pulmonary disease more often affects men of 50 years. In half of the cases, the disease occurs on the background of concomitant pathology. This mainly affects the respiratory and cardiovascular systems. Also, there are serious changes in the functional parameters of external respiration. It should be noted that over time, the disease is steadily progressing and can lead to loss of General disability. Therefore, early timely diagnosis at the prehospital stage of patients with chronic obstructive pulmonary disease, at the first clinical manifestations of the disease is necessary.

CHANGES IN INTESTINAL FUNCTION IN CHRONIC HEPATITIS

Musaeva A.F., student 504 groups of the treatment faculty of the Urgench branch of TMA

Department of "Faculty and Hospital Therapy" (Head of the Department - Candidate of Medical Sciences Yakubova A.B.)

Supervisor - Assistant Mirzaeva D.A.

Purpose: To study the features of clinical and laboratory signs of digestive disorders in chronic hepatitis. Materials and methods: 60 patients were examined: 28 (46.7%) women, 32 (53.3%) men with chronic hepatitis. The diagnosis was carried out by clinical laboratory (anti-HCV, the presence of HbSAg) and instrumental methods of research. The Bristol scale was used to determine the forms of feces (III Congress of Gastroenterologists, Rome 2006). Chronic active hepatitis was detected in 78%, persistent hepatitis in 22% of patients. The disease was associated with: postponed hepatitis - in 24 (40%), with obstetric and gynecological procedures, and blood transfusion in 14 (23.3%) patients. In 8 patients (13.3) during an anamnestic study, a connection was found with previous operations. In 5 (8.3%) patients, the disease was associated with dental and hygienic procedures, in 9 (15%) patients it was not possible to find out the cause of the disease. Results: The most frequent symptoms of digestive disorders in patients with chronic hepatitis were loss of appetite (89.2%), bloating (81%) and rumbling in the abdomen (46%). Severity and pain in the right upper quadrant, feeling of overflow and discomfort after eating, nausea, was noted by 44-64% of patients. Loose stools were found in 58% of men and 24% of women. In 37.8% of patients there was a tendency to constipation, and in 37.8% of patients, the duration of straining was more than 25% of the time of the defecation act. In 37.8% of patients there was a tendency to constipation, and in 37.8% of patients, the duration of straining was more than 25% of the time of the defecation act. In 51.4% of the patients, the normal appearance of feces was typical (according to the Bristol scale type III and IV), in 10.8% in the form of sausages, but lumpy and 8.1% in the form of small balls with smooth edges (type V). 18.9% of patients noted hardening of feces in the form of individual, hard stool lumps, like nuts (type I), 10.8% of the feces had loose particles with uneven edges (mushy stools, type VI according to the Bristol scale). In qualitative analysis, muscle fibers were detected in 37.8% of patients, fats and fatty acids in 16.2% of patients, indigestible fiber in 35.1% of patients, and starch in 35.1%. In 27% of patients, an increase in the number of yeast fungi and the presence of leukocytes (21.6%) were characteristic. With fluoroscopy, 42% of patients had hypermotor, in 35% of patients hypomotor intestinal dyskinesia. Conclusion: Thus, in chronic hepatitis, there is a noticeable dysfunction of the intestines, which occurs with unformed stools, constipation, flatulence (bloating), belching, and heaviness in the abdomen (upper abdomen between the costal corners). The quantity and quality of stool changes (starch, indigestible fiber), absorption and splitting of carbohydrates, plant foods are disturbed. Peristalsis and intestinal secretory function are impaired and nutrient absorption is impaired. In chronic hepatitis, enterocolitis occurs with symptoms characteristic of it, which requires complex treatment of patients.

EVOLUTION OF CARDIOVASCULAR REMODELING AND EPICARDIAL FAT THICKNESS IN PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE AND METABOLIC SYNDROME

Myrzalieva A.A.

Academic adviser: Ataxodjaeva G.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Faculty internal diseases, occupational pathology, MFT, Hospital internal diseases and PID.

Aim. To estimate cardiac chambers sizes and epicardial fat (EF) thickness in patients with chronic failure (CHF) and metabolic syndrome (MS). Subject and methods. The investigation enrolled 57 patients with CHF. The diagnosis of the letter was made on the basis of clinical symptoms and verified measuring N-terminal pro-brain natriuretic peptide levels in all the patients. A study group (SG) including 29 patients with CHF and MS. A control group comprised 28 CHF patients without MS. Clinical and biochemical blood tests and electrocardiography were performed in all the patients. Cardiac chamber sizes, myocardial wall thickness, and EF were estimated from echocardiographic findings. Fatty liver index (FLI) and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) fibrosis score (NFS) were calculated in all the patients. Results. All the patients had clinical signs and symptoms of CHF. There were 19 (32%) men among 57 patients. The mean age was 63.9±10.3 years. The patients with CHF and MS showed pronounced myocardial remodeling, which was manifested as significantly higher increases in the sizes of cardiac chambers and in the thickness of their walls and as larger EF thickness (EFT) and larger myocardial mass. In SG, EFT was 3.39±1.82 mm (p=0.00001). This group exhibited correlations between EFT and FLI (r = 0.52; p = 0.016), glycated hemoglobin (r = 0.41; p = 0.0.016) E peak (r = -0.25; p = 0.005), E/A ratio (r = 0.25; p = 0.041), left ventricular end-systolic size (r = 0.25; p = 0.038), NFS (r = 0.29; p = 0.002) and body mass index (r = 0.29; p = 0.003). Conclusion. The found correlations between EFT and the clinical and metabolic of CHD and cardiovascular diseases allow EFT to be regarded as a new marker of risk for MS and cardiovascular diseases.

ARRHYTHMES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND SAVED EMERGENCY FRACTION

Nabieva A., student of the medical pediatric faculty Sammi, 403 group

Department of Pharmacology and Clinic Pharmacology (Head of Department – c.m.s. Yuldashev S.J.)

Scientific director: assistant Akhmedova G.A.

Purpose: To study the structure of rhythm disturbances in patients with CF-C4B and to determine the association of the frequency of arrhythmias with EchoCG with the parameters. Material and methods: Therapy static analysis of case histories of 85 patients (age 56,+_ 13,0) with CHF-SPV. Included in the study patients in a retrospective study patients underwent echocardiography and in 62 patients (72.9%), was evaluated PI. The Simpson method for the determination of VOLO is applied in 51 cases (60%). In all patients, the treatment of BWW and CSR LV, the anteroposterior diameter of the LP Mass in the static pressure in the pulmonary artery(SDLA). Pulse inEmre with the help early speeds (E) was determined as follows: EK-07 11DT> 180 AC with answer. Degrees of DDType with relaxation slowdown TLK, E/A>2 EF DN 166 cm 3 level DD restrictive type, with values of E/A more 0,7 but less than 1.8 in combination with the size of the LP, LV hypertrophy 1cm LG Diagnosyis11 degree D (pseudonormal type) and at 10: no E/A values, the presence of a normal diastolic LV function was found. UPA ECG would. It was established Lown and M Wolf(1971) modified by M.Ryan(1975). The statistical processing using the SPSS 220 statistical software package(BM SRS Software USA). Results: According to EchoCG, DD was diagnosed in 55(88.7%) patients in 8.1% of patients –DD 1degrees. In 22(40%) DD2 degrees and DD3 degrees in (1.31%) of the patient. Patients with CHF-SFV of which 17 (43.6%) surveyed. At this time, 19(34.5%) patients were detected in 13(23.6%). The results are dispersive analyzing the fact the probability of increase in BWW and LV. A statistically significant relationship was found between the frequency of occurrence of AF and the ECG level of the VE was recorded. D is not statistically significant (p-0.071 and p-0.092, respectively you are in. Conclusion: About a third of patients with CHF. According to rhythm and dimensions of the LV, while the Ear bowls. It is registered streets with an increase in LP, signs of LH and a higher degree of DD

ACADEMIC PERFORMANCE OF PEDIATRIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION SIMULATION SCENARIO

Nag N., student of group #43 6 course of the medical faculty of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University"

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases (Head – MD, PhD Koloskova O.K.)

Scientific supervisor assoc. professor, MD Bogutska N.K.

The aim of the study was to evaluate the graduates' academic performance in pediatric cardiopulmonary resuscitation (CPR) training. Material and methods: CPR training simulation scenario was introduced in studying of Ukrainian and English speaking 6 year students (totally 11 groups, 141 students, 71 males and 70 females, 64 Ukrainian and 77 English speaking graduates). Three low- and mid-fidelity manikins (two infants, one toddler) and Vital Sign Simulator as a monitor / defibrillation unit were used to master CPR skills. Initial and final graduates' academic achievements were used for association assessment. Students answered for a base of paper CPR tests, total number of tests was 24 short questions with a single answer choice (first 12 questions dedicated to basic life support (BLS), and next 12 – to advanced life support (ALS), graduates answered questionnaires on anxiety testing as well. The course duration was 1,5 hours, course was divided in 7 stages. Results: The results of initial testing in the set of BLS questions was average 50,8±10,6% of correct answers and finally there was an improvement up to average 71,9±13,6% (p<0,0001), significant difference in gaining of correct answers was +20,8±13,6%. The results of final CPR testing were the same in males 71,8±12,2% and females 72,0±15,1% (p>0,05), in graduates with increased testing anxiety level 72,4±14,6% and controls 71,4±13,0% (p>0,05). The results of initial testing in the set of BLS (1-12) questions was average 52,5±13,2% in Ukrainian speaking students versus 49,5±11,7% in English speaking students (p=0,17), the final results of this testing was average 76,2±12,7% in Ukrainian speaking students versus 69,1±11,3% in English speaking students (p<0,004). The results of initial testing in the set of ALS (13-24) questions was average 50,0±13,2% in Ukrainian speaking students versus 51,6±16,2% in English speaking students (p>0,05), the final results of this testing was average 60,4±13,2% in Ukrainian speaking students versus 61,8±16,5% in English speaking students (p>0,05). In order to analyze such tendency we examined the indices in two subgroups of students: with gaining of more than 20 and equal/less than 20 correct answers in final CPR testing. We have not revealed any differences in these two subgroups as for anxiety level (32,2±10,4 versus 30,4±9,2 points, p>0,05), as for initial (58,2±13,4 versus 58,2±14,5%, p>0,05) and final step II testing (78,8±12,9 versus 76,4±11,1%, p>0,05) etc. We have revealed significant difference as for the final testing in set of BLS CPR questions in English speaking students depending on gender: average 71,1±12,6% in males versus 64,4±14,5% in females (p<0,05), which was associated with increased anxiety level in females (27,5±6,5 versus 23,5±5,9 points in males, p<0,05), while in Ukrainian speaking students final testing in set of BLS CPR questions was the same in both genders (average 73,9±10,9% in males versus 77,1±13,4% in females, p>0,05). The significant indices of correlation between the academic performance and self assessment evaluations were revealed, thus the assessment of simulation as a high-quality tool in improving abilities at caring for pediatric patients, higher confidence in recognizing an acutely ill child and higher comfort in gathering pediatric information were directly correlated with students' level of improvement in the CPR BLS test (r=0,4; p<0,05). Conclusions: CPR training significantly improved graduates' knowledge and practical skills, but less in English speaking females with higher testing anxiety level. Graduates' high assessment of simulation as a high-quality tool for pediatric patients; confidence in recognizing an acutely ill child, as well as level of comfort while gathering information with children was significantly associated with grade of improvement in CPR tests. Graduates considered, that CPR simulation cases were relevant to their work and effective in teaching basic resuscitation and first aid management skills, promoted reflection and team discussion.

ASSESSMENT OF THE NUTRITION OF THE MEDICAL SCHOOL STUDENTS

Nauryzbayeva A., Issabayeva A., Abdrakhman B. (the 4th grade students of International Medical Faculty)

Joint-stock company "Asfendiyarov National Medical University" (Almaty, Kazakhstan)

Department of Nutriciology with a course of preventive medicine

Head of Department - Ph.D., associate professor M.S. Kaynarbaeva

Scientific adviser –c.m.s., Ph.D., associate professor N.A.Myrzabayeva

Introduction: It is known that nutrition is considered optimal when a sufficient amount of proteins, fats, carbohydrates, vitamins and minerals enter the human body. In addition, a diet plays a certain role in shaping the optimal nutritional status and health of the body. Objective: The aim of our study is to assess the nature of the actual nutrition of medical students. Materials and methods: the study involved 80 students of NMU 1 and 4 courses aged 18 to 24 years.Evaluation of actual nutrition was determined by the method of quantitative analysis of consumed products using the program "Analysis of the state of human nutrition" version (1.2.4), evaluation of compliance with the principles of rational nutrition, awareness of healthy nutrition was carried out using specially designed questionnaires, as well as a study of nutritional status. Results and discussion: The obtained results testified to the violation of the principles of rational nutrition in the majority (78.8%) of students, namely, non-observance of the principles of quantitative and qualitative fullness of the diet, and diet, balanced intake of food nutrients was observed.The insufficient consumption of milk and dairy products, fish and seafood, vegetables and fruits is necessary to note. The consumption of flour, bakery and pasta exceeded the recommended standards, while increasing the overall caloric content of the diet.The analysis of the students' dietary regime determined the absence of a full hot lunch among the prevailing majority (68.8%) of the students, dry food (47.5%), eating fast foods (51.3%), late high-calorie dinner (53.8%), insufficient consumption of vegetables, fruits, dairy products, fish, and seafood. In the course of the study, we also found that 43.8% of students practically do not eat breakfast. According to student`s opinion, unhealthy diet is mainly due to lack of time. As a result, 33.8% of the respondents had

complaints from the organs of the digestive tract during their studies at the university. Conclusions: Thus, the assessment of the actual nutrition of medical students showed a violation of the principles of nutrition. According to a study for the prevention of vitamin and mineral deficiencies, recommendations for rational nutrition, correction of eating behavior, and a healthy lifestyle have been proposed.

INFLUENCE OF NUTRITION ON THE OCCURRENCE OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Navchuk I.V.

Department of Social Medicine and Public Health

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Introduction. The main theoretical and practical results of many studies indicate the need to improve and implement modern measures for the prevention of arterial hypertension (AG) in the population, increasing the preventive training of health professionals and improving the awareness of patients with hypertension in relation to its prevention. Main. Our study was aimed at studying the effect of nutrition on blood pressure and the probability of complications in patients with hypertension. Method and materials. The materials of the study were specially designed questionnaires. For processing and analysis of the results of the study, they used mathematical, analytical and statistical methods. Results. The results of the study showed that the diet is of great importance in the prevention of complications due to hypertension. Thus, according to the results of the research, 64,5 ± 2,14% (persons - 23,8 ± 1,88%, women - 40,7% ± 2,19%) of the respondents regularly ate, and irregularly - 35,9 ± 2, 14% (people - 13.6 ± 1.53%, female - 22.0 ± 1.85%). It is obvious that the attention of doctors needs a group of people with an irregular diet. According to the nature of the food, respondents were distributed as follows: 21.7 ± 1.84% of respondents in the diet dominated dairy products, 36.7 ± 2.15% - products of plant origin, 37.5 ± 2.17% - m ' clear products, and 20.0 ± 1.79% of patients additionally cook food. Therefore, it is necessary to pay attention to patients who supplement the food, as it is known that excessive salt intake leads to an increase in blood pressure, as well as a group of patients who prefer cholesterol-based meat products. The distribution of respondents by body weight (MT) was as follows: normal MT was 63% ± 2,16% of the respondents (people - 22,2 ± 1,86%, female - 40,9 ± 2,20%); redundant - 34,6 ± 2,13% (people - 14,6 ± 1,58%, female - 20 ± 1,79%); Obesity was 2.4 ± 0.68% (0.6 ± 0.35% of subjects, 1.7 ± 0.58% female). Conclusions. Consequently, obese patients need special attention because they have the highest risk of hypertension, as well as patients with excess body weight, because the correlation between MT and the level of hypertension is direct, significant and persistent, as well as people with an irregular diet in which foods dominated by cholesterol.

IMPROVING THE TREATMENT OF SUSCEPTIBLE TUBERCULOSIS WITH MALABSORPTION SYNDROME

Papuk A. N. – student, 6-th year, group no 26

Podverbetskaya E.V., PhD, assistant professor, department of phthisiology and pulmonology

Podverbetskiy O.Ya., assistant professor, department of phthisiology and pulmonology (head of department - DM, professor, Todoriko L.D.)

HSEE "Bukovinian State Medical University", Chernovtsy, Ukraine

Scientific supervisor – DM, professor, Todoriko L.D.

Introduction. TB is an old disease that was once a death sentence. Effective drug treatments first became available in the 1940s, and in combination with social and economic development they allowed countries in western Europe, North America and some other parts of the world to reduce their burden of TB disease to very low levels.13 For most countries, however, the "end" of TB as an epidemic and major public health problem remains an aspiration rather than a reality. The UN high-level meeting on TB on 26 September 2018, with attendance of heads of state and other eminent people, provides a platform to step up the commitments and actions needed to end the global TB epidemic, by the SDG deadline of 2030. Materials and methods. Open-label, randomized, parallel-group, reference-controlled clinical study in 56 patients with sensitive firstly diagnosed lung tuberculosis (SFDT). Results. Decreased absorption in small intestine is observed in 58.9% of cases of firstly diagnosed tuberculosis with maintained sensitivity and predominant decreasing intestine penetration indicator 3.1 to 6 (in 21.9% of cases) and accompanied, according to pathomorphological data, by both impaired para- and transcellular transport of nutrients by epithelial cells of small intestine and decreasing area of intestinal absorption. The severest negative impact on treatment efficacy in patients with firstly diagnosed tuberculosis is a severe grade of impaired absorption in small intestine (IPI less than 3) – malabsorption syndrome. Conclusion. In patients with sensitive firstly diagnosed lung tuberculosis with moderate and severely impaired absorption in small intestine, optimized schemes of etiotropic treatment in intensive phase using IV forms allowed to reliably reduce duration period of intoxication syndrome in 1.5 times, bronchopulmonary dysplasia – in 1.4 times; accelerated normalization of hemogramme indicators and endogenous intoxication indices; increased frequency of bacterioexcretion discontinuation in 2.1 times and frequency of positive X-Ray dynamics in 1.5 times.

EATING HABITS AND THEIR CLINICAL RELEVANCE IN UNIVERSITY STUDENTS

*Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V.**

Department of Pediatrics, Neonatology and Perinatal Medicine

*MykolaTurkevich Department of human anatomy**

Higher State Educational etablishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Poor nutrition and obesity are among the most important health issues facing society today, not only in terms of health, but also health care. There are a variety of predictors of obesity including genetics, physical activity, and food consumption. There are other outcomes of food choice and nutrition that also have an independent effect on health including some types of cancer, cardiovascular disease, and diabetes. For these reasons, food selection is an important consumer behavior with many long-term consequences to the individual in the form of health and longevity and to society in the form of health costs. An especially important time of life for food choice is when people step out independently for the first time and begin to make all of their own food decisions. For many people, this is the transition to college life. The transition to college or university is a critical period for young adults, who are often facing their first opportunity to make their own food decisions and this could have a negative impact on students' eating behaviors. The aim of our study was to assess the main eating habits in undergraduate students of Bukovinian State medical university. Materials and methods.In the survey participated 160 of students of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical university". Questions for most variables were derived from Sapp & Jensen's (1998) study. Results and their discussion. In a survey we questioned the students about characteristics of their diet, frequency of meals, use of various products according to food pyramid. The conducted study has shown that college students often have poor eating habits they tend to eat fewer fruits and vegetables on a daily basis and report high intake of high-fat, high-calorie foods. Only 7.3% of students ate five or more servings of fruits and vegetables daily. The transition to college life often worsens dietary habits among students which could contribute to weight problems especially during the first year of college or university and continue during later years of life. Students living off-campus reported a higher percentage of energy from protein. Similarly, serum triglyceride level and the ratio of total cholesterol to high-density lipoprotein were also higher among students living off-campus. Gender differences also exist. Female college students tend to eat more fatty foods 67% than male students - 42% correspondently, although their fruit and vegetable consumption tends to remain similar. Higher energy from protein was more prevalent among boys living off campus than on campus. For girls, higher serum triglyceride and ratio of total cholesterol to highdensity lipoprotein was found among those who lived off campus. It was also mentioned that females avoided certain foods for their concern for weight, health and ethical reasons (especially when avoiding meat) more significantly than males andfemales were more significantly motivated by convenience, pleasure, price, and weight concerns than male students. It was found

that taste, time sufficiency, convenience, and budget influenced students' eating habits in that order. These seem to act more as barriers to healthy eating as revealed from the focus group. One could assume that these barriers may be more influential than benefits given the prevalence of eating habits among university students. Other factors associated with poor eating habits include a higher perception of stress and low self-esteem. Also the lack of indepth nutrition knowledge has been attributed to reliance on sources that provide inadequate information on nutrition Conclusions. 1.Thus, students living off campus are choosing different foods than those living on campus. 2. The dietary intake of male and female college students is influenced by different factors.

GLYCINE TO THE MIACARD INFRASTRUCTURE ADRENAL

Sarimova N. -201 group, Faculty of Medicine

Scientific supervisor: Kodirova D.A.

TashPMI, Medical and Biological Chemistry, Medical Biology and General Genetics Department

The relevance of the topic. Glycine is a metabolite drug that participates in the management of metabolism in the body. Clearly, glycine has a good effect on pathological conditions resulting from ischemia and hypoxia. Also, glycine glitsin-ergic and GAM-ergic, a1-adrenoblocker, antioxidant, antitoxic and antidepressant properties are also known. Today, one of the main causes of myocardial infarction is physical and mental disorders. The level of adrenaline increased dramatically. Based on this information, glycine may have a beneficial effect on myocardial infarction, which is accompanied by stress and death. The goal. The purpose of the experiment is to study the influence of glycine on the experimental myocardial infarction (EMI) called adrenaline. The experiment was performed on standard diet, with 18-24 g 30 male mice. Experienced mice divided into two groups: experimental and intractable. In the experimental group there are 18 mice containing glycine in the peritoneal cavity at a dose of 100 mg per kg of mass per kilogram ("BIOTIKI", RF). Subsequently, adrenaline was administered at a dose of 10 mg per kg of subcutaneous intake for myocardial infarction. Twelve mice in the intestine were adrenalin only once in the same dose. Also, for the mice in each group, taking the medication and measuring the death time was recorded. Results. The experiment showed that the viability of the experimental group was 66.7%, and the mortality rate was 33.3%. In the infant group, this amount did not differ much. 50% of the intact group survived, and 50% died. Also, the average interval between adrenaline and to death was calculated in mice in each group. This interval was 15 minutes for the experimental group mice and 5 minutes 30 seconds for the mice in the intact group. Summary. The results show that glycine has a positive effect on myocardial adrenalic infarcts in 100 mg dose. Based on this, it can be assumed that glycine is affected by cardiomyema.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF HEART VALVULAR ENDOTHELIAL CELLS

Semeniuk T.O., Malyk Yu.Yu., Penteleichuk N.P.

Histology, cytology and embryology Department of High State Educational Establishment of Ukraine «Bucovinian State Medical University»

(chief of the department – doctor of medicine Tsyhykalo O.V.)

Human heart valve is composed of three layers of different types of proper connective tissue and encapsulated by a single layer of heart valvular endothelial cells. The role of connective tissue is to provide all the necessary biomechanical properties to withstand constant changes in hemodynamic force during the cardiac cycle. Endothelial cells play essential roles in establishing the valve structural components during embryonic development and are important for maintaining valve integrity and function. While the importance of structural valve components have been described by many scientists, the role of valvular endothelial cells is less well known. However, these comparatively small flattened cells are critical for valve formation in the embryonic period and are described as dysfunctional in initiation of valve pathology. Aim of research: Investigate the morphological features of endothelial cells that line human heart valves. Materials and methods of research: we examined 21 hearts obtained an necropsy. The mitral valves were normal. The specimens of heart valves came from a group aged 45-70 years. Methods of light and electron microscopy investigations were used in this research. Results: Examination of the histological sections using light microscopy showed that the endothelium itself consists of a single layer of large flattened-shaped cells which are either simply attached or interlocked with each other or they show "roof tile"-like overlaps. The cell margins have a wavy outline, and in some cases there are finger-like projections from one cell fitting into a corresponding recess in another. Electron microscopy showed that the endothelial cells are separated by the basement membrane from the underlying elastic and collagenous fibrils. The basement membrane is composed of two laminae: lamina densa and lamina rara.Valvular endothelial cells appear to be aligned with their long axis parallel to the circumferentially aligned underlying connective tissue, and thus perpendicular to the direction of blood flow.Endothelial lining looks like "cobblestone appearance" due to the nuclei protuberance into the lumen. Endothelial cell contains a large pale nucleus with a few heterochromatin and clear nuclear envelope. Cytoplasmic organelles like mitochondria, rough endoplasmic reticulum with large-sized ribosomes on the surface of its membrane, and a few complexes of Golgi apparatus are concentrated around of the nucleus. The numerous vacuoles and plasmalemmal vesicles are identified around of Golgi apparatus cisternae. The endothelial cells showed finger-like projections, strands and microvilli at their luminal surface which project into heart chamber and increase the overall surface area for an increased exchange of substances.Some of these projections may be artefact and derived from fibrin in the blood, but there is no doubt that most are true ultrastructural features of the surface of the valvular endothelial cell. The surface of the valvular endothelial cells is studded with small pits. These are openings on to the cell surface of the caveolae intracellulares. Caveolae, flask-shaped invaginations of the plasma membrane, are detected in endothelial cells, which take part in transport of solutes across the endothelial cell as transcytotic vesicles. Conclusions: A closer look at lining of heart valves showed that they are lined by a single layer of squamouscells that have very thin extensions of cytoplasm but prominent nuclei.

DIFFERENT METHODS OF BLOOD TEST CAN CATCH MULTIPLE TYPES OF CANCER AT EARLIER STAGES

Shukurov D.B., medico-pedagogical faculty student of 2nd course group 205, Samarkand State Medical Institute

Department of Normal and Pathological physiology (head of the department, doctor of medical science Samiyeva G.U.)

Scientific director: head of department-doctor of medical science Samiyeva G.U.

Main idea:Earlier detection is key to reducing cancer deaths. Here, we describe a blood test that can detect plenty cancer types through assessment of the levels of circulating proteins and mutations in cell-free DNA. So today, there are a lot of methods to examine cancer's DNA in blood and the best 3 of them will be listed as well as understood below. Materials and research methods:One major goal in cancer research is therefore the detection of cancers before they metastasize to distant sites. Large trials are now underway in the US, many highly specified universities, with different testing being offered to thousands of healthy people. Cancer incidence and outcomes in these people will be compared to a control group who do not have testing. Study results will be available in the next few years. There are 3 lead methods which promise to detect it: 1. Unique DNA methylation patterns (an epigenetic modification) 2. The damage to the DNA of white blood cells after exposure to ultraviolet light(IMSTAR) 3. CancerSEEK(USA). Results of research:1.This genetic material carries unique DNAmethylation patterns. DNA methylation isan epigenetic modification meaning itcan alter gene activity even when thegenes sequence stays the same. Becausemethylation patterns change very earlyin breast cancer development they offera promising detection tool. The team usedcomputer software along with a specialtype of DNA sequencing to discovercancer. Specific methylation patterns in31 tissue samples these patterns werethen tested in blood samples from womenwith primary metastatic or no breast cancer. The researchers then looked for EFC number 93 methylation in blood samples from 925 healthy women who developed either fatal or non-fatal breast cancer. Within three years the marker was found in 43 percent of the women with fatal breast cancer, three to six months before they were diagnosed in 25 percent of this group it was found six to twelve months before diagnosis. 2.The test measures the damage to the DNA of white blood cells after exposure to ultraviolet light. This process reveals the cells' susceptibility to damage and the presence of cancer. The damage takes the form of a "comet tail" of DNA pieces. If the tail is long, it means that cancer may be present. In other words, the DNA of people who have cancer is more easily damaged by ultraviolet light.The IMSTAR Pathfinder system successfully separated all the samples with cancer from the healthy control group. hey tested 700 blood samples from people

with colorectal and prostate cancer. They were unable to separate the samples with cancer from healthy samples in 60 cases. 3.CancerSEEK, the blood test detects tiny amounts of DNA and proteins released into the blood stream from cancer cells. This can then indicate the presence of ovarian, liver, stomach, pancreatic, esophageal, bowel, lung or breast cancers. Known as a liquid biopsy, the test is distinctly different to a standard biopsy, where a needle is put into a solid tumor to confirm a cancer diagnosis. Conclusion: The cancerrecurrence could be detected up to ayear before any other messages. A labelto medicine to be clear this kind ofcare is not available yet the test usedin these studiesare experimental andwho are customized in the lab to analyze the genes in each patients cancer butthe technology is advancing rapidly andmany companies are working on tests thatcan do this.

PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF CARBACETAM OF COGNITIVE DISORDERS DURING EXPERIMENTAL NEURODEGENERATION

Skorobogach A.I., 28th student of the medical faculty № 2

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Kmet O.G.

Department of Pharmacology (Head of Department - Ph.D. Zamorsky I.I.

Supervisor Associate Professor, Ph.D. Kmet O.G.

The group of neurodegenerative disorders of the central nervous system (CNS) includes a number of diseases with destructive processes of the brain cells in their base. The diseases differ by their symptoms, duration of pathological process, and localization of damage foci. At the same time, all the neurodegenerative disorders of the brain are united by dementia including the most common its type – dementia of Alzheimer's type. Alzheimer's disease is most often found among people older than 60-65. The characteristic feature of Alzheimer's disease is progressive deterioration of memory, thinking processes, information perception, intellectual disorders, lack of ability to take care of oneself, stipulating individual difficulties and social-economic value of the disease. Dementia includes neurodegenerative diseases of the brain where dementia of Alzheimer's type holds a leading position. Considering inadequate results of modern treatment the search for new means of pathogenic therapy of Alzheimer's disease is rather topical. Objective: to assess the efficacy of new original modulator of gamma-aminobutyric acid (GABA)-ergic carbacetam system by the dynamics of parameters of the cognitive ability of rats with Alzheimer's disease. Materials and methods. The experiments were conducted on non-linear laboratory albino male rats with the body weight of 0,18-0,20 kg. Alzheimer's disease was simulated by intraperitoneal (i/p) introduction of scopolamine hydrochloride (Sigma, USA) during 27 days in the dose of 1 mg/kg. Beginning with the 28th day of the experiment carbacetam was introduced i/p in the dose of 5 mg/kg in 1 ml of physiological solution (saline) – once a day during 14 days. Results. Behavioural reactions of rats with Alzheimer's disease after carbacetam introduction in the "open field" test were characterized by reduced period of "immobility", increase motor, orientation-learning activity; in "conditioned passive avoidance reflex" test – increased latent period of entering rats into a dark chamber connected to electric current. Conclusions. Behavior of rats with Alzheimer's disease in "open field" test after carbacetam introduction during 14 days was characterized by reduced latent period of "immobility", improvement of motor and orientation-learning activity. It was indicative of decreased anxiety level, improvement of adaptation and cognitive reactions. Reduced grooming index was not resumed, and the frequency of vegetative reactions did not change – fecal bolus and urinates – which indicates the lack of carbacetam effect on the emotional degree of rats with Alzheimer's disease. Increased latent period in conditioned passive avoidance reflex (CPAR) test on the 1st and 14th day of carbacetam introduction reflected more effective retention of the conditioned reflex to electric painful stimulation, and improvement of cognitive ability of rats with Alzheimer's disease respectively, under the influence of the new endogenous modulator of GABA-ergic system.

PROPRANOLOL EFFECT ON THE EPIPHYSIS AND KIDNEYS HISTOMORPHOLOGY UNDER PINEAL GLAND HYPOPHOSPHORYLATION

Thakur Aman, student of 51 groups, Faculty of Medicine №3 BSMU, Kryvchanska Mariana, Khomenko Violeta

Department of Medical Biology and Genetics (Head of the Department - Prof. Bulyk R.Ye.)

Scientific supervisor Professor, Doctor of Medical Science Bulyk R.Ye.

Introduction. Integrity of central organs of the neuroimmunoendocrine system, notably the pineal gland, has a distinct age dependence and time patterns. These facts are important in the assessment of the state of organs and systems and the delivery of therapy. Percentage of dark (inactive) and light (active) pinealocytes, volume of nuclei, and color intensity of the nuclear chromatin of these cells are reliable and adequate morphological indicators of the integrity of the pineal gland. The aim of the study. Study propranolol effect (2.5 mg / kg body weight) on the epiphysis and kidneys histomorphology under hypofunction of the pineal gland (24 h light: 0 h darkness) and additional use of melatonin (0.5 mg / kg body weight, Sigma, USA) within 7 days experiment. Materials and methods. Experiments are performed on 108 white non-linear, sexually mature male rats. Methods of light microscopy and statistical processing are used. Results. The following indicators of the morphological state of pinealocytes, corresponding to the lowest level of pineal gland integrity are noted. In particular, the percentage of dark pinealocytes is 72 ± 1.6% at 2 a.m. and 70 ± 1.4% at 2 p.m. The volume of nuclei is the lowest among all study groups and amounts to 262.6 ± 8.06 μm^3 at 2 a.m. and 264.6 ± 8.17 μm^3 at 2 p.m. Also, data on the chromatin color intensity are significant. Thus, the average optical density of the pinealocytes nuclei color is 0.394 ± 0.0128 absorbance unit (AU) at 2 a.m. and 0.391 ± 0.0122 AU at 2 p.m. The highest level of alteration is observed, manifesting in a significant average percentage change in epithelium of convoluted tubules, 72 ± 1.1% at 2 a.m. and 78 ± 1.2% at 2 p.m. Upon that, the alteration, in addition to dystrophy, often manifested itself as piecemeal necrosis and intensive cell desquamation. The highest percentage of glomeruli with signs of congestion is found, namely 37 ± 2.7% at 2 a.m. and 39 ± 2.8% at 2 p.m. Conclusion. The beta-blocker propranolol reduces indices of the pineal gland and kidneys integrity depending on the introduction of exogenous melatonin. Melatonin administration only partially offsets the manifestations of kidney dysfunction, and in some cases, doesn't a positive effect.

DIAGNOSIS OF CYTAMEGALOVIRUS INFECTIONS

Tilavova Y.M. student of the Medicine Faculty SamMI, group № 519

Department of Neurology of the clinic SamMI (chief of the department – Djurabekova A.T.)

Scientific supervisor: Isanova Sh.T.

Relevance of work. Despite the significant progress made in the past decades in the fight against infectious diseases, intrauterine infections represent a serious unresolved social problem of society. Intrauterine infections continue to occupy a significant place among the causes of neonatal mortality. The most important role in the structure of these diseases is cytamegalovirus infection. In the fetus, as a result of an intrauterine infection, abnormalities of the brain develop, as well as persistent neurlogical disorders, consequences resulting in disability of infants. Currently there are no direct non-invasive diagnostic methods that prove the presence of an active infectious process in the fetus. The purpose of this study was to identify diagnostic and prognostic criteria for the development of intrauterine infection (IUI) to increase the effectiveness of treatment and reduce the frequency of pregnancy complications. Material and research methods. A retrospective analysis of the histories of the births of mothers and newborns was conducted in order to identify the clinical and anamnestic risk criteria for IUI. The main material for the study were: venous blood, urine and cerebrospinal fluid according to indications. We observed 48 full-term newborns born with perinatal brain damage due to an intrauterine infection. History of chilbirth at mothers, history of newborns has been carefully studied. To decide the diagnosis, we carried out laboratory diagnostics of IUI using the polymerase chain reaction (PCR) method of their mothers and children in the first months of life. Results and discussion. Risk factors for developing IUI were transferred to inflammatory diseases of the pelvic organs 34%, chronic pyelonephritis 28%, presence of extragenital diseases, threat of termination of this pregnancy, vaginitis, bacterial vaginosis 17%, respiratory viral infections suffered during this pregnancy 21%, ultrasound from the history of the most significant were the delayed development of the fetus, impaired fetal-placental blood flow, polyhydramnios, thickening of the placenta. Analysis of the health status of newborns with a pathological course of the neonatal period showed that the leading pathological syndromes were perinatal CNS damage. Neurological examination revealed increased neuro-flex excitability (38,2%), depression of neuro- reflex activity (31%), muscular dystonia (27,3%), subarachnoid

and intraventricular hemorrhages (59,9%). Conclusions. Thus newborns from mothers with a burderedurogynecological history and pathological course of pregnancy should be included in the risk group for intrauterine infecton. Cerebral ischemia is a common clinical syndrome in the neonatal period, most often manifested by the syndrome of oppression. It is advisable to make a conclusion about the state of the child in the early neonatal period only after neurosonography, as a screening technique on the first day after the examination of a neonatologist. Neurosonography will allow to assess the degree of involvement of the brain in the infectious progress.

EFFECT OF MELATONIN INJECTIONS ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA OF DEXAMETHASONIC DIABETIC RATS

Yaremii I.M.

Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry

Higher State Educational Establishment of Ukraine

"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine (Herd of Department – Grigor'eva N.F.)

Diabetes mellitus wide spread endocrine disease. Dexamethasonic diabetis one of the most popular model of diabetes mellitus 2 type. Melatonin can be used as a potential treatment for diabetes mellitus as an antioxidant. The aim. To evalute the effect of melatonin injection on the content of ceruloplasmin of blood plasma in dexamethasonic diabetic rats was the aim of present investigation. Materials and metods of recearch. An array of the male 18 month old non-linear white rats was divided into the following subgroups: 1) control (an intact rats); 2) rats suffering from dexamethasonic diabetes for the daily subcutaneous injection of 0.125 mg/kg of dexamethasone; 3) rats suffering from dexamethasonic diabetes for the daily subcutaneous injection of 0.125 mg/kg of dexamethasone with addition oral intake of 0.5 mg/kg of melatonin. Blood was taken from the tail vein at the 14th day from the beginning of the experiment before decapitation to evaluate the basal levels of glucose with the use of OneToucgUltra (LifeScan, USA). Rats were sacrificed at the 14th day from the beginning of the experiment. Determinations of ceruloplasmin of blood plasma was by standard method. Statistical analysis of results was performed using Statistica 10 StatSoft Inc. Given these data, the use of Mann-Whitney test was considered sufficient for valid conclusions. Differences were considered to be statistically significant at $p \leq 0,05$. Results. According to the results obtained in the blood plasma of rats with dexamethasonic diabetes the content of ceruloplasmin increased on 35%, while in group of diabetic rats with addition oral intake of 0.5 mg/kg of melatonin the content of ceruloplasmin increased only on 11% respectively compared with control. Conclusion. According to our investigation the dexamethasonic diabetes was characterised by disturbance in oxidant-antioxidan system. We observed an increase in content of ceruloplasmin in blood plasma of diabetic rats. While an introduction prevented from the gain of ceruloplasmin content in diabetic rats.

EFFECT OF DEPRESSION AND PSYCHOSOCIAL FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Yasinska E.

HigherStateEducational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»,

Department of Social Medicineand Health Care Organization

Depression in patients with coronary heart disease (CHD) occurs in 18-65%. Most researchers argue that the symptoms of depression worsen the quality of life and prognosis in patients with coronary heart disease. The presence of the disorder adversely affects the course of the underlying disease, the frequency of hospitalizations, quality of life. The purpose of the study is: to study the effect of depression and psychosocial factors on the quality of life of patients with coronary heart disease. Materials and methods: for identification of depressive disorders, the Center for Epidemiology Studies Depression scale (CES-D) questionnaire was used. The dynamics of severity and level of depression were studied using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) depression scale in the context of complex therapy. Features of the psychological status of patients with coronary artery disease were investigated using an abbreviated multi-factor personal identity questionnaire (SMOL), developed on the basis of the Minnesota Multidimensional Personal Questionnaire (MMPI), in its adapted version. According to the results of our study, it was established: patients with depression were distinguished by a higher frequency of strokes ($p = 0.036$) and short-acting nitrates ($p = 0.050$), the number of cases of type 2 diabetes (17.9% versus 8.5%, $p = 0.0263$); burden of family history of CVD (58.2% vs. 31.1%, $p = 0.002$). In the presence of depression, the duration of CHD was 3.21 ± 1.67 years, without depression - 5.43 ± 2.11 years ($p = 0.0001$).Smoking was detected in 35.4% of patients, reaching 73.4% in men with depression ($p = 0.0001$). Overweight and obesity were more common in women with depression than in men ($p = 0.028$). The results indicate the effect of depression on the nature of the clinical manifestations of angina pectoris and behavioral factors. The results of the assessment of the prognosis of the risk of developing concomitant hypertension by the Duke index showed that patients with depression and without depression belong to the average risk group - mortality during the year 1.25. The most powerful psychosocial stress factors that have a pronounced ofnegative impact on the psychological state of patients with coronary artery disease. These include: traumatic events of a family and industrial nature: severe illness or death of a loved one (loss of a loved one), divorce, illness of the patient or his relatives, loss of work, disability, lack of social support (single residence, lack of help in the family), low material income. These include: traumatic events of a family and industrial nature: severe illness or death of a loved one (loss of a loved one), divorce, illness of the patient or his relatives, loss of work, disability, lack of social support (single residence, lack of help in the family), low material income.The presence of symptoms of depression was reflected in the overall clinical picture and, an increase in angina attacks, fluctuations in blood pressure, decreased self-esteem, dissatisfaction with their physical condition, a tendency to self-criticism, especially expressed in men. For the IHD patients with depression were characterized by the following manifestations; decrease in mood, pessimism, depression, fixation on traumatic events, vegetative symptoms. To sum it up, the following conclusions can be made: the deterioration of the quality of life of patients with coronary heart disease is determined by the complex influence of high cardiovascular risk factors and psychosocial factors that contribute to the violation of socio-psychological adaptation and the development of mental disadaptation.

Педиатрия

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ УМЕРЕННУЮ ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ

Абдувойитов Б.Б., студент 525- группы лечебного факультета

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. Игамова С.С.

Актуальность. Неонатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) остается важной причиной нарушения развития нервной системы. В то время как новорожденные с тяжелой ГИЭ были в центре нейропротективных исследований с использованием терапии гипотермии, дети с умеренным ГИЭ обычно исключались из-за ощущаемого низкого уровня риска смерти и серьезной инвалидности. Цель. Проспективное исследование детей перенесших умеренную гипоксически- ишемическую энцефалопатию, выявленную в первые 6 часов после рождения. Материалы и методы: Обследовано 34 детей в возрасте 1,5- 2 года перенесших умеренный ГИЭ, выявленный в первые 6 часов после рождения. Исследование основывалось на проведении неврологического осмотра и использовании шкал: проспективное исследование детей с умеренной энцефалопатией- PRIME, также сфокусированное неврологическое обследование (т.е. модифицированный балл Сарната); система классификации Гросс -двигательной функции (GMFCS) была использована для классификации функциональных нарушений двигательной активности: (a) уровень 1 - ходьба, но походка не плавная; (б) уровень 2 - не может ходить, но может сидеть самостоятельно, ползать, может тянуться, чтобы встать и предпринять шаги, держась за мебель; (c) уровень 3 - требует поддержки спины для сидения, может катиться и ползать; (d) уровень 4 - присутствует контроль головы, но для сидения требуется поддержка туловища; и (e) уровень 5 - требует помощи взрослого для шага; психометрическое тестирование проводилось с учетом клинических данных о детях, и включало когнитивные, языковые и моторные оценки Бэйли III (Bayley-III®). Результаты: Из 34 зарегистрированных детей 27 (81%) были оценены в 19 мес и раньше и 23 (68%) проводилось BayleyIII. Из 23 детей 2 (16%) были диагностированы с инвалидностью, в том числе 1 церебральный паралич и 1 с аутизмом. Баллы по шкале Бэйли выше 85 по когнитивным, моторным или языковым показателям были обнаружены у 9 (40%); 7 (32%) только языковые, у 3 (16%) когнитивные и 2 (14%) с моторными нарушениями. У детей с инвалидностью было больше нарушений при осмотре и более длительное пребывание в стационаре. Выводы. По данным исследования детей перенесших умеренную ГИЭ выявленных в первые 6 месяцев обнаружено инвалидность возникла у 6% детей. Данные шкал рекомендовано использовать для раннего обнаружения патологии ЦНС.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдукадирова Н.А. магистр 2 го курса кафедры «Госпитальная педиатрии №2», направление «Педиатрия», РСНПМЦП.

Кафедра «Госпитальная педиатрии №2», (Зав.каф. - д.м.н. профессор Ахмедова Д.И.)

Научный руководитель: д.м.н. Умарназарова З.Е.

Актуальность: Несостоятельность ферментативной функции поджелудочной железы и нарастающий эндотоксикоз детерминируют нарушения биотрансформации и рост потребления клетками естественных нутриентов. Подобные эндотоксикоз-индуцированные нарушения трофологического статуса, в свою очередь, провоцируют тяжелую белково-энергетическую недостаточность (БЭН) игенерализованные ею же дистрофические изменения тканей и органов, что приводит к формированию полиорганной дисфункции, а также повышает уровень летальных исходов у детей раннего возраста. Цель исследования: Изучить функциональное состояние поджелудочной железы в зависимости от тяжести БЭН у детей раннего возраста. Материалы и методы: Нами было обследовано 30 детей с БЭН, получавших лечение в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП. Средний возраст пациентов составил 17,5 + 2,3 месяца. Распределение по полу имело следующий вид: девочки составили - 53,3%, мальчики - 46,6%. Физическое развитие пациентов оценивалось по критериям ВОЗ (2006). Всем детям проводились такие рутинные исследования, как общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования крови, общий анализ кала и ультразвуковое исследование поджелудочной железы. Специфические методы оценки состояния поджелудочной железы включали: определение активности амилазы в крови и эластазы 1 в кале. Результаты: все дети были разделены на 3 группы по нозологии: целиакия - 9 детей (30,0%), муковисцидоз – 11 (36,6%), аллергический энтероколит – 10 детей (33,4%). Маразм(-4СО) был зарегистрирован у 46,7% пациентов (14 детей), практически у каждого третьего ребенка была зафиксирована БЭН тяжелой степени (-3СО) – 36,6% (11 детей), БЭН средней степени(-2СО) наблюдалась у 5 пациентов (16,6%). Наибольшее число пациентов с маразмом и тяжелой степенью БЭН было зарегистрировано в группе с муковисцидозом и целиакией. Из обследованных детей у 66,6% выявлены изменения функции поджелудочной железы. В копрологии у 50,0% пациентов с маразмом и также у каждого второго с БЭН тяжелой степени присутствовала выраженная стеаторея I типа. Умеренная стеаторея II типа наблюдалась у 30% с БЭН средней степени и у четверти пациентов с БЭН тяжелой степени. Стеаторея III типа была зафиксирована у 42,9% детей с БЭН -4СО и у 25,0% детей с БЭН – 3 СО, что свидетельствует о вовлечении в процесс и других органов пищеварения. Креаторея присутствовала у 45,4% детей с БЭН тяжелой степени, амилорея у 100,0% детей независимо от степени истощения. Анализ результатов УЗИ показал, что у детей с БЭН отмечалась гиперэхогенность – признак хронического панкреатита у 16,6%, увеличение поджелудочной железы как показатель реактивного панкреатита - у 40% детей, а увеличение хвоста ПЖ у 6,6%. Показатели амилазы крови не отличались от нормы. Значения фекальной эластазы 1 были снижены в 100% случаев у детей с муковисцидозом при маразме и тяжелой степени БЭН (среднее значение 73,5+8,7 мкг/г), при целиакии активность фекальной эластазы – 1 была умеренно снижена у 22,2% (115,8+2,3 мкг/г) на фоне БЭН -4СО. При аллергическом энтероколите не наблюдалось изменений данного показателя. Выводы: Таким образом, в большинстве случаев выраженная БЭН сопровождалась нарушением функции ПЖЖ. Однако, количественное определение уровня фекальной эластазы-1 является высокочувствительным и специфичным методом, действительно отражающим нарушения функции поджелудочной железы.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Абдукамилова М.М., педиатрия, 6 курс, 624 группа, ГКДБ №1

ТашПМИ, кафедра Госпитальной педиатрии №1, (зав. каф. - д.м.н. Алиева Н.Р.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Турдиева Д.Э.

Актуальность исследования: Одной из актуальных проблем педиатрии является инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) у детей раннего возраста. В то же время именно одновременная оценка основных звеньев иммунитета (Т- и В-системы и неспецифической защиты) в их взаимосвязи в течение этого периода. Цель исследования: на основании исследования основных звеньев иммунитета определить особенности иммунной резистентности детей раннего возраста с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Материалы и методы: Обследованы 36 детей раннего возраста с клиническими проявлениями инфекционно-воспалительных заболеваний на этапе лечения. Контрольную группу составили 20 здоровых детей раннего возраста.Иммунологические исследования включали: определениеиммунофенотипов субпопуляций Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов. Результаты исследования: Анализ содержания Т-лимфоцитов в крови у детей раннего возраста при ИВЗ показал достоверное снижение их относительного числа в фазе разгара и стабилизации 39,7 ±0,91 и 42,2±0,86% соответственно по сравнению с контрольной группой 52,4±1,40% (P<0,05). При анализе содержания СД4 клеток выявлено достоверное снижение их относительного содержания в обеих фазах ИВЗ 23,3±0,48 и 25,4±0,28% против 27,8±0,80% в контроле. При количественном изучении В-лимфоцитов, экспрессирующих маркерный рецептор СД19, обнаружена тенденция к повышению в фазе разгара и достоверное повышение в фазе стабилизации. Выводы: Таким образом, проявления иммунного ответа у детей раннего возраста

при ИВЗ характеризуются, с одной стороны, напряженностью ряда показателей, а с другой, адекватными реакциями, на уровне гуморального звена. Эти показатели указывают на то, что у детей раннего возраста при данной патологии развертывается иммунодефицитное состояние, требующее превентивных иммунокорригирующих мероприятий.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ИХ РОЛЬ В СТРУКТУРЕ ПЕРЕНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ И СМЕРТНОСТИ

Абдуллаева М.О. студентка 301 группы факультета высшее сестринское дело

Кафедра педиатрии лечебного факультета (зав.каф. – к.м.н., доцент Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доцент Кудратова М.П.

Цель исследования. Выявить клинико -неврологические особенности врожденных пороков развития центральной нервной системы у детей, рожденных от матерей с TORCH -инфекцией. Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе второй детской семейной поликлиники и 1-детской городской больницы за период 2017-2018год. В исследование были включены 57 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет. Распределение больных в группы исследования 1 группа исследования дети с АРЦНС, рожденные от матерей с ТОРЧ - инфекцией.2 группа исследованиядети без АРЦНС, 3 группа рожденные от Матерей с TORCh-инфекцией Результаты собственных исследований. При анализе структуры инфекционного фактора по нозологическим формам определилось, что чеще всего (55% случаях) у матерей диагностирован ЦМВ+ВГ, а реже (в 4% случаях) Хламидийная инфекция. При изучении контингента матерей обследованных детей, было обнаружено, что подавляющее большинство из них имели сочетанные формы микстинфекций, выявлено также лидирующее место цитомегаловирусной инфекции среди всех остальных. Факторами риска развития внутриутробного инфицирования в антенатальном периоде в нашем исследовании явилось: отягощенный акушерский анамнез - выкидыши, мертворождения, предыдущие преждевременные роды, смерть предыдущих детей в неонатальном периоде, аборты определились в 1 группе исследования в 40% случаях, во 2 группе исследования в 20% случаях в контрольной группе в 2% случаях. Из анамнеза у матерей - имелись - гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, анемия беременных, обострение хронических инфекционных и соматических заболеваний, ОРВИ во второй половине беременности, в 1 группе исследования определилась в 58% случаях. Экстрогенитальная патология у матери определилась в 1 группе исследования в 20% случаях во 2 группе в 17% случаях в 3 группе исследования в 7% случаях. Анализ веса при рождении у детей показал, что низкий вес при рождении в 55% случаях определился в 1 группе исследования в сравнении с 40% во 2 группе исследования и 10% с контрольной группой исследования. Клинико- генеалогичеекий анализ показал отягощеность по врожденной и наследственной патологии у 5% семей 1 группы исследования, у родителей обнаружены пороки развития, в том числе нервной системы. Инбридинг родителей установлен в 3,5% случаях в 1 группе исследования и в 1,7% случаях во 2 группе исследования, в контрольной группе исследования родственных браков не определилось. Изучение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови у детей 2 группы исследования показало, что уровень IgG составил 804,1(+-) 43,72мг /%, а у детей 1 группы исследования наблюдалось достоверно повышенное содержание IgG- 1107,1 (+-) 44,27мг/% (P<0,01). Изучение уровня IgM показало, что в сыворотке крови здоровых детей он содержится в пределах 11,3 (+-) 0,84мг/%, а детей, рожденных от матерей с TORCH-инфекцией в неонатальном периоде его содержание было повышено в 1,5 раза и составило в среднем - 16,95 (+-) 0,98 мг/%, что доставерно выше показателей контроля (P<0,01). Анализ структурных изменений головного мозга у детей первой группы исследования по данным нейросонографии являлись высокая частота первивентрикулярной лейкомаляции в 1 группе исследования (38%), кист (16%), кальцификатов (22%) и признаков незрелости мозга (24%). Выводы. У детей рожденных от матерей с TORCH-инфекцией, на фоне тяжелого антенатального периода и высокого титра IgG и у IgM уже в течение первого года жизни формируется грубые поражения мозга, что осложняет ближайшие и отдаленные прогнозы. Преобладание более тяжелых клинических проявлений и полиорганрых повреждений у новорожденных с сочетанными формами ВУИ сопровождалось более выраженными полиморфными изменениями, выявленными при нейросонографии.

ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Абдурашидов А.А. - студент 2- го курса педиатрического факультета АндГосМи

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.каф.-к.м.н., доц. Ганиева М.Ш.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Ганиев А.Г.

Цель и задачи исследования: Внедрение в ДОУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище. Результаты исследование: Эффективным путем коррекции питания детей является применение растительных добавок к пище. Биологически активные вещества растений близки природе человеческого организма. Они содержатся в биотических формах, которые более доступны для усвоения, чем синтетические препараты. Каждый компонент комплекса биологически активных веществ, содержащегося в растениях, максимально усваивается организмом, независимо от присутствия других соединений. Растения обладают универсальностью и разно плановостью воздействия, одновременно оказывая противовоспалительный, иммуностимулирующий, общетонизирующий и др. эффекты. Более мягкий, чем у лекарств характер действия, безвредность для организма являются дополнительными преимуществами препаратов растительного происхождения. Производство растительных добавок к пище «Биофит» осуществляется из натурального сырья – ягод, фруктов, овощей, зерновых культур, выращиваемых на территории Ферганский долине. Запатентованные технологии вакуумной сушки и низкотемпературного измельчения дают возможность сохранить наибольшее количество биологически активных веществ, увеличить их концентрации в десятки раз, повысить уровень усвоения организмом, значительно усилить лечебно-профилактические свойства, присущие исходному продукту. Так, концентрация витамина С возрастает в 2-6 раз, каротина – в 3-10 раз, тиамина – в 6-11 раз, токоферолов в 8-10 раз, растворимого пектина - 3-5 раз в пересчете на сухое вещество в зависимости от вида сырья. Высокое содержание пищевых волокон, большая активная поверхность крио порошков за счет мелкодисперсности придает им свойства энтеросорбентов. Доказана биосорбционная активность крио порошков в отношении токсичных металлов – свинца и кадмия. На начальном этапе с целью детоксикации назначались криопорошки, оказывающие преимущественно сорбционный эффект (Фруктовой кампот, коктейль «Овсяный с яблоком»). В дальнейшем применяли криопорошки, целенаправленно воздействующие на системы и органы организма. В январе, когда у многих детей после праздничной пищевой перегрузки отмечались обострения аллергических заболеваний, вновь применялись крио порошки-сорбенты. Весной акцент делался на поливитаминные растительные добавки к пище, «Коктейль ягодный», состоящий из крио порошков овса, шиповника, малины, черники, черной смородины, клюквы, крыжовника, вишни). Положительная динамика у дошкольников с неврологическими отклонениями (задержкой развития речи, моторики, с нарушением концентрации внимания) выявлена в 80% случаев (в контроле 45%). Вывод: Таким образом, внедрение в ДОУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище «Биофит» как дополнение к проведению комплекса медико-профилактических и валеологических мероприятий способствовало нормализации процессов развития, повышению неспецифической резистентности организма, качества здоровья. Растительные добавки к пище «Биофит» могут быть рекомендованы как общеоздоровительные средства в дошкольных образовательных учреждениях для детей с трех летнего возраста.

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Абдурашидов А.А. - студент 2-го курса педиатрического факультета АндГосМИ

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.каф.-к.м.н., доц. Ганиева М.Ш.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Ганиев А.Г.

Цель нашего исследования: Выявление непосредственно потребностей членов семей с детьми с умственной отсталостью. Материалы и методы исследования: Для изучения потребностей родителей детей с умственной отсталостью в городе Андижане, было проведено исследование в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида, г. Андижана. В школе обучаются 120 детей, от 6,5 до 18 лет. Из 120 детей обучающихся в школе полные семьи у 88 детей, семьи с одним родителем у 26, проживают с опекунами 6 детей. В работе с родителями использовались:

анкетирование, вопросы были составлены в соответствии с целью данного исследования, а также индивидуальная консультация. Результаты: Обследовано 30 матерей, возраст детей варьировался от 9 до 14 лет. У всех детей диагностирована умственная отсталость легкой и средней степени, в соответствии с МКБ 10. Установлено, что 70% родительниц заинтересованы в решении вопроса отношения других людей к их ребенку и семье в целом, 50% обеспокоены психоэмоциональным состоянием самого ребенка. На долю 40% пришлась заинтересованность взаимоотношениями между детьми внутри семьи и с другими детьми. Лишь по 20% пришлось на заинтересованность в решении вопроса о психологическом состоянии других членов семьи (взрослых), и соответственно лишь 20% матерей готовы обратить внимание на свое психическое состояние, при этом 10% из них не готовы обсуждать свои проблемы в группе, а только на индивидуальной консультации. Так же интересным оказалось, что лишь 10% опрошенных пожелали внести в ряд предложенных вопросов проблему отношения детей к родителям. Вывод: изменение (улучшение) качества жизни семей с детьми с умственной отсталостью, должно рассматриваться как вопрос, требующий разностороннего подхода.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абдурашидова Х.Б., студентка 310 группы педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра фармакологии и нормальной физиологии (зав. каф.- д.м.н. Аминов С.Дж.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Зияева Ш.Т.

Цель работы:Изучить результативность применения нового поколения противоаллергических средств в педиатрической практике. Материал и методы исследования: было изучено распространенность аллергических заболеваний среди детей от 3 до 16 лет (11,8±1,4 лет) в городской семейной поликлинике №4 города Ташкента. В общей сложности были обследованы 72 детей с различными проявлениями аллергического заболевания. Врачи непосредственно проводившие терапевтические мероприятия в лабораторной диагностике преимущественно определяли уровень общих IgE- и IgG4 - антител в сыворотке крови к отдельным аллергенам или группам аллергенов природного или искусственного происхождения. Совместно с ними было проведено исследование по изучению эффективности применения антигистаминных препаратов ливоцетиризиного ряда «Гленцет» и «Зодак» в педиатрической практике. При необходимости для детального исследования и проведения целенаправленного и комплексного лечения детей отправляли в специализированное лечебное учреждение.Результаты. В ходе наблюдения установлено, что острая аллергическая реакция, сопровождаемая затрудненным дыханием и даже обмороком и шоком, может стать серьезной угрозой для жизни ребёнка. Большинство аллергических реакций проявлялись такими симптомами, как: крапивница или другие виды кожной сыпи, диарея, рвота, выделения из носа и затрудненное дыхание. Непереносимость определенных пищевых продуктов - менее серьезная, но тоже довольно актуальная проблема в Узбекистане. Как показали наши исследования, в общей сложности у 24 детей были обнаружены пищевая аллергия различного происхождения. Среди которых аллергией на арахис страдали -3 (12,5%), на яичный белок - 4 (16,7%), на коровье молоко - 9 (37,5%) и на злаки- 8 (33,3%) детей. При этом 22 детей были обнаружены бытовые аллергены, такого происхождения как плесень - 8 (36%), микроскопические клещи - 4 (18%), шерсть животных - 10 (45%). Самые распространенными аллергенами были «уличные» и «природные» аллергены, которые были обнаружены у 26 (36,1%) детей. К ним относились аллергены от растительной пыли (полинозы) - 10(38,4%), различных насекомых - 8 (30,8%) и от шерсти животных - 8 (30,8%). В комплекс оздоровительно-лечебных мероприятий работы с данными детьми входили: противоаллергическая терапия, симптоматическое лечение и общеукрепляющая терапия. Одновременно проводили разъяснительную работу среди родителей и опекунов обследуемых детей. Противоаллергическая терапия проводилось на основании стандартных рекомендаций по лечению данной патологии, в зависимости от клинической формы заболевания. В лечебном процессе врачами ВОП применялись препараты ливоцетиризина, в частности «Гленцет» и «Зодак». При этом «Гленцет» было рекомендовано 40 (55,6%) больным, «Гленцет» - 32 (44,4%). При сравнении данных препаратов было отмечено, что эффективность проводимого лечения с использованием «Зодак» в среднем составило – 84,3%, а при применении «Гленцет» - 92,6%, из данной группы у 2 (7,4%) детей дошкольников было отмечено не эффективность лечебных мероприятий, что было обусловлено с несоблюдением рекомендаций врача. Эффективность лечения оценивался клиническими проявлениями заболеваниями и итогами лабораторного исследования.Вывод. Таким образом, самыми распространенными аллергическими заболеваниями среди детей является пищевая (33,3%) и «природные» аллергены (36,1%) от всех видов аллергических состояний, и применение лечебной практике современного препарата ливоцетиризиного ряда (Гленцет), наиболее эффективен по отношению к другим препаратам данной группы.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТОКСИКОМАНИЕЙ

Азимов А.А., студент 1 курса 108 группы педиатрического факультета АГМИ

кафедра нормальной и патологической физиологии (зав. каф. –Худаярова А.Г.)

Научный руководитель: ст. преп. Мадумарова М.М.

Цель: выявление среднего возраста начала злоупотребления токсическими веществами, особенности клинической картины токсиманического опьянения у детей и подростков, изучение влияния токсикомании на формирование личности у детей и подростков. Материалы и методы. Изучены результаты анкетирования 15 обследуемых здоровых подростков в возрасте 9-15 лет. Для оценки особенности клинической картины и условий жизни у детей и подростков использовали анонимный опросник, который представляет собой шкалу, включающую 37 симптомов. Результаты. Анализ анкетирования выявил средний возраст начала злоупотребления токсическими веществами, который составил 12,4 года. Исследования выявили более частые уходы от реальности при помощи токсикомании у подростков из неблагополучных семей, растущих в условиях эмоциональной депривации. Большинство детей и подростков 12 чел. (80%), обнаруживает полную анозогнозию, связанную с возрастными особенностями отношения к своему здоровью и личностной измененностью. Из общего числа обследуемых 82% составили мальчики. Выводы. У большинства людей создаётся ошибочное мнение о транзиторном течении токсикоманий и об отсутствии неисправимых последствий в структуре личности детей и подростков. И при лечении данных пациентов часто не учитывается то, что токсикомания это вариант адциктивного поведения (ухода от реальности), что приводит к невозможности полного излечения детей и подростков. В будущем это приводит к изменениям личностных черт, в виде чёрствости, жестокости, неправильному восприятию действительности, и часто к переходу к более тяжёлым вариантам злоупотребления - наркоманиям.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БРОНХОСКОПИЙ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКИ ТАШПМИ

Акромова Н.А. магистр 2-го курса кафедры «Госпитальная педиатрия №2», ТашПМИ.

Кафедра «Госпитальная педиатрия №2» (зав. кафедры д.м.н. проф. Ахмедова Д.И.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент, Юнусова Р.Т.

Целью исследования явилось изучение структуры поражений бронхолегочной системы у детей из различных регионов Узбекистана, прошедших лечебно-диагностическую бронхоскопию в отделение пульмонологии клиники ТашПМИ. Объектом исследования послужили 55 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет за 6 - месячный период 2017 года, перенесших лечебно-диагностическую бронхоскопию в отделение пульмонологии клиники третьего уровня. Согласно возрастной классификации ВОЗ дети были подразделены на 6 возрастных групп. Самыми многочисленными явились группы детей от 1 мес до 1 года и от 1 года до 3 лет, тогда как с наименьшими приблизительно равным количеством были группы детей от 7-12 лет, 13-15 лет и 16-18 лет. Почти 50% (24) составили дети грудного возраста и абсолютное их количество имели сочетанную патологию, что в основном выражалось в сочетание гнойного эндобронхита (ГЭ) (24 случая) с аспирационными пневмониями (20 случаев) и др. В возрастных группах от 7 до 18 лет наблюдали также только сочетанную патологию, где ГЭ сопровождал бронхоэктатическую болезнь (БЭБ) (11 случаев) у 100% больных. Впервые БЭБ выявляется с 4-летнего возраста (21% от всех случаев БЭБ). Из всех проанализированных случаев БЭБ лишь в одном случае - синдроме Картегенера, где изменения структуры бронхов были тотально распространенными, то в подавляющем большинстве случаев: 13 из 14 случаев деформированные бронхи локализовывались в средней доле правого легкого. Форма деформаций бронхов во всех случаях наблюдалась цилиндрическая, в двух случаях отмечался поликистоз легких, сочетавшийся с БЭБ. ГЭ как единственный бронхоскопический диагноз встречался в 5 случаях (9%) в возрастной категории

от 1 года до 6 лет. Фиброателектазы поражали детей в возрасте от 1 года до 12 лет (10 случаев, 18%) и локализация их в 80% случаев была в средней доле правого легкого, либо в левом - в язычковой доле (аналоге средней доли), нижней доле (10 сегмент); в правом легком ателектазу подвергались 4 и 5 сегменты. Фиброзно - гнойные бронхиты отмечены у 8 детей (5%) от 1 мес до 12 лет, причем в 3 - х случаях - как единственный бронхоскопический диагноз, а в 5 случаях - сочеталось с ГЭ. Также в единственном случае были обнаружены бактериальная деструкция правого легкого, синдром Картегенера, пневмосклероз, врожденная аномалия развития легкого. Выявлены были по паре случаев гипоплазии одного легкого в раннем возрасте, а также сужения гортани (стридор) у детей грудного возраста. Таким образом, все случаи поражений легких, связанных с врожденной патологией бронхоскопически диагностировались в основном до 1 года, единичные до 3 лет. Итак, часто встречающейся патологией легких до 1 года (50% от всех обследованных) составили аспирационные пневмонии в сочетании с ГЭ. С 1 года до 12 лет преобладали сочетание ГЭ с фиброателектазами и БЭБ, а с 13 лет до 18 ГЭ сочетались только с БЭБ, что совпадает с данными других авторов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА УДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Алимов Б.М.; Мирзаева Ш.А.студенты 507 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра педиатрии лечебного факультета (зав.каф. – к.м.н., доцент Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кудратова М.П.

Под нашим наблюдением находились дети с ОРВИ, бронхитами и пневмонии у которых заболевание протекало с бронхообструктивным синдромом. Материалом для исследования послужили дети находящиеся на лечении в детской городской больнице №1. Всего за 2018 год поступило 992 больных с ОРВИ, до 1 года307 детей, до 2-х лет 351 детей, до 5 лет 309 детей, до 14 лет 123. С певмонией поступило 995 детей из них до 1 года 348 детей, до 2-х лет 293 детей, до 5 лет 267 детей, до 14 лет 86 детей. С острым бронхитом 50 детей, из них до 1 года 7 детей, до 2 лет 9 детей, до 5 лет 19 детей, до 14 лет 14 детей. С катаральной ангиной поступило 77 детей из них до 1 года 24, до 2 лет 19 детей, до 5 лет 33, до 14 лет 21 детей. Все дети поступали в острый период заболевания. Были изучены современные методы лечения бронхообструктивного синдрома с использованием небулайзерной терапии у детей. Для снятия обструктивного синдрома использовался ингалятор (небулайзер) компрессорный CNO2 MV "ulaezerhome", который состоит из небулайзерной камеры загубника, воздушной трубки, маски, воздушного фильтра. Результаты: Наблюдаемые больные дети поступали в основном на 2-3 день от начала заболевания. Все дети, поступившие в стационар получали ингалационно препараты небутамол и небуфлюзон в возрастных дозировках через небулайзер "Юлайзер-про", продолжительность ингаляции составляла от 3 до 5 минут. Доза препарата составила до 1 года – 1 мл, после 1 года – 2 мл ингаляционно. Больные получали ингалации 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести состояния. Основная масса больных поступала с тяжелым состоянием, с выраженной одышкой и дыхательной недостаточностью 1 и 2 степени. При поступлении в стационар у всех детей наблюдались температура, кашель, экспираторная одышка, слабость, потливость, снижение аппетита. Начиная со 2-3 суток отмечалось улучшение общего состояния, положительное изменение реологических свойств мокроты, переход кашля в продуктивный, уменьшение выраженности признаков обструктивного синдрома, уменьшались хрипы. Небулайзерная терапия проста и доступна в использовании, она не даёт побочных эффектов и проста в употреблении как в стационаре, так и в поликлинике и позволит предупредить развитие тяжелых осложнений. Раннее начало терапии, обучение родителей применению небулайзера предотвращает во многих случаях развитие тяжелой бронхиальной обструкции, уменьшает стрессовое воздействие заболевания на ребенка и родителей.Выводы: В результате проведенных исследований была получена положительная динамика клинических данных при использовании небулайзерной терапии с применением препаратов небутамола и небуфлюзонаингалационно. У больных наступало улучшение общего состояния, уменьшалась одышка, быстро снимался обстуктивный синдром, что уменьшало пребывание койки дней в стационаре и снижало потребность в парентеральном введении препаратов и избегало побочных действий препаратов крови.

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОГО РОСТКА КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Алимова О.Б. резидент магистратуры 3 года обучения СамМИ

Курс неонатологии (зав. курсом: доцент Лим В.И.)

Научный руководитель: доцент Лим В.И.

Цель исследования: выявить особенности клинической картины и лабораторных показателей при различных формах гемолитической болезни новорожденных.Материал и методы: обследованы 48 новорожденных, при этом основную группу составили 28 новорожденных с гемолитической болезнью: из них 16 новорожденных с резус-конфликтной и 14 новорожденных – с несовместимостью по антигенам системы АВО, и 20 новорожденных отделения новорожденных без гемолитической болезни новорожденных. Результаты исследования. При оценке формы и степени тяжести гемолитической болезни у наблюдавшихся детей выявлено, что 43,7% детей в 1 группе и 28,5% детей во 2 группе имели тяжелое течение желтушной формы заболевания, в таком же процентом соотношении встречалось тяжелое течение анемической формы. Средняя тяжесть заболевания была диагностирована у 31,2% новорожденных 1 группы и 35,7% новорожденных 2 группы, легкое течение было выявлено, соответственно у 18,7% и 37,5% новорожденных 1 и 2 группы. Исходные гематологические показатели у новорожденных, свидетельствовали о том, что эти дети рождались с анемией и высокими «стартовыми» показателями уровня билирубина, достоверно различающимися с нормативными показателями. Так у детей 1 группы гемоглобин крови при средне-тяжелой форме в среднем составил 157,34±14,78 г/л, при тяжелой -143,2±5,8 г/л, на 3-и сутки 120,0±11,4 и 107,0±3,4 г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме -3,9±0,12*10^{12} при тяжелой форме -3,1±0,35*10^{12} и на 3 сутки – 2,9±0,1510^{12} и 2,7±0,16*10^{12} соответственно. У детей группе с несовместимостью по антигенам системы АВО состояние красного роста крови было несколько лучше. Так гемоглобин крови при средне-тяжелой форме во 2 группе в среднем был на уровне 161,12±11,66 г/л, при тяжелой -148,5±8,4 г/л, на 3-и сутки 132,4±10,2 и 119,6±6,8 г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме -4,9±0,15*10^{12} при тяжелой форме -4,2±0,47*10^{12} и на 3 сутки – 4,0±0,52*10^{12} и 3,4±0,29*10^{12} соответственно. При этом ретикулоцитоз (более 40%) был выявлен при среднетяжелой и тяжелой форме гемолитической болезни новорожденных как при резус-несовместимости, так и при несовместимости по антигенам системы АВО. Выводы: дети с гемолитической болезнью плода по резус-фактору рождаются в более тяжелом состоянии, тяжесть состояния новорожденного находятся в прямой зависимости от стартовых внутриутробных показателей «красной крови» (эритроциты, гемоглобин).

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОЛА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф., Рузикулов Б. резиденты магистратуры 1 курса.,

Азизов Ш, студент 616 группы, Икромова П. Х. студентка 401 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра Педиатрии №1. СамМИ.м.н., профессор Шавази Н.М.

Научный руководитель– д.м.н., профессор Шавази Н.М.

Целью работы явилось изучение клинической картины и микробиоценоза кишечника больных с пневмонией, сопровождающейся микробным дисбалансом и оценка эффективности эубиотика ЭНТЕРОЛА при этой патологии. Материал и методы. Изучены кишечная микрофлора и истории болезни 36 больных с пневмонией, осложненной микробным дисбалансом, в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, поступивших во 2-ое отделение экстренной педиатрии СФРНЦЭМП. Микробиологическое изучение испражнений больных проводилось по методике Р.В. Эпштейн-Литвак и Ф.Л. Вильшанской (1977) в модификации М.А. Ахтамова с соавт. (1981). Результаты исследований. Анализ показал, что больные поступали в стационар с жалобами со слов матери в основном на одышку, кашель, повышение температуры тела, беспокойство (80,5%), частый, жидкий непереваренный желто-зеленого цвета стул и вздутие живота (69,4%) и рвоту (52,7%). Нарушенный микробный пейзаж кишечника при пневмониях создает условия для снижения жизнедеятельности нормофлоры и роста условно-патогенных микроорганизмов, что способствует усилению перистальтики, образованию токсических продуктов, развитию токсикоза. Изучение микробиоценоза кишечника больных при поступлении в стационар показало наличие дефицита бифидофлоры

у всех детей. Бифидобактерии были высеяны у 23 больных в количестве $3*10^7$ степени, у 12 детей - в $5*10^6$ разведении и лишь у одного ребенка – обнаружены в $2*10^8$ разведении. Для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения кишечного дисбаланса в комплексное лечение больных пневмонией, осложненной микробным дисбалансом, помимо традиционной терапии, был назначен Энтерол. Основанием для назначения Энтерола явилось то, что он восстанавливает физиологичесое равновесие кишечной микрофлоры, а содержащиеся в нем лакто- и бифидобактерии никогда не приобретают патогенных свойств. Препарат не всасывается в желудочно-кишечном тракте, не воздействует на абсорбцию пищевых ингредиентов, нетоксичен и не влияет на секрецию желудочного сока и улучшает качественный и количественный состав кишечной микрофлоры, удобен при хранении и применении у детей.В комплексное лечение 25 детей с пневмонией (1 группа) был назначен Энтерол в дозе - по 1 саше (250 мг) 2 раза в день, а оставшиеся 11 больных (2 группа) получали линекс. В результате лечения у детей 1-ой группы уже на вторые сутки исчезал метеоризм, а к концу 2-3-х суток – уменьшились диспепсические расстройства, и улучшилось общее состояние у 86,1% больных. Количество бифидобактерий возросло у всех больных на 1-2 порядка. Бифидофлора у 9 детей первой группы определялась в 10^8 разведении, у 14 больных – в 10^7, а у больных 2-ой группы в 10^7 (у трех детей) и в 8 случаях в 10^8 разведениях, тогда как в этой группе при поступлении бифидобактерии во всех случаях обнаружены лишь в 10^7 разведении. К концу шестых суток у первой группы больных нормализовался стул. Во 2-ой группе на 2,5 сутки дольше сохранялись вздутие живота, симптомы диспепсии, расстройство стула и дефицит бифидофлоры. Выводы. Результаты исследований показали, что включение Энтерола в комплексной терапии больных детей при пневмониях, сопровождающихся кишечным дисбалансом, способствует быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта, что приводит к ускоренной ликвидации сипмтомокомплексов заболевания и сокращению продолжительности лечения больных в стационаре, являющейся одной из важных задач экстренной педиатрии. Это дает возможность рекомендовать применение Энтерола в комплексную терапию при пневмониях у детей раннего возраста.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БЛОКА РНЦЭМПСФ

Алланазаров А.Б., Данияров Н., Тамбриазов М.Ф., резиденты магистратуры СамМИ,

Изаева Н., студентка 612 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра педиатрии 1 (зав. кафедрой Н.М. Шавази)

Научные руководители: проф. Рустамов М.Р., ст. преп. Атаева М.С.

Прогрессирующий рост медикаментозных отравлений у детей во всем мире диктует необходимость изучения различных аспектов этой патологии в современной педиатрии. Цель исследования: Изучение частоты лекарственных отравлений у детей. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 132 истории болезней детей, поступивших в 1 и 2 отделения экстренной педиатрии и в отделение детской реанимации РНЦЭМПСФ в течении 2017 г. с острыми отравлениями. При анализе истории болезней было акцентрировано внимание на возраст детей, тщательный сбор анамнеза; в какие сутки начала заболевания больные поступают в стационар, оценка состояния детей, и на сезон года. Всем поступившим больным были сделаны общий анализ крови, мочи и кала. Результаты: Проведенный ретроспективный анализ 132 истории болезней с острыми отравлениями показал, что 98 (74%) составляли дети с лекарственными отравлениями. Возраст детей составлял 1-12 лет. Прослеживался четкая зависимость частоты лекарственных отравлений в зависимости от возраста больных. Наиболее часто они встречались у детей в возрасте 1-3 года (38,7%) против 3-12 лет (27,6%). При анализе общего состояния, клинического течения заболевания установлено, что дети в основном поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (86,2%) остальные в состоянии средней тяжести. Более 92% больных поступали в стационар в первые 3-е суток от начала заболевания. 47% больных поступали в холодное время года. Выводы. Таким образом, частота встречаемости медикаментозных отравлений по материалам педиатрического блока РНЦЭМПСФ, составляет 74% из числа острых отравлений у детей, в основном поступают дети в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и больше всего больные поступают в холодное время года.

ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Алмазбек углу Н., Сапарбеков А.А., студенты 6 курса КРСУ "Педиатрия" 15-13, 5 курса КГМА "Педиатрия" гр.14

Кафедра детской хирургии КРСУ (зав.каф. − к.м.н. Мыкыев К.М.)

Научный руководитель к.м.н., проф. РАЕ Мыкыев К.М.

Цель исследования: повысить качество ранней диагностики и исхода лечения, для снижения инвалидизации детей с эпифизарным остеомиелитом (ЭО). Материалы и методы: изучены данные 130 новорождённых с ЭО пролеченных в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП г. Бишкек за 2012 – 2018 г.г. Изучены общеклинические, иммунологические анализы, бак.посевы, рентгенография и УЗИ.Результаты: больные с ЭО среди гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных составляли 15,8%, а в соотношении с острым гематогенным остеомиелитом 20,5%. Мальчики – 75 (57,7%), девочки − 55 (42,3%).Городские жители − 85 (65,4%), сельской местности 45 (34,6%). Отмечено местно-очаговая форма ЭО − у 83 (63,8%), септико-пиемическая − у 47 (36,5%) больных. По локализации очага: бедренная кость у 68 (52,3%), плечевая – у 45 (34,6%), большеберцовая − у 12 (9,2%), кости предплечья – у 5 (3,8%) больных. Недоношенные дети 87 (66,9%), доношенные 43 (33,0%). По срокам поступления в хирургический стационар в возрасте: до 10 дневного возраста 39 (30,0%) больных, 10-20 дней – 65 (50,0%), старше 20 дней 26 (20,0%) детей, что свидетельствует о возможности внутриутробного инфицирования. При исследовании крови у 75% больных ЭО обнаружено ВУИ, из − них у 37,0% смешанные 2-х и более инфекций с высокими титрами. Инфицированность матерей составляла 60,0%. Основными жалобами при поступлении с ЭО были: ограничение активного и пассивного движения пораженной конечности, повышения температуры тела у всех детей, пастозность и отёк в области пораженного сустава – у 52 (40%), гиперемия, флюктуация и болезненность в области сустава или конечности у 78 (60%), наличие в анамнезе гнойного омфалита у − 25 (19,2%) новорожденных. При диагностике применяли рентгенографию у всех детей, при раннем поступлении параллельно обе конечности, так как одним из косвенных признаков ЭО является расширение суставной щели, а костные изменения наступает более поздно. При УЗИ выявляются наличие жидкости в полости сустава, а в более поздних поступлениях с ЭО жидкостное содержимое часто неоднородное, наличием плавающих «нитей» т.е. фибринозных наложений. При лечении ЭО предпочтение отдаем монотерапии антибиотиками из группы карбапенемов в течение 10-14 дней. Если ранее лечились в других стационарах, то в/в метрид, в/м аминогликозиды, цефалоспорины 3−4 поколения. Параллельно назначаются препараты для лечения ВУИ, иммуномодуляторы. Местно щадящие методы хирургического лечения, физиопроцедура. При наличии ВУИ проводится длительное лечение с курсами и повторное назначение анализа крови и реабилитационные мероприятия.Выводы: Остается большой удельный вес ЭО у новорождённых20,5%, при отсутствии тенденции роста ОГО. Инфицированность матерей у 60,0%. и частота поступления новорожденных до 20 дневного возраста у 80% с ЭО свидетельствует о возможности внутриутробного инфицирования.При назначении антибиотика предпочтение отдаём монотерапии из группы карбапенемов при первичном поступлении.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Аманбаева Ф, Эшпулатова Ч. студентки 301 группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.курсом доцент, д.м.н. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Ибатова Ш.М.

Рациональное вскармливание ребенка первого года жизни способствует гармоничному его развитию и оптимальному уровню здоровья в последующие годы. Питательные вещества, попадающие в детский организм, должны полностью удовлетворять потребностям растущего и развивающегося организма являясь фундаментом крепкого здоровья ребенка. Дефекты вскармливания у детей грудного возраста могут способствовать в

дальнейшем формированию ожирения, сахарного диабета, аллергических, сердечно - сосудистых и других заболеваний. Крепкий иммунитет, способный противостоять различным инфекционным и другим заболеваниям является следствием правильного рационального питания.Цель исследования. Изучить характер вскармливания, сроки и последовательность введения прикормов у детей грудного возраста по данным анкетного метода в условиях семейной поликлиники №2 г. Самарканда. Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование родителей детей грудного возраста в количестве 89 человек. Из них мальчиков было 40 (45%), девочек - 49 (55%). Результаты исследования и их обсуждение. По данным анкетирования было установлено, что большая часть обследованных детей находилась на грудном вскармливании - 47 (52,8%), количество детей на искусственном вскармливании составило - 24 (27%), на смешанном вскармливании - 18 (20,2%). Большинству детей прикорм в рацион был введен в 4 месяца. Детям грудного возраста часто в качестве прикорма назначался фруктовый сок (49,7%), в то время как рекомендуется введение овощного пюре или каши в качестве прикорма. В некоторых случаях прикорм назначался в более ранние сроки - до 4 месяцев (28,3%) и в более поздние сроки после 9 месяцев (39,7%). После 6 месяцев в рацион питания в 26,8% случаев вводилась манная каша, в 37,3% - овощное пюре. У 49,5% детей грудного возраста отмечалось позднее введение (после 9 месяцев) мясного пюре, у 28,7% позднее введение яичного желтка (после 10 месяцев), а у 49,6% детей часто использовалось цельное коровье молоко т.е. было выявлено нарушение сроков введения отдельных видов прикорма и их последовательности. Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что большая часть обследованных детей находилась на грудном вскармливании. У детей грудного возраста отмечено нарушение последовательности и сроков введения прикормов. В рационе питания детей грудного возраста часто использовалось цельное коровье молоко. Своевременная коррекции рациона питания способствует сохранению и укреплению здоровья детей грудного возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬБЕНДОЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Аметов Э., Каримова Д., Кулдошев С.

Кафедра педиатрии № 1 (зав. кафедрой-д.м.н.,профессор Шавази Н.М.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Хамраев Х.Т.

Лямблиоз распространен повсеместно, причем зараженность детей лямблиями, особенно в раннем и школьном возрасте, в несколько раз превышает соответствующие показатели у взрослых. Лямблиозом болеет по данным литературы 0.1% взрослого населения и 0.3% детей. Цель: проанализировать и оценить эффективность применения альбендозола при лечении лямблиоза у детей в возрасте от 2 до 15 лет. Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в детском отделении .Препарат принимали 40 детей в возрасте от 2 до 15 лет. Курс лечения Альбендозолом составлял 1 раз в сутки в течении 7 дней. Разовая доза составила 5-6 мг/кг. У всех детей при поступлении отмечались такие симтомы как: зуд в промежности, слюнотечение,скребение зубов ,снижение аппетита, тошнота по утрам. Результаты: по резельтатам нашего исследования после применения 7 дневной дозы Альбендозола повысился аппетит и прошла тошнота по утрам у 32(80%) детей, у 5 детей (12,5%) зуд в промежностной области и скребение зубами исчезли и у 3 (7,5%) эффект в лечении был отрицательный. Всем больным после лечения был назначен курс пробиотиков «BIOBALANSMEGA» сроком на 5 дней. Вывод: Таким образом эффективность Альбендозола при лечении лямблиоза у детей составила 80%. После применения препарата побочных эффектов не отмечалось и он хорошо переносился пациентами .

РОЛЬ ПРЕМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Аметов Э., Аметова К., Хусаинова Ш.

Кафедра педиатрии № 1 (зав. кафедрой-д.м.н., профессор Шавази Н.М.)

Научный руководитель:д.м.н., профессор Рустамов М.Р.

Бронхит рецидивирующий- заболевание характеризующееся повторными эпизодами бронхитов более 3 раз в месяц. Чаще возникают у детей, имеющих воспаление носоглотки, придаточных пазух носа и небных миндалин, а так же имеющих повышенный преморбидный фон при атопическом диатезе и у детей с избыточной массой тела. Цель: изучить клинико-анамнестические показатели для определения возможности их комплексного использования в прогнозировании предрасположенности к развитию рецидивирующих бронхитов у детей.Материалы и методы исследования. Клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные исследования проведены 58 детям в возрасте от 1 месяца до 3 лет, с рецидивирующими бронхитами, находившихся на лечении в детском отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП .Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет ,в анамнезе которых наблюдались острые респираторные заболевания не более 3-х раз в месяц. Исследование включало в себя: сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение уровня иммуноглобулина Е), инструментальные методы диагностики (рентгенография органов грудной клетки, спирография, бронхоскопия по показаниям). Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Ms. Excel.Результаты. Основную группу составили 58 детей. В ходе наблюдения и проведения обследования основная группа детей была разделена на 2 подгруппы в зависимости от установленного диагноза: I подгруппа детей с диагнозом рецидивирующий бронхит, II подгруппа – дети с выявленными аномалиями развития трахеобронхиального дерева (ТБД). В I подгруппу с рецидивирующим бронхитом 44 ребенка (75,8%) были включены дети с повторными эпизодами бронхитов более 2-3-х раз в месяц на фоне респираторных вирусных инфекций, сопровождающиеся субфебрильной температурой, кашлем, диффузными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких. Подгруппу II составили 14 детей (24,2%) с выявленными при бронхоскопии (БС) аномалиями развития трахеобронхиального дерева (аномалии ветвления бронхов, аплазия бронха, дисплазия бронхов, дивертикул трахеи или бронха, рубцовые деформации трахеи, аномалия развития хрящей трахеи, гипоплазия левого легкого).Проведена оценка клинико-анамнестических показателей для определения возможности их использования в прогнозировании предрасположенности к развитию болезней респираторной системы и характера течения заболевания. Нами предварительно были оценены клинико-анамнестические особенности развития бронхолегочной патологии у детей. Заболевания органов дыхания относят к мультифакториальным заболеваниям, в патогенезе которых задействованы как внутренние (генетическая предрасположенность), так и внешние факторы предрасположенности (частые респираторные инфекции, снижение иммунореактивности, атопический диатез и избыточная масса тела.) Выводы. Практически важной стороной применения данного методического подхода является возможность осуществления динамического наблюдения за состоянием здоровья детей по относительно небольшому числу прогностически значимых клинико-анамнестических признаков риска. Мы полагаем, что разработанный диагностический алгоритм будет способствовать раннему выявлению групп высокого риска и проведению профилактических мероприятий, что позволит предотвратить развитие серьезных осложнений в более старшем возрасте.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Амиркулова М.А., студентка 508 - группы II -Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней(зав. каф. проф. Касымов И.А.)

Научный руководитель: ассистент Шарапова Г.М.

Острые диарейные заболевания (ОДЗ) до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. Бесконтрольное и необоснованно длительное применение антибиотиков способствует продолжительной дисфункции кишечника и глубоким дисбиотическим нарушениям. Цель работы. Установить клинико-лабораторную эффективность препарата бактисубтил у детей, перенесших ОДЗ. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, находившиеся на лечении в 4 ГКДБ г. Ташкента. На основании результатов клинической картины болезни и бактериологических исследований фекалий после острой диареи у больных детей диагностирован дисбактериоз кишечника. В

I группу вошли 16 детей, которые получали стандартную терапию, во II группу – 20 пациентов, терапия которых проводилась с использованием бактисубтила. Бактисубтил назначался по 1 саше 2-3 раза в сутки за 1 час до еды, смешивая с небольшим количеством молока или воды в течение 10-14 дней. Результаты исследования. У обследованных больных отмечались неустойчивый стул со слизью (запоры, сменяющиеся поносами) - 100%, боли в животе (89,5%), метеоризм (65,3%). Анализ бактериологических исследований фекалий показал, что у 6 (16%) детей выявлен дисбактериоз кишечника I степени, у 18 (50%) – II степени, у 12 (34%) - III степени. Степень выраженности клинических проявлений нарушения кишечной флоры не всегда коррелировала с ее степенью тяжести. Ассоциация нескольких условно-патогенных микроорганизмов выявлялось у 39% больных. Отмечено, что у детей, которые получали бактисубтил, была более благоприятная динамика клинических симптомов болезни в сравнении с первой группой. Клинический эффект бактисубтила проявлялся достоверным сокращением длительности болей в животе и энтероколитного синдрома по сравнению с больными группы контроля (p<0,05). После проведенного курса лечения у больных I группы к 7-10 дню лечения наблюдалось восстановление состояния микробиоценоза толстой кишки или значительное ее улучшение в сравнении со II группой, в которой данные изменения не наблюдались. В ходе проводимой терапии препарат хорошо переносился, побочных действий не отмечалось. Вывод. Таким образом, применение препарата бактисубтил в целях коррекции дисбактериоза кишечника у детей весьма эффективно, способствует уменьшению сроков выздоровления, нормализации микробного пейзажа при лечении постинфекционного кишечного дисбактериоза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Амиркулова М.А., 508 - группа, II - педиатрического факультетаТашПМИ

Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней (зав. каф. проф. Касымов И.А.)

Научный руководитель: Шарапова Г.М.

Острые диарейные заболевания (ОДЗ) до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. Бесконтрольное и необоснованно длительное применение антибиотиков способствует продолжительной дисфункции кишечника и глубоким дисбиотическим нарушениям. Цель работы. Установить клинико-лабораторную эффективность препарата бактисубтил у детей, перенесших ОДЗ. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, находившиеся на лечении в 4 ГКДБ г. Ташкента. На основании результатов клинической картины болезни и бактериологических исследований фекалий после острой диареи у больных детей диагностирован дисбактериоз кишечника. В I группу вошли 16 детей, которые получали стандартную терапию, во II группу – 20 пациентов, терапия которых проводилась с использованием бактисубтила. Бактисубтил назначался по 1 саше 2-3 раза в сутки за 1 час до еды, смешивая с небольшим количеством молока или воды в течение 10-14 дней. Результаты исследования. У обследованных больных отмечались неустойчивый стул со слизью (запоры, сменяющиеся поносами) - 100%, боли в животе (89,5%), метеоризм (65,3%). Анализ бактериологических исследований фекалий показал, что у 6 (16%) детей выявлен дисбактериоз кишечника I степени, у 18 (50%) – II степени, у 12 (34%) - III степени. Степень выраженности клинических проявлений нарушения кишечной флоры не всегда коррелировала с ее степенью тяжести. Ассоциация нескольких условно-патогенных микроорганизмов выявлялось у 39% больных. Отмечено, что у детей, которые получали бактисубтил, была более благоприятная динамика клинических симптомов болезни в сравнении с первой группой. Клинический эффект бактисубтила проявлялся достоверным сокращением длительности болей в животе и энтероколитного синдрома по сравнению с больными группы контроля (p<0,05). После проведенного курса лечения у больных I группы к 7-10 дню лечения наблюдалось восстановление состояния микробиоценоза толстой кишки или значительное ее улучшение в сравнении со II группой, в которой данные изменения не наблюдались. В ходе проводимой терапии препарат хорошо переносился, побочных действий не отмечалось. Вывод. Таким образом, применение препарата бактисубтил в целях коррекции дисбактериоза кишечника у детей весьма эффективно, способствует уменьшению сроков выздоровления, нормализации микробного пейзажа при лечении постинфекционного кишечного дисбактериоза.

АТОПИЧЕСКИЙ ФОН У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Андреева А.М., студентка 623 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доцент, к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Лекомцева О.И.

Согласно данным ВОЗ к 2025 году до 50% населения планеты будет страдать аллергическими заболеваниями, из них 15-20% составит детская популяция. Цель работы: изучить структуру аллергических заболеваний и факторов их формирования у детей с респираторной патологией. Задачи: изучить возрастно-половую структуру исследуемой группы, оценить медицинские, социально-биологические, жилищно-бытовые аспекты; исследовать структуру аллергических заболеваний и частоту их встречаемости в группе; определить взаимосвязь аллергии с развитием респираторных инфекций. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 136 случаев респираторной патологии, сочетающейся с аллергическими заболеваниями у детей за период 2018 года. Средний возраст исследуемых составил 5,7+1,1 лет. Полученные результаты: в исследуемой группе преобладают мальчики 80 (59%), в возрастной структуре преобладают дети от 1 до 2 лет (35%), в 86% случаев выявлена беременность с осложнениями, в 68% родоразрешение путем операции кесарева сечения. В 57% случаев возраст матери старше 30 лет. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена в 68% случаев, при этом, в 21% случаев аллергия диагностируется у одного из родителей, в 47% случаев аллергия у обоих родителей. Незавершенная вакцинация отмечена в 19% случаев, применение антибиотиков в первые 6 месяцев жизни у 30,4% исследуемых. Грудное вскармливание до 6 месяцев производилось у 62%, до 1 года – у 29%, больше 1 года - у 9% исследуемых. Перенесенные заболевания в исследуемой группе: 49,5% составляет ОРВИ, 11,6% пневмония, 9,8% - бронхит, 3,2% - обструктивный ларингит, 1,5% - ангина. Среди основных аллергенов чаще отмечены пищевые (38%). В структуре аллергических реакций преобладает атопический дерматит (37%). Вывод. Таким образом, оценивая полученные в ходе исследования данные, можно отметить, что среди факторов формирования аллергических заболеваний детей большую роль играют не только отягощенный аллергологический анамнез, перинатальный анамнез, неблагоприятные социально-биологические, жилищно-бытовые условия, но и респираторные инфекции с антибиотикотерапией в анамнезе.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ С МАКРОСОМИЕЙ

Асанбекова А.А. Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э. студенты специальности педиатрия 6 курса КРСУ,

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства

Кафедра педиатрии (зав.каф. - д.м.н., профессор Боконбаева С.Ж.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Афанасенко Г.П.

Цель исследования: изучить перинатальные факторы риска и структуру заболеваемости при макросомии плода. Материалы и методы: работа проведена на базе Клинического родильного дома Национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек. В исследование было включено 100 новорожденных с массой тела более 4-х кг родившихся в 2018г. Статистическая обработка материала была проведена программой SPSS 16.0 Результаты: средний возраст матерей составил 30±4,7лет и в анамнезе отмечалось рождение детей с макросомией (12%). Дети чаще рождались от 3-ей беременности ±1,6, 3-их родов ±1,3, преобладал мужской пол (74%) над женским (26%) Масса новорожденных варьировала от 4,025 до 5,195. Средние показатели длины тела 53,7см ± 1,3, окружности головы 37см ± 0,6, окружности грудной клетки 36см ± 0,6. Во время беременности у 42,4% выявлена анемия, 36% -ОРВИ, у 21% -гестоз, у 11% - нарушения жирового обмена и 4% - гестационный сахарный диабет (ГСД). Оперативное родоразрешение проводилось у 28% женщин и у 72%- естественным путем. У 17% детей роды осложнились асфиксией умеренной степени. Диабетическая

фетопатия выявлена у 12%детей, родовые травмы -6%, пороки сердца-3%. Глюкоза в крови варьировала от 2,0 до 5,9 ммоль/л, средние показатели 3,0± 0,9ммоль/л. Прослеживается прямая достоверная связь между массой тела и родовым травматизмом (r=0,249), между нарушением жирового обмена и массой плода (r=0,237). Выводы: Установлено, что отягощенный акушерский анамнез в виде нарушения жирового обмена, гестозов и ГСД является одним из ведущих перинатальных факторов риска рождения детей с макросомией. Большинство детей рождались естественным путем, что привело к асфиксии в родах и родовому травматизму, что подтверждено наличием прямой связи между массой тела и родовым травматизмом. Поэтому необходим более дифференцированный подход к оптимальному методу родоразрешения. Уровень сахара в крови был в пределах нормы, но необходимо дальнейшее диспансерное наблюдение за этими детьми учитывая, что они являются группой риска по ранним сосудистым заболеваниям (инфаркты, инсульты) и сахарному диабету.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Атабаева О.Ф. магистр 2 го курса кафедры «Госпитальная педиатрии №2», направление «Педиатрия»,РСНПМЦП. ТашПМИ.

Кафедра «Госпитальная педиатрии №2», зав.кафедра д.м.н. профессор Ахмедова Д.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Умарназарова З.Э.

Актуальность: Заболевания, протекающие на фоне белково-энергетической недостаточности (БЭН), имеют более тяжелое, длительное течение и неблагоприятный прогноз. По мнению Е.П. Рудневой (2012г.) у 7% детей с БЭН в патологический процесс вовлекается и мочевыделительная система что значительно усугубляет состояние пациентов. Цель: Изучить влияние белково-энергетической недостаточности на функциональное состояние мочевыделительной системы у детей раннего возраста. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет с БЭН тяжелой степени, которые получали стационарное лечение в отделениях гастроэнтерологии и патологии детей раннего возраста с такими диагнозами как: муковисцидоз – 6 (20,0%), аллергический энтероколит – 6 (20%), целиакия – 5 (16,6%), пневмония -5 (16,6%), сепсис - 4(13,3%), ВПС – 2 (6,6%), БЭН неясной этиологии – 2 (6,6%). Физическое развитие пациентов оценивалось по критериям ВОЗ (2006). Для оценки состояния мочевыделительной системы выполнялись рутинные исследования: ОАМ, биохимические исследования (мочевина, креатинин, ЛДГ, ЩФ) и УЗИ почек. Результаты: Средний возраст пациентов составил 16+5,2 месяца. Достоверной разницы по полу среди детей выявлено не было (16 мальчиков и 14 девочек). Из 30 больных у 14 (46,6%) наблюдались изменения в состоянии мочевыделительной системы. Так, в анализе мочи у половины детей с муковисцидозом, БЭН неясной этиологии и ВПС присутствовали лейкоциты в большом количестве. При пневмонии и сепсисе данный показатель был повышен у всех пациентов. Эритроциты в моче наблюдались у 25% детей с сепсисом. Бактериурия зафиксирована у трети пациентов с легочной формой муковисцидоза и сепсисом, при этих же состояниях наблюдалась и протеинурия – 20,0% и 50,0% соответственно. Учитывая специфику нашего региона, кристаллы солей присутствовали в анализах всех детей, но в наибольшей степени у детей с аллергическим энтероколитом (83,3%), целиакией (60,0%), ВПС (100,0%), что свидетельствует об обменных нарушениях при этих заболеваниях. Изменения в моче затронули и биохимические показатели крови: у 50,0% детей с ВПС и у 40,0% с пневмонией отмечалось повышение креатинина, а у 25% пациентов с муковисцидозом, целиакией и сепсисом – увеличение уровня мочевины. Результаты УЗИ имели следующий вид: нефрокальциноз – 33,3% детей с аллергическим энтероколитом; у каждого третьего с муковисцидозом – поликистоз почек. Картина, характерная для инфекции мочевыводящих путей, наблюдалась у 16,6% при муковисцидозе, 20% при пневмонии. У 2 детей с пневмонией (20,0%) одновременно были зарегистрированы аномалия почек (подковообразная) и мочекаменная болезнь. Полиэктазия присутствовала лишь у 1 ребенка (20,0%) с пневмонией, уретрогидронефроз – у 1 пациента с целиакией (20,0%). Выводы: Таким образом, наличие БЭН тяжелой степени при таких заболеваниях, как аллергический энтероколит, муковисцидоз, целиакия, сепсис, пневмония и др., оказывает неблагоприятное влияние и на состояние мочевыделительной системы.

ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Атавуллаев Х., студент 603 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №2, неонаталогии и пропедевтики детских болезни (зав. каф. – к.м.н. Юлдашев Б.А.)

Научный. руководитель. асс. Рузикулов Н.Я.

Актуальность. Полигенное нарушения метаболизма пуринов является распространенным состоянием в популяции и, являются причиной развития широкого развития урикопатических (изолированного мочевого синдрома, интерстициального нефрита вторичного хронического пиелонефрита) состояний. Цель исследования: Изучение эффективности комплексного дието-медикаментозного лечение, предназначенного на коррекцию гиперурикемии и гиперурикозурии. Пациенты и методы. Основу профилактической и терапевтической тактики должно составить диетическое питание, направленное на коррекцию обменных нарушений. Под нашим наблюдением находились в течениие 1-4 лет 65 детей с уратной нефропатией в возрасте от 5 до 14 лет. Из них у 19 нарушение обмена пуринов проявлялось в виде изолированного мочевого синдрома, у 15 интерстициального нефрита и у 31 детей вторичного хронического пиелонефрита. Критериями для диагностики служили характерный для урикопатии спектр патологии в родословной, уровень урикемии (более 0,3 ммоль/мл) и урикозурии (более 1мг/мл) при условии исключения известных нозологических форм патологии почек. Результаты. Нами использован комплексный формуляр дието-медикаментозной коррекции нарушенного метаболизма пуринов. Диета предусматривала ограничение поступления пуриновых оснований, сочеталась высокожидкостным режимом, назначением ингибиторов ксантиноксидазы. При комплексной дието-медикаментозной терапии у 63,7% наблюдаемых удавалось добиться снижение урикозурии и клиническое улучшение в течение двух месяцев. Заключение. Комплексная дието-медикаментозная коррекция гиперурикемии и гиперурикозурии является эффективным только при длительном использовании.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахматова Ю.А., Меликова Д.У.,Нажимов Ш.Р., Сирожева Н.А., Давлатова И.Р. - резиденты магистратуры.

Кафедра педиатрии №2 (зав. каф: доц. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: доц. Ахматов А.А.

Цель исследования – оценить значимость метаболических нарушений в возникновении и течении вторичного хронического пиелонефрита (ВХПН) у детей и оптимизация их лечения. Материал и методы исследования. Обследовано 163 детей с диагнозом ВХПН в возрасте от 1 до 14 лет. Детей до 3 лет было 35 (21,4%), 4 – 7 лет 59 (36,2%), 8 – 14 лет 69 (42,3%). Мальчиков было 68 (71,6%), девочек 95 (58,4%). Из 163 пациентов у 70 (49%) пиелонефрит(ПН) был диагностирован от 2 до 5 лет назад. Результаты и обсуждение. В родословной больных ВХПН на фоне гипероксалурии (ГО) и уратурии (У) показали, что% больных нефропатиями (Н) среди родственников в отличие от контрольной группы тем больше, чем они ближе по степени родства к пробанду. Акушерский анамнез показал, что у 26,7% матерей до или в период беременности наблюдались эпизоды заболеваний ОМС. У 40% матерей беременность протекала токсикозом I-половины, у 31,5% наблюдался гестоз (Г). Установлено, что в отличие от чисто обструктивной формы ВХПН при обструктивно-дизметаболической форме достоверно повышена суточная экскреция О, У и их соотношение к креатинину($P < 0,01$). У больных с О нефропатией концентрация О составляет 0,106 ± 0,011 мМоль/л при уровне суточной экскреции 97,4 мг/сут (более 1,6 мг/кг/сутки) ($P < 0,01$). Коэффициент О/креатинин составило 1,38 ± 0,14 ($P < 0,001$). В группе больных с У нефропатией, осложненной ВХПН О составила 63,2 ± 4,6 мг/24ч. Однако здесь отчетливо выражена У (954,8 ± 84,2 мг/24ч), коэффициент У/креатинин 1,96±0,16 ($P < 0,001$). Наблюдалось снижение относительной плотности мочи и аммонио-ацидогенеза ($P<0,05$). Лечение: антибактериальная терапия проводилась в течение 2-3 недель. Назначалось диетоте-

рапия на 6-12мес и более. Медикаментозная терапия: B_6 по 20 – 60 мг/сут, бензоат натрия по 0,05 – 0,3 г/сут, окись магния по 100-200 мг сутки, аллопуринол, нефролин в течение одного месяца. Назначались иммуномодулирующие препараты и антиоксиданты в течение 2-3 недель. Выводы: диагноз ПН должен устанавливаться после комплексного клинико-генеалогического, рентгено-урологического обследования, оценки метаболического, иммунологического и эндокринного статуса больных. 2. Необструктивный ВХПН возникает главным образом на фоне обменных нарушений с накоплением нефротоксических метаболитов, когда антибактериальная терапия также недостаточно эффективна без соответствующей коррекции метаболического фона. 3. Изолированная антибактериальная терапия ВХПН очень часто недостаточно эффективна, она должна быть комплексной и предусматривать кроме хирургической и метаболической коррекции ещё иммуномодулирующую терапию и обеспечение антиоксидантной защиты организма.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МЕДИ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ахмедова Д., Алланазаров А., Хабибуллаев Ш., Аметов Э.

Кафедра педиатрии № 1 (зав. кафедрой-д.м.н., профессор Шавази Н.М.)

Научный руководитель:д.м.н., профессор Хамраев Х.Т.

Медь относится к жизненно важным микроэлементам, играющим важную роль в регуляции окислительно-восстановительных, нейроэндокринных процессов ,перикисном окислении липидов. Медь необходима для синтеза гемма, ассимиляции железа с пищеварительного тракта, для высвобождения его из депо. Доказано, что гипохромная анемия может развиваться при дефиците меди, даже при наличии железа в депо в достаточном количестве оно не сможет использоваться для синтеза гемоглобина без адекватного присутствия меди. Цель исследования: исследовать уровень меди в сыворотке крови у детей раннего возраста с железодефицитной анемией.Материалы и методы исследования. Обследовано 90 детей в возрасте от 1-го месяца до 3-х лет с железодефицитной анемией, пребывающих на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Проводилось общеклиническое исследование, биохимическое определение меди в крови. Общий анализ крови определялся с помощью гематологического анализатора. Биохимическим исследованием определялся уровень общего белка биуретовым методом уровень сывороточного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки крови – для подтверждения наличия железодефицита, как причины анемии и определения уровня микроэлементов меди в сыворотке крови фотометрическим методом.Результаты исследований. Железодифицитная анемия I степени диагностирована у 35 (38%) детей и содержание меди в крови составляло 10,4 мкмоль/л, II степени – у 15 (16%) ,с содержанием меди в крови 9,9 мкмоль/л, III степени – у 5 (5%), с содержанием меди в крови 8,5 мкмоль/л и IV степень – у 4 (4%) пациентов ,с содержанием меди в крови 6,5 мкмоль/л. Мальчиков среди обследованных с анемией больше, в сравнении с девочками: 28 (31%) и 17 (18%) соответственно. 35 (38%) пациентов – это городские дети, в большинстве случаев страдающие легкой степенью заболевания; сельских детей обследовано 46 (51%) – это в основном пациенты с тяжёлой и сверхтяжёлой анемией. Детей, в возрасте до 1-го года было 26 (28%), от 1-го года до 2-х лет - 24 (26%), остальные 26 (28%) – от 2-х до 3-х лет. Самые частые жалобы, заставляющие родственников показать ребёнка врачу: снижение аппетита – в 25 (27%) случаев, острое респираторное заболевание и повышение температуры – 17 (18%), бледность кожи – 10 (11%), у 9 детей (10,0%) - анемия обнаружена при проведении профилактического исследования общего анализа крови в возрасте до года.Выводы. Течение железодифицитной анемии у детей раннего возраста сопряжено с дисбалансом микроэлемента меди, что может влиять на особенности развитие и возникновение иных дефицитных состояний; что в целом нарушает естественные процессы гармоничности формирования ребёнка.

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПОДРОСТКОВ

Ашурова М.Ж., Гойибова Н.С., Мирмухамедов Н.Ж. студент 425 группы лечебного факультета.

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамМИ (зав. каф. доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доцент Гарифулина Л.М.

Актуальность. Наряду с ростом распространения ожирения у детей и подростков, отчетливо прослеживается тенденция неуклонного роста ассоциированных с ним состояний, в частности, АГ. факторы риска ожирения и АГ могут присутствовать с самого раннего периода жизни, поэтому дети и подростки представляют оптимальный контингент для изучения дебюта формирования заболеваний, являющихся осложнением ожирения и АГ. На сегодняшний день активно обсуждаются дополнительные критерии ожирения, в частности гиперурикемия. Этот показатель в ряде работ трактуется, как фактор риска и прогрессирования АГ. Эта проблема тщательно изучается во взрослой популяции. Данные же по уровню мочевой кислоты в сыворотке крови у детей малочисленны. В связи с этим нам представило интерес изучить показатели мочевой кислоты у детей и подростков и ожирением и АГ.Материалы и методы: было обследовано 55 детей с ожирением средний возраст которых составил 14,35 ± 0,21 года, которые были распределены в зависимости от ИМТ, ОТ и АД на следующие группы: в I группе было 17 человек (16,83%) с равномерным типом ожирения, при ОТ 80,11 ± 1,36, ОТ/ОБ 0,87 ± 0,01 смВII группу вошли 38 детей с АО, при этом ОТ составил 99,82 ± 1,3 см; ОТ/ОБ 0,92 ± 0,009. У 20 из них было нормальное АД (IIA группа) и у 18детей подтвержденный диагноз АГ (IIБ группа). Различия в соотношении ОТ/ОБ в I и II группах были достоверны (P<0,05). Группу сравнения составили 20 детей, не имеющих ожирения, в возрасте 14,31 ± 0,63 лет, с ОТ 64 ± 1,51 см, ОТ/ОБ 0,81 ± 0,02 см, при этом разница в соотношении ОТ/ОБ была достоверной с I группой (P<0,01) и II (P<0,001).Результаты исследования: так анализ концентрации МК детей основной группы показал, что она не превышала нормы, но была достоверно выше, чем в группе контроля, и имела прямую пропорциональную связь со степенью ожирения (r=0,592, p<0,001) и уровнем АД (r=0,446;и r=0,369; p<0,001).У детей с равномерным ожирением отмечалось повышение МК до 0,324 ± 0,011ммоль/л; по сравнению с контрольной группой 0,180±0,013 ммоль/л (P<0,01). Однако у 3 детей (17,64%) с равномерным типом ожирения выявлена ГУ (0,366 ± 0,01 ммоль/л). ГУ в группе детей с АО достигла ¼ случаев и составила 0,415 ± 0,021 ммоль/л (в среднем 0,369±0,012 ммоль/л). У детей с А Ги АО уровень мочевой кислоты также оказался высоким (0,398± 0,130) и в 55,5% случаев это было состояние ГУ (0,413 ± 0,03). Кроме того, отмечено, что среди детей основной группы более высоким уровнем МК обладали именно пациенты с АГ (p<0,05), у которых, по сравнению с нормотониками, гиперурикемия встречалась значительно чаще (p<0,01), и выраженность её изменялась прямо пропорционально степени ожирения (r=0,592, p<0,05). В целом, в основной группе гиперурикемия была диагностирована у 1/4 детей (44% - 22 детей, 26 из которых обладали АГ), в то время как у всех обследованных группы контроля концентрация МК в крови не превышала нормы.Выводы: ожирение и АГ у детей и подростков сопровождалась повышение уровнем МК крови, которая имела прямую корреляцию с ИМТ и уровнем АД.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ В АНАМНЕЗЕ

Бадерутдинова И.Р., студент 602 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической и неотложной педиатрии (зав. каф.-д.м.н., проф.: Ермакова М.К.)

Научный руководитель: ассист., к.м.н.: Найденкина С.Н.

Цель работы: Изучить состояние здоровья детей, перенесших внутриутробную гипоксию в анамнезе. Задачи: изучить вероятную причину гипоксии плода, по данным биологического анамнеза; выяснить влияние гипоксии на способ родоразрешения, и срок родов; проанализировать наиболее часто встречаемые заболевания в постнатальном периоде у детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Материалы и методы исследования: проведено исследование за детьми в период с 2012 по 2018 годы. Изучены амбулаторные карты 247 детей, перенесших внутриутробную гипоксию, наблюдавшихся в детской поликлинике г. Кукмор. Результаты: У большинства детей наблюдалась хроническая гипоксия (у 56,6%), у остальных - острая (у 43,3% детей). Несколько чаще гипоксия была у мальчиков (53,0%), чем у девочек (46,9%). При анализе причин гипоксии были выделены следующие

патологические состояния в течение беременности: анемия (98, 0%), обвитие пуповины (80,6%), хронические очаги инфекции у матери (пиелонефрит у 43,3%, тонзиллит у 52,2%), гестационный сахарный диабет (8,9%). У каждой третьей матери отмечались: тяжелый поздний токсикоз (33,6%), плацентарная недостаточность (33,1%), наличие той или иной внутриутробной инфекции (31,2%). В родах также отмечались неблагоприятные факторы: отслойка плаценты у 29,1%, аномалии родовой деятельности у 27,1%, длительное сдавление головки во время родов у 34,0%. Большинство детей, как следствие гипоксии, родились недоношенными (60,3%) со сроком родоразрешения у трети с 30 до 35,6 недель (39,7% детей), с 36 до 37 недель (34,2%), с 37 недель и более (39,7%). Естественным путем родились 30,7% детей, путем Кесарева сечения -69,2% детей. При оценке по шкале Апгар, крайняя степень гипоксии (1-2 балла) отмечалась у 15,0% детей, тяжелая (3-4балла)-у 53%, средняя (5-6б) - у 36%, легкая (7-8 баллов) - у 6%. В постнатальном периоде у таких детей часто наблюдались: последствия ППЦНС (39,7% детей), отставание в физическом развитии (42,9%), гипотрофия (27,1%), паратрофия (15,8%), детский церебральный паралич (20,6%), задержка речевого развития (13,4%), врожденный вывих бедра (17,0%), плоскостопие (10,9%), атопический дерматит (35,6%). В более позднем периоде встречались болезнь Крона у 1,6%, ювенильные маточные кровотечения у 4,5% девочек, укорочение одной нижней конечности у 4,0% детей. Выводы: наиболее частыми причинами гипоксии плода были обвитие пуповиной, плацентарная недостаточность, тяжелый поздний токсикоз и отслойка плаценты, длительное сдавливание головки во время родов. Внутриутробная гипоксия плода приводит в большинстве случаев к преждевременным родам и родоразрешению путем Кесарева Сечения. В постнатальном периоде перенесенная гипоксия плода могла быть причиной повреждений ЦНС, отставания в физическом развитии, гипотрофии, паратрофии, детского церебрального паралича, задержки речевого развития, врожденного вывиха бедра, плоскостопия, атопического дерматита.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «КОДЕЛАК НЕО» (СИРОП) В ТЕРАПИИ КАШЛЯ

Баратова Н., студентка 306 группы педиатрического факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.курсом - д.м.н., доцент Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Язданов А.Я.

Актуальность. В настоящее время ОРВИ нередко сочетаются с различной патологией верхних и нижних дыхательных путей. Важную роль в патогенезе при этом играет избыточное образование или повышение вязкости секрета. Основным клиническим проявлением этого всегда является кашель. Однако доказательная база в отношении использования муколитиков у этой категории больных недостаточна, что требует проведения дополнительных исследований. Цель: изучить этнологию и клинические особенности ОРВИ у детей и эффективность препарат «Коделак Нео» в терапии кашля. Материал и методы. Обследованы 87 детей в возрасте от 3-х до 10 лет, с ОРВИ, средней тяжести, которые находились на стационарном лечении Областном многопрофильном детском центре г.Самарканда с марта 2016 по октябрь 2018 гг. Проводили клинико-лабораторное обследование пациентов, осмотр ЛОР-врача. Все дети получали противовирусную терапия (виферон ректально), парацетамол (по показаниям), и муколитики при наличии кашля. На момент рандомизации у 57 (85%) пациентов отмечался кашель. Для проведения сравнительного исследования, пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группа. Основную группу составили 37 детей, в комплексное лечение которых был включен препарат «Коделак Нео» (сироп). В группу сравнения вошла 20 детей, получавших амброксол. Дети в группах наблюдения были сопоставимы по полу, возрасту и массо-ростовым показателям, анамнестическим данным и сопутствующей патологии. Результаты и их обсуждение. При анализе клинической симптоматики и данных дополнительных методов исследования выявлено, что 2/3 обследованных детей с ОРВИ среднетяжелого течения имели сочетанное поражение верхних и нижних дыхательных путей. Включение препарата «Коделак Нео» (сироп). в комплексное лечение ОРВИ, сопровождающихся кашлем, способствовало более быстрому по сравнению с амброксолом, купированию кашля, снижению его интенсивности, улучшению реологических свойств секрета. Вывод. Таким образом, включение препарата «Коделак Нео» (сироп) в лечение кашля у детей с ОРВИ является патогенетически обоснованным, позволяет сократить сроки лечения и улучшить качество жизни пациентов.

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

Безрук В.В.

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины БГМУ (зав. каф. – профессор Нечитайло Ю.Н.)

Научный руководитель профессор Нечитайло Ю.Н.

Цель работы: изучить частоту артериальной гипертензии (АГ) и факторы риска ее возникновения у детей Черновицкой области.Материал и методы исследования:Обследовано 194 ребенка (гендерное соотношение – 1:1) в возрасте 13-15 лет (средний возраст – 13,4±0,12 года) в Черновицкой области. Артериальное давление (АД) измеряли осциллометрическим методом разовых измерений, при обнаружении предгипертензии или АГ исследования АД проводили повторно через 2 недели еще дважды. Определяли микроальбуминурию в утренней моче скрининговой тест-системой (диапазон чувствительности от 0 до 1300,0 мг/дл) фирмы «ARKRAY», Япония. Время экспозиции, тест-полоски, в моче составлял 60 сек.; диагностическим позитивным уровнем экскреции считали альбуминурию выше 15 мг/дл.Результаты: Установлено, что повышенное артериальное давление (предгипертензия/АГ) диагностировано у 30,93% мальчиков и 40,2% девочек. Показатель распространенности АГ (артериальное давление (АД) выше 95 перцентили) у девушек составил - 37,1% и 22,7% соответственно среди обследованных юношей (P<0,01); в 66,67% случаев у детей предгипертензия/АГ ассоциировалась с заболеваниями мочевыделительной системы – определялась микроальбуминурия. В 6,18% обследованных детей предгипертензия/АГ ассоциирована с заболеваниями мочевыделительной системы. Анализируя имеющуюся заболеваемость хроническим пиелонефритом (ХП) среди обследованных школьников нами установлено довольно значительный риск «генетической детерминированности» для родственников I степени родства (родители). Так, в 50,0% случаев родители болеют ХП и мочекаменную болезнь; 20,0% случаев - ХП у матери и бабушки по линии матери; в 10,0% случаев - мочекаменная болезнь диагностировалась у обоих родителей; 10,0% случаев - дедушка по линии матери болеет мочекаменной болезнью и в 10,0% случаев - ХП болеет дядя по линии отца.Выводы: Артериальная гипертензия является актуальной медицинской проблемой и требует постоянного внимания со стороны врачей различных специальностей, комплексного решения проблем, влияющих на распространенность артериальной гипертензии среди населения. Нефрологическая патология у детей «детерминирована» болезнями мочевыделительной системы родственников первой и второй степени родства, как по материнской, так и по отцовской линиям. Пациенты, которые перенесли или болеют заболеваниями мочевыделительной системы, должны входить в группу риска относительно развития артериальной гипертензии.

КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Бобоёрова Б.А.,студентка 313 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №2,неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав.курсом –доц. Раббимова Д.Т.)

Научные руководители: доц. Рамазанова А.Б., Уралбоев И.Э.

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения ВДГК у детей. Материал и методы исследования. В отделении детской ортопедии ОДММЦ с 2015 по 2019 гг. путем диспансеризации нами выявлено 789 больных с ВДГК по Самаркандской области, мальчиков 498(63.1%), девочек 291(36.9%) в возрасте от 2 до 18 лет. Все больные проходили полное комплексное клиническое обследование в стационаре. Проводились консервативные и оперативные методы лечения. Классификацию ВДГК проводили по классификации Н.И.Кондрашина (1968г) при этом было выявлено: обычная форма у 725(91.9%), плосковорончатая у 64(8.1%)детей. По степени деформации I степень у 316(40.0%) больных (глубина деформации до 2 см, смещения сердца нет), II степень у 306(38.8%) (глубина деформации 2-4 см, смещение сердца на 2-3 см), III степень у 160(20.3%) детей (глубина деформации более 4 см, смещение сердца более 3 см). Перед консервативным и оперативным лечением у 415(52.6%) больных проводился тщательный отбор к лечению после консультации специалистов смежных специальностей - кардиолога, пульмонолога, анестезиолога, рентгенолога, генетика и эндокринолога. При невыраженных кардио-пульмонологических симптомах проводилась консервативная терапия

при помощи Вакуумного колокола «EckartKlobe, Экхарт Клобе 2006г. Германия» 38(9.2%) больным с симметричной и асимметричной формой с ВДГК I-II степени. При наличии резко выраженной деформации ВДГК II-III степени у 377(90.8%) больных проведено оперативное вмешательство. Результаты: через 6-12-18 месяцев после консервативного лечения проведеного у 24(63.2%) больных после применения вакуумного колокола отмечался хороший, у 4(10.5%) больных удовлетворительный и у 10(26.3%) больных проведено продолжение применения вакуумного колокола. У 308(81.7%) больных после мини инвазивной коррекции по Насс и по Парк отмечался хороший результат. У 51(13.5%) больных наблюдались удовлетворительные результаты. Неудовлетворительные результаты наблюдались у 18(4.8%) больных. Из них: у 8(44.4%) больного отмечалась ротация пластины, у 5(27.8%) больного гиперкоррекция, у 5(27.8%) больного выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В этих наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом. У больных не наблюдалось деформации, объем дыхания приблизился к показателям нормы, ЭХО кардиографии и ЭКГ также имели тенденцию к нормализации. Выводы. Таким образом ВДГК в детском возрасте являясь сложным пороком требует тщательного осмотра, подготовки и отбора больных как к консервативной, так и оперативным методам коррекции данного порока.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бозоров Ш.О., Давронов Б.Б. студент 416 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доцент, Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: Ассистент Бахронов Ш.С.

Цель работы. Изучить факторы риска развития бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей раннего возраста.Материалы и методы исследования: Нами был проведен анализ анамнестических данных 36 детей от 3 мес. до 3 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острого обструктивного бронхита в детском отделении клиники №1 СамМИ. Всем детям проводили оценку анамнестических данных, общее клиническое обследование. Уровень общего IgE определяли с помощью радиоиммунного анализа. Содержание основных классов иммуномодулинов A, M, G в сыворотке крови методом радиальной диффузии в агаре по Manchiniet.all., (1965). Результаты и их обсуждение. Результаты исследования по изучению факторов риска развития БОС показали, что у 8 (22,2%) детей острый обструктивный бронхит выявлен впервые, у 28(77,8%) детей в анамнезе уже регистрировался эпизод бронхообструктивного синдрома. В зависимости от повторения БОС, больных распределяли на две группы I – группа 10(35,7%) детей с эпизодическим БОС, у которых эпизоды наблюдались 2-3 раза. II – группа 18(64,3%) детей с повторными эпизодами БОС, у которых было более трех эпизодов в первые 3 лет жизни. При изучение факторов, способствующих развитию бронхообструктивного синдрома, были выделены искусственное вскармливание детей в 15(41,6%) случаев. Отягощенный преморбидный фон наблюдался у 21(58,3%) случаев. У этих детей отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза 11(30,5%), у которых имелись данные о наличии аллергических заболеваний у ближайших родственников. Лимфатико-гипопластический диатез у 6(16,6%) и рахит у 4(11,1%) больных с бронхообструктивным синдромом. У больных, у которых БОС развилась на фоне экссудативно-катарального диатеза в клиники доминировала шумное громкое дыхание, хрипы, которые выслушивались на расстоянии, эмфизематозное вздутие грудной клетки. У больных с лимфатико-гипопластическим диатезом в клиники доминировала отек и гиперсекреция бронхов, которая сопровождалось влажными приступообразными кашлями, шумном дыханием с удлинённым выдохом. На фоне рахита у больных отмечалось рассеянные крупно- и среднепузырчатые влажные, реже – сухие хрипы на фоне жесткого или ослабленного дыхания. Результаты исследования в отношение содержания иммуноглобулинов A,M,G сравниваемых группах показало достоверное снижения уровня иммуноглобулинов A, M, G у детей II – группа (P<0,05). У 11(30,5%) больных II – группы выявлена повышение уровня IgE 126±13,8 Е/л по сравнению с группой контроля 64±23,4Е/л(P<0,05). Вывод: Таким образом, независимо от этиологии заболевания значимыми факторами риска формирования БОС в раннем детском возрасте является преморбидный фон организма детей, отягощенный, генеалогический по атопии анамнез и наличие аллергических заболеваний у ребенка или кровных родственников.

МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ВАЖНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Бутышева В.А., студентка 545 группы лечебного факультета,

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. каф. – д.м.н., профессор Шливко И.Л.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шливко И.Л.

Актуальность. Злокачественные опухоли кожи, в том числе меланома, крайне редко диагностируются у детей. По данным анализа заболеваемости населения территорий России злокачественными новообразованиями и смертности от них в 2015 г (под редакцией А.Д.Каприна) в возрастной группе 0-14 лет выявлено 6 случаев меланомы, что составило 0,02 на 100000 населения, в группе от 0-17 – 16 случаев и 0,06 соответственно. Цель исследования: проанализировать структуру патологии удаленных меланоцитарных новообразований по результатам патологоанатомических заключений. Материалы и методы: проведен анализ архива патологоанатомического отделения ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» за период с 2007 по 2016 г. Проанализированы 7944 заключений результатов патологоанатомического исследования биопсийного материала новообразований кожи детей в возрасте от 1 мес до 18 лет. Данные обработаны с помощью компьютерной программы MicrosoftExcel. Результаты: было выявлено 2071 меланоцитарное новообразование. Диагнозы были распределены следующим образом (использованы формулировки, указанные в заключениях): 79 пограничных невусов, 1034 внутридермальных, 789 смешанных, 31 невус Шпитц, 133 пигментных невуса, 4 базалиомы. В 1 случае в заключении патологоанатома была использована формулировка – "ювенильная меланома". При анализе заключений с диагнозом базалиома было установлено, что при удалении новообразования у врачей не было подозрения на злокачественное новообразование и направляющий диагноз был сформулирован как пигментный невус и папиллома. Вывод: высокая настороженность специалистов в отношении меланоцитарных образований в детском возрасте является необоснованной, что ведет к избыточному применению инвазивных методов лечения. Широкое внедрение дерматоскопии среди специалистов, принимающих решение о тактике ведения любых новообразований кожи, позволит уменьшить травмирующие и болезненные манипуляции у детей.

ЭТИОЛОГИЯ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННОМ АСПЕКТЕ

Валиев Р.Р., Петрунин П.М., Фаррахов А.М., студенты 6 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Кафедра детских инфекций

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Канкасова М.Н.

Цель: изучить особенности острого тонзиллита у детей в период 2005-2007гг. и 2015-2018гг. Задачи: изучить возрастную структуру острых тонзиллитов; изучить этиологию острых тонзиллитов в зависимости от возраста; оценить диагностическую значимость шкалы McIsaac для верификации БГСА тонзиллита. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 289 историй болезни детей, находившихся на лечении в ДИО ГКБ№6 в период с 2005г по 2007г (период А-160 историй) и с 2015г по 2018г (период Б- 129 историй). Полученные результаты. Были выделены четыре группы детей: дети возраста до 3-х лет в период А (25,4%- 1 группа наблюдения) и в период Б (23,1% 3 группа), дети старше 3-х лет в период А – 34,7%(2 группа) и период Б – 16,8% (4 группа). В 1 и 3 группе наблюдения преобладает синдром острого тонзиллита вирусной этиологии (в 63,2% и 49,9%), БГСА-негативный тонзиллит - 19,1% и 10,1%. При этом острые тонзиллиты вирусной этиологии и бактериальные БГСА-негативные тонзиллиты снизились в общей структуре в динамике. Острый тонзиллит БГСА этиологии вот временном аспекте увеличился с 4,4% до 14,6%, синдром тонзиллита при инфекционном мононуклеозе с 13,2% до 27%. Во 2 и 4 группах наблюдения процент острого БГСА-негативного тонзиллита уменьшился с 41.3% до

37,9%, синдром тонзиллита при инфекционный мононуклеозе - с 18,5% до 13,1%. Процент острого БГСА-тонзиллита увеличился с 14,1% до 20,9%, при вирусном тонзиллите-с 26,1% до 39,3%. Среди обследованных пациентов в возрасте старше трех летв обоих возрастных периодах 0-1 балл по шкале McIsaac было определен у 3,2% детей, 2-3 балла - у 15.45%, 4 и более балла - у 11,2%. Положительный посев на БГСА составил в возрастной группе детей старше 3 лет- 14,1%(период А) и 20,9%(период Б), что соответствует литературным данным. Выводы. В возрастной структуре преобладали дети старше 3-х лет в 2005-2007гг, тогда как с 2015г по 2018г в возрасте до 3-х лет. Этиологическая структура острых тонзиллитов у детей, госпитализированных в 2015-2018гг года претерпела изменения в сравнении с данными 2005-2007гг. Возросла заболеваемость БГСА-тонзиллитом у детей до 3 лет с 4,4% до 12,5%, старше 3 лет с 14,1% до 18,8%. Процент БГСА-негативного тонзиллита вырос у старше 3 лет с 26,1% до 37,5%. Эффективность диагностики стрептококкового тонзиллита по шкале МакАйзека(McIsaac). На основании полученных данных отмечается несоответствие предполагаемого наличия у ребенка стрептококковой инфекции (по шкале McIsaac) и истинной заболеваемости БГСА. В связи с этим повсеместное внедрение шкалы для диагностики БГСА-тонзиллита в педиатрической клинике спорна и требует более тщательного изучения.

ОЦЕНКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Васильева А.Ф, ординатор 1-го года обучения по направлению «педиатрия»

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии (зав.каф.: д.м.н., проф. Ермакова М.К.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ермакова М.К.

Цель работы: Выявить наиболее часто встречаемые диагностические и лечебные мероприятия, не отвечающие клиническим рекомендациям ведения пациентов с внебольничной пневмонией. Материал и методы: Анализ 478 историй болезни стационарных больных и амбулаторных карт детей города Ижевска, других городов и районов УР, болевших внебольничной пневмонией в 2018 году. Результаты. Структура внебольничной пневмонии в исследуемой группе выглядит следующим образом: средне-тяжелое течение – 99,0%, тяжелое 1,0%. Сопутствующая патология выявлена у 24,0% детей. Осложнения наблюдались в 1,8% случаев, и были представлены ателектазами в 0,4% случаев, плевритами - в 0,4%, фиброторaксом, гидроторaксом, инфекционным миокардитом, легочной гипертензией, сепсисом и ДВС-синдромом – по 0,2%. Выявлен высокий уровень госпитализаций без наличия показаний на стационарное лечение в 55,0% случаев. Среди обоснованных причин госпитализации: отсутствие эффекта от антибактериальной терапии на амбулаторном этапе в первые 48 часов – 28,6%, наличие тяжелых фоновых заболеваний – 11,5%, социальные показания – 3,5%, тяжелое течение – 1,1%, возраст до 6 мес. – 0,2%. Количество курсов антибиотиков за весь период лечения составило: один препарат – 60,7%, два – 32,2%, три и более – 7,1%. Основным в лечении внебольничной пневмонии у детей старше 3-х месяцев является антибактериальный препарат амоксициллин. Стартовыми антибиотиками были следующие группы: цефалоспорины – 82,0% случаев, незащищенные пенициллины – 7,9%, защищенные пенициллины – 3,8%, макролиды – 4,6%, карбопенемы – 0,8%, аминогликозиды – 0,4%, гликопептиды и фторхинолоны – по 0,2%. В последние 3 месяца принимали антибиотики – 18,8% пациентов: незащищенные пенициллины – 4,8%, защищенные пенициллины – 1,3%, цефалоспорины – 3,6%, макролиды – 4,0%, гликопептиды, аминогликозиды, фторхинолоны, другие антибактериальные средства – по 0,2%. Таким образом, доля необоснованного назначения препаратов цефалоспоринового ряда в качестве стартового антибиотика составила 75,9%. Препараты второй линии были представлены следующими группами: макролиды – 70,0% случаев, цефалоспорины – 16,2%, аминогликозиды – 8,4%, карбопенемы – 2,1%, пенициллины, гликопептиды, фторхинолоны – по 1,1%. Не соблюдалась длительность курса антибиотиктерапии (менее 5 дней) у 1,3% пациентов. Наблюдается высокая частота контрольной Rg-графии органов грудной клетки – в 70,5% случаев. Доля необоснованных Rg-исследований грудной клетки при гладком неосложненном течении после завершения лечения составила 59,1%. Выводы. Наблюдается необоснованная госпитализация детей со средне-тяжелым неосложненным течением внебольничной пневмонии. Выявлена высокая частота неверного выбора стартового антибактериального препарата, преимущественно представленного препаратами цефалоспоринового ряда. Не всегда соблюдается длительность курса антибиотикотерапии. Не было необходимости в проведение контрольной Rg-граммы органов грудной клетки на фоне положительной динамики при неосложненном течении внебольничной пневмонии.

ДИНАМИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (0-17 ЛЕТ) В УКРАИНЕ

Вацык М.З., кафедра социальной медицины та здравоохранения,

ВГУЗ «Буковинский государственный медицинский университет» Украина, г. Черновцы

Цель работы – изучить состояние заболеваемости половой системы за последние годы в Украине (2012-2016 гг.) Материалы и методы: В ходе изучения использован статистический метод. Информационной базой были данные статистической отчетности за 2012-2016 годы. Результат: Одной из главных стратегий государства является формирование у детей, подростков безопасного полового поведения, предупреждения или отказ от курения, употребления алкоголя, наркотиков, увеличения двигательной активности, потребления качественных продуктов питания, воды и др. Вначале 90-х годов в Украине произошли социально - економические преобразования, которые породили явление «сексуальной революции», что стало одним из отрицательных факторов неудовлетворительного состояния репродуктивного и полового здоровья подростков. Молодежь получила значительный обьем информации под влиянием иностранной культуры, в том числе и сексуальной, что сказалось на общем состоянии здоровья, особенно, в подростковой группе, на репродуктивной функции. У девочек – подростков наблюдается ежегодное увеличение количества общин заболеваний, особенно заболеваний внутренних органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой систем. Несмотря на уменьшение численности населения от 0 до 18 лет (2012-7971,7 тыс., 2016-7614,0 тыс.) в Украине уровни заболеваемости и распространенности болезней остаются высокими. Причинами снижения репродуктивного здоровья являются как генитальные, так и екстрагенитальные заболевания. Среди первых это, СНИД заболевания, сифилис, гонорея и т.п., среди вторых, наиболее важными – это воспалительные процессы половых органов, аборты, нарушения менструального цикла, хламидиоз, трихомониаз и т.п., особенно у девочек подростков. В последние годы, к сожалению, перечисленные причины имеют тенденцию к увеличению, хотя и с разными темпами роста.Отдельно следует остановится на проблеме воспалительных заболеваний половых органов. Интенсивность данной патологии остается высокой и имеет тенденцию к росту (почти в 1,4 раза). Факт распространения этих заболеваний у подростков связан с преждевременными половыми отношениями; нарушениями менструальной функции в 2 – 3 раза чаще, чем у женщин репродуктивного возраста, что требует особенного внимания у девочек. Выводы. Современное состояние здоровья молодежи требует новых ефективных путей решения проблемы репродуктивного здоровья, в значительной степени формирования здорового способа жизни, ответственного отношения правительственных действий в государстве.

РОЛЬ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Возмищева Е.А., ординатор 1 года по специальности «Педиатрия» ИГМА

Кафедра детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП (зав. каф. - к.м.н., доцент Наймушина Е.С.)

Научный руководитель к.м.н., доцент Наймушина Е.С.

Цель работы: Оценить эффективность помповой инсулинотерапии у детей с сахарным диабетом 1 типа в Удмуртской Республике. Материалы и методы исследования: На базе эндокринологического отделения БУЗ УР «РДКБ» МЗ УР было обследовано 13 детей в возрасте 6-15 лет (средний возраст 12 лет) со стажем диабета 2-12 лет (средний стаж 5,5 лет), 78,0% детей составили девочки, 22,0% -мальчики .Из них 5 детей находились на помповой инсулинотерапии (1 группа-основная) и 8 детей на базис-болюсной терапии в режиме многократных инъекций (2 группа -сравнительная). Обе группы сравнимы по медико-социальной карте семьи (в соответствии с рекомендациями Молчановой Л.Ф.). Была проведена сравнительная оценка клинико-лабораторных данных с использованием клинико-анамнестического (наличие симптомов сахарного диабета, частота гипогликемий, наличие хронических осложнений сахарного диабета), клинико-лабораторного (уровень гликемии натощак, через 2 часа после еды, на ночь, ночью, уровень гликированного гемоглобина, ацетон мочи), скринингового (выявление хронических осложнений сахарного диабета) методов и метода анализа. Результаты: Все исследуемые подростки находились в состоянии декомпенсации основного заболевания, однако никто из них не поступил в отделение

экстренно. При изучении лабораторных данных оказалось, что показатели углеводного обмена пациентов на помповой инсулинотерапии не отличались от таковых пациентов, получающих стандартную базис-болюсную терапию (среднесуточная гликемия в 1 группе – 10,67 ммоль/л, во 2 группе – 9,79 ммоль/л; средняя амплитуда гликемии в течение суток в 1 группе – 5,55 ммоль/л, во 2 группе – 5,58 ммоль/л; средний гликированный гемоглобин в 1 группе – 6,29%, во 2 группе - 6,18%). При сравнительном анализе выяснилось, что частота встречаемости хронических осложнений сахарного диабета у детей основной группы составляла 60,0%, что ниже чем в группе сравнения, где хронические осложнения встречались в 75,0% случаев. У всех этих подростков была выявлена дистальная полинейропатия. Также было отмечено, что 50,0% детей на базис-болюсной терапии испытывало ежедневную гипогликемию (глюкоза капиллярной крови <3,0 ммоль/л) в отличие от пациентов на помповой инсулинотерапии, среди которых гипогликемия отмечалась лишь у 40,0% детей, была более легкой (глюкоза капиллярной крови 3,0-3,5 ммоль/л) и встречалась не каждый день. Выводы: наше исследование показало, что помповая инсулинотерапия не влияет на компенсацию сахарного диабета 1 типа у детей, однако ее применение снижает риск развития хронических осложнений, частоту развития и тяжесть гипогликемии.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗА 2016 ГОД

Ворончихина Г.С., студентка 601 группы, Мугниева Р.Р., студентка 601 группы,

Филлипова А.В., студентка 606 группы, педиатрического факультета ИГМА

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии (зав. каф. - д. м. н., профессор, Ермакова М.К.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Найдёнкина С.Н.

Цель работы: Проанализировать выполнение лечебно-диагностических мероприятий на госпитальном этапе в соответствии с клиническими рекомендациями по пневмониям у детей. Задачи: Выявить возрастно-половую, клинико-лабораторную характеристику детей, заболевших пневмониями; объема диагностики и лечения; оценить частоту вакцинации против пневмококковой инфекции. Материалы и методы исследования: Обследованы истории болезни детей с пневмониями за 2016 год, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении. Результаты: Установлено, что пневмониями чаще всего болеют дети возрастом 4-9 лет (41,7%), организованные дети, посещающие дошкольные и общеобразовательные учреждения (76,7%). По половому соотношению преобладают мальчики (71,7%). В 80% случаев дети вакцинированы против пневмококковой инфекции, в 18,3% - не были вакцинированы, у 1,7% - отсутствует ревакцинация. В клинической картине в 85% случаев отсутствовала стойкая высокая лихорадка, у трети детей пневмония сочеталась с катаральными явлениями (28%) в виде затрудненного носового дыхания, слизистого отделяемого из носа. У части детей наблюдалось несоответствие лабораторно-инструментальных результатов данным, характерным для пневмоний: лейкоциты в 35% случаев были в норме, в 10% - пониженные; в 13,3% - лимфоцитоз, в 48,3% - лимфопения; СОЭ в 10% случаев было в норме, в 6,7% - понижено; СРБ в 73,3% случаев оказался отрицательным, в 6% - нет данных. Выявлена этиология преимущественно смешанная: бактериально-вирусная (с преобладанием среди бактериальных возбудителей микоплазменной и хламидийной инфекций) или неуточненная. В лечении у всех применялись антибиотики в высоких дозировках и по несколько курсов, наиболее широко использовались препараты группы цефалоспоринов в 55% и макролидов в 25% случаях из всех антибактериальных препаратов. Основной путь введения: внутрь – 45% и внутривенно – 40%, внутримышечно – 15%. Сопутствующее лечение включало ингаляции с беродуалом, пульмикортом, противогрибковые препараты, муколитики, отхаркивающие, антигистаминные. Объективные данные, данные лабораторных и инструментальных исследований были с положительной динамикой у 97% пациентов. Выводы: В целом, ведение пневмоний на госпитальном участке соответствует клиническим рекомендациям, выявлено несоответствие клинико-лабораторных данных и лечебных мероприятий, связанное, по-видимому, с большой частотой атипичной этиологии пневмоний.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБСТУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Гайбуллаев Ж.Ш., Хусаинова Ш.К., резидент магистратуры 2 курса,

Азимова Ш.Т., студентка 519 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №1 (зав.каф. –д.м.н., профессор Шавази Н.М.) СамМИ

Научные руководители – д.м.н., профессор Шавази Н.М.,к.м.н., доцент Закирова Б.И.

Цель работы. Выявление факторов риска и изучение их роли на формирование рецидивирующего течения обструктивного бронхита у детей. Материал и методы исследования. Для реализации цели и выявления факторов риска нами проведен анализ 68 историй болезни больных детей с обструктивным бронхитом, находившихся в отделениях детской реанимации, 1 и 2 отделениях экстренной педиатрии СФРНЦЭМП. 1 группу составляли 48 больных детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита (более 4-5 раз в год), 2 группу - 20 с острым обструктивным бронхитом протекающим без рецидивов. Диагноз основан на клинико-лабораторных данных, сборе анамнеза с учетом течения беременности, заболевания матери, многодетности, вскармливания. Обращалось внимание на пол, фоновые заболевания, частые респираторные вирусные инфекции, вирусно-бактериальные заболевания, наличие аллергических заболеваний у матери и атопии у ребенка. Результаты. Среди больных мальчиков было 39, девочек 29. Осложненное течение беременности и родов (гестозы и экстрагенитальные заболевания) при острых обструктивных бронхитах наблюдалось у 23,5% матерей больных детей 1 группы и 7,4% детей 2 группы больных. У больных 1 группы в анамнезе аллергические заболевания у родителей или родственников имелись у каждого третьего ребенка (33,8%), тогда как во 2 группе в 13,2% случаях. В 1 группе среди больныхдоминировала пищевая сенсибилизация у 19,1% против 8-11,8%, лекарственная у 10,3% против 2,9%, бытовая –4,48%, которая во 2 группе не была обнаружена. Пациентов из многодетных семей с количеством детей 3 и более в 1 группе было 19,1% и 5,8% во 2 группе, что является одним из значимых факторов риска развития рецидива и возможно связано, с недостаточным уходом за ребенком, перенесшим заболевание. Детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании до 6 месяцев жизни в 1 группе было 13,2%, а во 2-ой группе 26,5%. Наибольшее влияние на тяжесть заболевания оказывал фактор самолечения и запоздалое обращение родителей за медицинской помощью. Выявлено, что в течение года эпизоды обструкции в 1 группе наблюдались по 2,3 раза чаще по сравнению со 2 группой (30,9% против 13,2%) в результате присоединения ОРВИ (54,4%) и воспалительного процесса (11,8%). Часто болеющих детей в 1 группе было значительно больше (30,8%), чем во 2 группе (8,8%). В 1 группе наблюдалось достоверное преобладание наблюдений у детей тимомегалии в 2,4 раз чаще (17,6%), чем во 2-ой (7,3%), избыточный вес ребенка – в 1,6 раз (20,6% и 13,2% соответственно). Родители лечили ребенка самостоятельно до момента госпитализации в 20,6% случаях в 1 группе и в 4,4% случаев во 2 группе. Выводы. Выявлены прогностически значимые факторы риска развития рецидивирующего течения острого обструктивного бронхита: мужской пол, наличие аллергопатологии, осложненное течение беременности и родов, тимомегалия, многодетность матери, искусственное вскармливании, поздняя госпитализация, которые оказывают негативное влияние на течение заболевания и могут предрасполагать развитию рецидива заболевания у детей.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ

Ганиев Н., Жозилов Ш., Нормуминов С. - студенты 305 группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней СамМИ (зав.курсом - д.м.н., доц.Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Уралов Ш.М.

Целью данной работы явилось комплексная клинико-инструментальная оценка степени тяжести бронхиальной обструкции у детей с острым бронхиолитом. Материал и методы. В исследование были включены 53 ребенка (28 мальчиков и 25 девочек) в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу ОБ. Диагноз устанавливался по характерным для ОБ клиническим, физикальным, рентгенологическим данным. Для комплексной оценки степени дыхательных нарушений использовались такие клинико-инструментальные данные, как частота дыхания

(ЧД), насыщение крови кислородом (SpO^2) и шкала респираторных нарушений (RDAI – Respiratory Distress Assessment Instrument, noLowellDI). В клинические критерии шкалы RDAI, показывающей степень бронхиальной обструкции, входили такие симптомы, как свистящие хрипы (во время вдоха и выдоха, а также число вовлеченных полей легких) и втяжения уступчивых мест грудной клетки (подключичные, межреберные, подреберные), интенсивность которых, выражалась в баллах (от 0 до 4). Каждый параметр (свистящее дыхание, втяжение грудной клетки), выявленный у больного суммировался, для получения общей оценки респираторных нарушений. Максимальное общее количество баллов за свистящие хрипы - 8 и для втяжений уступчивых мест грудной клетки составлял 9 баллов. Результаты. Комплексную оценку степени бронхиальной обструкции проводили при поступлении больных в стационар и в динамике заболевания. У 17 (32,0%) больных ОБ при поступлении выявлены следующие показатели дыхательных расстройств: ЧД≤50 в минуту, SpO^2 91-94% и оценке по шкале RDAI≤6 баллов, что соответствовала легкой степени бронхиальной обструкции. У 24 больных ЧД при поступлении отмечалась в пределах 50-60 раз в минуту, SpO^2 – 86-90% и оценка по RDAI составляла 7-9 баллов. Средняя степень бронхиальной обструкции отмечена у 45,4% больных ОБ. У 12 (22,6%) больных при поступлении ЧД составила более 60 в минуту, SpO^2≤85% и более 10 баллов выявлено при оценке по шкале RDAI. Эти данные соотнесены к тяжелой степени бронхиальной обструкции. Выводы. Комплексная клинико-инструментальная оценка степени тяжести бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с острым бронхиолитом по частоте дыхания, насыщения крови кислородом (SpO^2) и шкале респираторных нарушений (RDAI) способствует более углубленной оценке степени дыхательных расстройств и следовательно, требует более дифференцированного подхода к лечению больных ОБ, в зависимости от степени бронхиальной обструкции.

ПЕДИАТРИЯ УЗБЕКИСТАНА: РЕФОРМИРОВАНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ

Гаффарова С.Ш. студентка 3 курса педиатрического факультета СамМИ

Кафедра «Гуманитарных и общественно-экономических наук» (зав.каф. Садикова Ё.С.)

Научный руководитель, старший преподаватель Махмудова А.Н.

За последние несколько лет система здравоохранения Узбекистана стала одной из передовых в мире. Таким образом, особенное внимание со стороны государства уделяется самым маленьким гражданам нашей страны, нашим деткам, наиболее нуждающимися во внимании, как самые уязвимые болезнями членами общества. Ежегодно строятся и капитально ремонтируются отделения Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии, клиники Ташкентского медицинского института педиатрии, областные детские многопрофильные медицинские центры, районные медицинские объединения и других медико-социальные учреждения. Все они оснащаются современной диагностической и лечебной аппаратурой, что позволяет своевременно оказывать детям высокотехнологичные медицинские услуги. Сегодня в результате последовательного реформирования системы здравоохранения в стране сформировалась уникальная система защиты материнства и детства. Создана целостная и продуманная организационная структура медицинского обслуживания матерей и детей, охватывающая перинатальную и скрининг-службу, областные детские многопрофильные, республиканские специализированные медицинские центры, оказывающие высокотехнологичные услуги. В этих учреждениях здравоохранения женщины и девушки ежегодно проходят медицинский осмотр и находятся под постоянным патронажем, что способствует укреплению здоровья матерей и детей. Благодаря высокому охвату детей вакцинацией против управляемых инфекций в стране наблюдается спокойная эпидемическая ситуация. В течение последних 10 лет охват профилактическими прививками против основных инфекций колеблется в пределах 95 процентов и выше, а в последнее время превысил 98 процентов. В результате полностью устранены такие заболевания, как полиомиелит, младенческий коклюш, дифтерия, корь, резко сократились показатели ряда других инфекционных заболеваний. Ш.М.Мирзиёев 7марта 2019 г. в выступлении на торжественной церемонии, посвященной Международному женскому дню подчеркнул то, что, «Благодаря эффективной организации работы по раннему выявлению заболеваний и своевременному их лечению заболеваемость среди женщин сократилась почти в 2 раза, материнская и детская смертность в 3 и почти в 4 раза соответственно. В результате проводимых скрининг - обследований в 2018 году был предотвращен риск развития тяжелых патологий у 5 тысяч новорожденных…» В заключении следует отметить, то что, Указы и Постановления Президента, принятые в области здравоохранения, защиты материнства и детства, социально-медицинской защиты детей, дают ощутимые результаты, так как, совершенствование услуг в области охраны здоровья новорожденных и матерей важно для общего развития страны.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРЫХ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Горбатюк И.Б.

ВГНЗ Украины«Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.мед.н., профессор Е.К. Колоскова)

Неадекватная терапия острых тонзиллофарингитов (ОТФ) приводит к развитию угрожающих жизни состояний и хронизации процесса. Известно, что развитию осложнений ОТФ способствует несвоевременное или нецелесообразное назначение стартовой этиотропной терапии. Несоответствие антибиотикотерапии ОТФ возбудителю, что его вызвал, обусловлена трудностями, которые возникают у клиницистов при раннем выявлении этиологического фактора данного заболевания. Целью данного исследования было изучить диагностическое значение показателей общего анализа крови в верификации острых стрептококковых тонзиллофарингитов у детей. Материалы и методы. Первую (I, основную) группу составили 10 детей с диагнозом «стрептококковый острый тонзиллофарингит». Во вторую (II) клиническую группу вошло 16 пациентов с острым тонзиллофарингитом нестрептококковой этиологии. Стрептококковая этиология заболевания была подтверждена культуральным исследованием мазка из зева. Результаты исследования. При оценке результатов общего анализа крови у больных основной группы среднее содержание сегментоядерных нейтрофилов был достоверно выше по сравнению с больными группы контроля и составил 54,4 ± 4,2% и 44,3 ± 2,6% ($p < 0,05$) соответственно. При этом доля детей I группы, в которых наблюдалось повышение содержания сегментоядерных лейкоцитов в крови более 50,0%, составила 77,7 ± 3,6%, а среди представителей группы сравнения - 28,0 ± 2,8% ($p < 0,05$). При применении определения содержания сегментоядерных нейтрофилов в периферической крови детей как теста позволяет верифицировать стрептококковой природу ОТФ, его чувствительность составляла 77,7%, специфичность - 72%, предполагаемая положительная ценность - 73,5%, предполагаемая отрицательная ценность - 76,4%, относительный риск - 3,1 (95% ДИ 2,2-4,3), атрибутивный риск - 0,49. При регистрации данного показателя у детей с воспалительными явлениями в ротоглотке риск наличия стрептококкового ОТФ увеличивается почти в 9 раз (соотношение шансов - 8,9; 95% доверительный интервал 4,7-17,0). Выводы. Уровень сегментоядерных лейкоцитов крови более 50,0% у больного острый тонзиллофарингит является одним из ранних диагностических критериев стрептококковой этиологии заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ НЕСТРЕПТОКОККОВОИ ЭТИОЛОГИИ

Горбатюк И.Б.

ВГНЗ Украины«Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.мед.н., профессор Е.К. Колоскова)

Значительная распространенность острых тонзиллофарингитов среди детского населения обуславливает актуальность проблемы своевременной диагностики и верной тактики этиотропного лечения данной патологии в педиатрии. Целью данного исследования было изучить диагностическую ценность общеклинических показателей для подтверждения нестрептококковой этиологии острых тонзиллофарингитов у детей для оптимизации их лечения. Оценка общеклинических показателей у детей проводилась в двух группах сравнения. Первую из них сформировали 66 пациентов с острым

тонзиллофарингитом нестрептококковой этиологии (I, первая клиническая группа), о чем свидетельствовал отрицательный результат бактериологического исследования смывов из зева и задней стенки глотки. В состав второй (II) клинической группы вошло 32 детей с острым стрептококковым тонзиллофарингитом. Стрептококковая этиология заболевания была подтверждена положительным результатом культурального исследования мазка с зева.Для изучения диагностической ценности общеклинических показателей оценивали клиническую картину заболевания, анализируя выразительность катара верхних дыхательных путей и повышение температуры тела.Катар верхних дыхательных путей ассоциировался с признаками неэкссудативного тонзиллита. Показатели диагностической ценности по выявлению нестрептококкового тонзиллофарингита по отношению к тонзиллофарингиту стрептококкового генеза оказались следующими: чувствительность - 26,9%, специфичность - 87,5%, прогностическая ценность положительного результата - 68,3%, прогностическая ценность отрицательного результата - 54,5%, отношение правдоподобия положительного результата - 2,2, отношение правдоподобия отрицательного результата - 0,8.Оценивая гипертермическую реакцию у детей групп сравнения, диагностической информативностью обладали только субфебрильные значения лихорадки. Так, у пациентов с острым нестрептококковым тонзиллофарингитом данный показатель владел следующей диагностической ценностью: чувствительность - 20,9%, специфичность - 93,9%, прогностическая ценность положительного результата - 77,4%, прогностическая ценность отрицательного результата - 54,3%, отношение правдоподобия положительного результата - 3,4, отношение правдоподобия отрицательного результата - 0,8.Исходя из полученных результатов, в пользу нестрептококковый природы острого тонзиллофарингита свидетельствовали наличие у ребенка признаков катарального воспаления верхних дыхательных путей на фоне субфебрильной лихорадки.

ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ РАЗВИВАЮЩИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА

Гулмуродов Б.Н., студент 108 группы медико – педагогического факультета,

Мамаюсупов М.М., студент 105 группы лечебного факультета СамМИ.

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав.каф.- к.м.н., доцент Мавлянова З.Ф.).

Научный руководитель: ассистент Умирова С.М.

Цель работы - сложность и тяжесть двигательных нарушений у детей с мозговыми дисфункциями варьирует в большом диапазоне, в зависимости от выраженности поражения ЦНС и выявляемых при этом пато биохимических изменений в опорно- двигательном аппарате ребёнка. Материалы и методы исследования. На наш взгляд, наиболее актуальной проблемой двигательной реабилитации является отсутствие системного подхода к патобиомеханическим изменениям скелетно- мышечной системы, артикуляционной и висцеральной моторики. Отсутствие алгоритма диагностики патобиохимических изменений и выделения среди них наиболее значимых формирующих неоптимальность двигательного стереотипа затрудняет выбор методов кинезотерапии. Единая основа проблем физического и нервно-психического развития детей обуславливает создание двигательных программ развития ребёнка. В основе этих программ находится положение о том, что функциональное развитие нервной системы в онтогенезе отражает филогенетические закономерности её развития. Нами разработана система тестов, позволяющая чётко диагностировать двигательные навыки детей с последующим назначением двигательных программ. Результаты. Так, нами определяются следующие ниже перечисленные навыки. Координационная устойчивость (стоя на двух ногах с открытыми и закрытыми глазами, стоя на одной ноге с открытыми и закрытыми глазами, стоя на одной ноге с открытыми и закрытыми глазами с наклоном головы); движения(ползание вперёд – гомолатеральные и гетеролатеральные движения, ползание назад – гомолатеральное и гетеролатеральное). На основании диагностических данных определяется нарушения координации головы, ног, рук, тела и строится профиль развития сенсомоторной интеграции. Профиль показывает наиболее слабые стороны на том или другом уровне. Построение развивающих двигательных программ базируется на ликвидации патобиохимических изменений в опорно-двигательном аппарате ребёнка и упражнениях на координацию и равновесие, развитии сенсорных систем. Средством естественно-биологического воздействия в целях предупреждения и ликвидации отрицательных последствий гипокинезии и патобиохимических изменений является расширение двигательной активности детей, предполагающее широкое применение подвижных игр и игр спортивного характера на свежем воздухе с использованием основных спортивных движений, обеспечивающих оздоровительный, общеукрепляющий эффект. Выводы: Выбор игр определяется возрастом детей, уровнем их физического развития и тем навыкам, которыми они владеют. Использование дифференцированного подхода к проведению абилитационных программ позволило существенно повысить их эффективность, что нашло сове отражение в улучшении показателей физического развития, повышении функционального состояния вегетативной нервной системы, кардиореспираторной системы.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Давлатова И.Р., резидент магистратуры 1 курса по специальности педиатрии., СамМИ.

Кафедра: 2-Педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав.кафедра:Юлдашев Б А)

Научный руководитель: д.м.н. доц Ахмеджанова Н.И.

Цель исследования: оценить влияние анемии на течение хронической болезни почек у детей, выявить зависимость между уровнем гемоглобина и клиническими признаками заболевания. Материалы и методы исследования. Для решения поставленных перед нашим исследованием задач все дети разделены на две группы по уровню гемоглобина на момент поступления в стационар: 1 группа - дети с уровнем гемоглобина <120 г/л, 2 группа - дети с уровнем гемоглобина £ 120 г/л. По рекомендациям NICE, 2003 нефрогенной анемией принято считать снижение гемоглобина менее 110 г/л при наличии установленной ХБП у взрослых и детей старше двух лет и менее 100 г/л у детей младше двух лет. Таким образом, критический уровень гемоглобина - 120 г/л. В первую группу вошел 51 ребенок, а во 2 группу - 377 детей. Результаты исследования. Для выполнения поставленных нами задач было проведено обследование пациентов основной группы и группы сравнения. С целью изучения возможного влияния этиологии патологического процесса в почках обе группы были разделены на подгруппы в соответствии с выставленным основным диагнозом: хронический гломерулонефрит (ХГН), хронический тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН). Комплексное клиническое исследование с определением функционального состояния почек было проведено в обеих группах больных с ХБП. При обследовании пациентов с ХБП нами был выявлен ряд особенностей, отражающих особенности течения патологического процесса различной этиологии на фоне анемического синдрома. При выяснении жалоб и анамнеза пациентов мы обнаружили, что 44,4% детей I группы и 37,4% II группы не предъявляли каких-либо жалоб на момент поступления в стационар. В целом пациенты I группы при поступлении предъявляли меньше жалоб, связанных с основным заболеванием и его осложнениями. Кроме того, мы оценивали частоту жалоб, связанных с сопутствующими состояниями - диспепсические расстройства, проявления системных заболеваний соединительной ткани (боли в суставах, кожные проявления при склеродермии и CJCB), побочные эффекты гормонотерапии (акне, стрии, прибавка массы тела), симптомы острых респираторных вирусных инфекций. Такие проявления нарушенной иммунной реактивности, как частые инфекционные заболевания, фурункулез вошли в рубрику «Другие жалобы». Дети I группы достоверно реже ($p<0,05$) предъявляли жалобы на боль в поясничной области. Их частота составила 16,3±2,4%, тогда как во II группе - 24,4±1,4%. Также в I группе реже встречались жалобы на головную боль, связанную как с симптомами интоксикации, так и с проявлениями нейроциркуляторной дистонии - 8,9±2,4% в I группе и 11,5±1,4% во II группе ($p<0,05$). Хотя отдельные нозологии в целом повторяют ситуацию в группах, мы попробовали выявить характерные особенности течения ХБП в зависимости от этиологии в I группе. Для ХГН на фоне анемического симптома характерна большая частота жалоб на дизурические явления. В I группе их частота 3,0%±2,4%, тогда как при ХГН во II группе - только 0,6±1,2%. В 2 раза чаще при ХГН в I группе встречались и жалобы, связанные с сопутствующими состояниями - 4,4±2,1%. Особенностью течения хронического ТИН на фоне анемии является большая частота обнаружения отеков и пастозности тканей, чем без анемии: 3,7±1,6% в I группе и 2,5±0,7% во II группе. Результаты оценки общего самочувствия выражено отличаются от литературных данных, которые свидетельствуют о снижении качества жизни и самочувствия при ассоциации ХБП с анемией. Таким образом, ХБП на ранних стадиях на фоне анемии протекает более остро, с большим количеством жалоб, тогда как на поздних стадиях болезни общее самочувствие в первую очередь определяет тяжесть основного процесса.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Джураев Ж.Д. студент 505 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доцент, Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Маматкулова Д.Х., доцент Шарипова О.А.

Цель работы Оценка полового развития детей при бронхоэктатической болезни. Материалы и методы исследования: Обследовано 42 больных с бронхоэктатической болезнью от 11 до 16 лет. У 32(80,3%) обследованных были выявлены цилиндрические бронхоэктазы, у 10 (19,7%) мешотчатые бронхоэктазы. Двусторонние поражения наблюдались у 8(19%), односторонние 34(81%) больных. По давности заболевания больные распределились следующим образом: 5-6 лет- 8(19%), 7 лет-10(19,7%), 8 лет и более- 24(57,1%). Для выяснения состояния полового развития у мальчиков нами был проведен генетометрический анализ и оценка со стадиями полового развития по J.M. Tanner (1967). Результаты и их обсуждение. При анализе особенностей полового развития детей нами выявлены следующие различия. Так, у мальчиков в возрасте 12 лет длина полового члена была недостоверно, а поперечнике – достоверно меньше нормативных показателей (соответственно: 2,89 ±0,09см (P<0,05) и 1,56 ±0,03см (P<0,001)). Как известно, первым признаком начавшегося пубертата является увеличение яичек, которое происходит между 11 и 12 годами. Наше исследование по измерению правого яичка у больных 12 лет показало, что его размеры у них достоверно меньше (2,55±0,14см X 1,63±0,89см) по сравнению с контрольной группой (3,1±0,22X 1,82±0,13см). В группе больных 13 лет длина и поперечник полового члена составили 3,42 ±0,32 X 2,14±0,1см, тогда как в контрольной группе - 4,53±0,41X2,1±0,11см, объем правого яичка у больных этой возрастной подгруппы был равен 2,44±0,14смX1,82±0,11см, а в группе сравнения - 3,42±0,21смX2,12±0,11см. Наибольшее отставание генетометрических показателей мы обнаружили у больных 14,15 и 16 лет. Так, у больных 14 лет размеры полового члена составили 3,48±0,42 X 2,11±0,14см (P<0,001), а объем яичка - 3,0 ±0,12см X 1,98±0,14 см (P<0,001). У больных 15 лет размеры полового члена были - 4,5±1,23см X 2,2±0,18см (контрольная группа 6,14±0,94 X 2,46±0,13), а объем правого яичка 3,1±0,04см X 1,95±0,23 см (контрольная группа 3,88±0,38см X 2,41±0,16 см). У больных с бронхоэктатической болезнью в 13 лет не было вторичных половых признаков, т.е. они находились на I й стадии полового развития по Таннеру. У детей в 15 лет, имело место запаздывание появления вторичных половых признаков, размеры наружных половых органов не соответствовали общепопуляционным нормам (II –я стадия II полового развития по Таннеру). Анализ полового развития детей в зависимости от длительности бронхоэктатической болезни показал, что по мере увеличения продолжительности болезни, частота ЗПР также увеличивалась. При длительности бронхоэктатической болезни более 7 лет, задержанный пубертат был у 92,9% обследованных.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Джураева М.С. студентка 413 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – д.м.н., доцент Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипова О.А.

Цель работы: Изучение минеральной плотности костной ткани у детей с бронхиальной астмой с различными уровнями физического развития. Материал и методы исследования: Нами было обследовано 46 больных детей в возрасте от 10 до 16 лет, наблюдавшихся в детском отделении клиники №1 СамМИ с диагнозом бронхиальная астма (БА). Среднетяжелое течение БА отмечалось у 16 (34,8%) детей, тяжелое – у 30 (65,2%) пациентов. Больные получали комплекс базисной терапии, принятое на сегодняшней день. Показатели пикфлоуметрии у больных интермитирующей и легкой персистирующей БА в период обострения снижена от 15% до 27%, среднетяжелой и тяжелой персистирующей БА составили от 37% до 49% от средней величины нормы. При исследовании насыщенности капиллярной крови кислородом нами выявлено снижение кислорода до 84,8±3,8% у больных с тяжелым течением БА. В период ремиссии снижение насыщенности кислорода сохранялось до 92,4±2,9%, у здоровых детей этот показатель был равен 98,5±1,5%. Показатели физического развития оценивали по абсолютным значениям длины, массы тела и окружности грудной клетки. Индекс массы тела рассчитывался по формуле ИМТ=вес/рост ($м^2$). Полученные данные сравнивали со стандартами роста и развития детей, рекомендованными ВОЗ (2007). МПКТ измеряли методом остеоденситометрии пяточной кости на аппарате «SONOST 3000», оснащенного детской программой (Южная Корея). Критерием остеопении считали снижение МПКТ от –1 до –2,5 SD по Z-критерию, а снижение SD более –2,5 расценивали как остеопороз. Результаты: У больных с БА задержка физического развития (ЗФР) выявлена у 40 (86,9%) больных. В возрасте 11, 12, 15, 16 лет у мальчиков и 10, 14, 15, 16 лет у девочек часто отмечалось снижение массы тела (-3СО). Показатели роста в возрасте 10, 11, 12, 15 лет были в зоне (–2СО) – (–3СО). При определении ИМТ, выявлен заметный дефицит массы тела у больных с БА выше указанных возрастов и составил (–2СО) – (–3СО). При изучении гармоничности развития у больных БА мы отмечали дисгармоническое развития в возрасте 11, 13, 14 и резко дисгармоническое развитие в возрасте 16 лет у мальчиков, а также 10, 14, 15 лет у девочек. При сопоставлении данных физического развития детей с тяжестью и давностью БА мы отметили отчетливую связь между ними. Чем тяжелее и длительнее протекала болезнь, тем чаще физическое развитие детей было задержано r=0,50; r=0,39 (P<0,05). Наряду с этим нами выявлено, что дети, которые получали высокие дозы (54,0%) системных или ингаляционных кортикостероидов, были значительно ниже ростом. Следовательно, наши анализы показывают, что тяжелое течение БА и раннее начало болезни ведет к снижению веса и роста. Снижение минеральной плотности костной ткани диагностировано у 40 (86,9%) детей с ЗФР. Остеопения диагностирована у 29 (63%) детей с БА, а остеопороз у 11 (24%) больных. Больные, получавшие системные глюкокортикоиды длительное время (более 3-4лет) и постоянно пользующие ИГ (более 5-6 лет) имели более выраженное снижение минеральной плотности костной ткани. Остеопороз достоверно (P< 0,05) больше встречался у больных, получавших системные глюкокортикоиды при неконтролируемой БА.Выводы: Таким образом, патогенез нарушений роста при БА является комплексным. Выявленные закономерности снижение минерализации костной ткани определяют необходимость мониторинга минерализации скелета в качестве основы первичной профилактики остеопороза и задержки физического развития у детей.

ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВНИМАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ

Досан З.М. интерн 7029 группы школы медицины НАО «МУК»

Кафедра детские болезни№ 2 (зав. каф. - Тукбекова Б.Т.)

Медицинский Университет Караганды, Научный руководитель: проф. Тукбекова Б.Т.

Целью нашей работы было изучение всех случаев невнимательного обращения с ребенком в общей структуре заболеваемости детей, поступивших в приемный покой КГКП «ОДКБ» г Караганды. Материалы и методынами изучена заболеваемость детей в «ОДКБ» г. Караганды, получивших травмы и ожоги в домашних условияхучитывались случаи невнимательного или недоброжелательного обращения с ребенком, случаи недостаточного контроля, ухода, отсутствия внимания за ребенком, повлекшие за собой необходимость в оказании экстренной медицинской помощи ребенку. Результаты: Проведенное исследование показало, что за два года нами установлено 1774 случаев невнимательного или недоброжелательного отношения к ребенку, что составило 8,3% в общей структуре заболеваемости детей, обратившихся за медицинской помощью. Мальчики составили 65,4%, девочки-33,6% от всех случаев обращений. Среди ожогов преобладали термические ожоги, которые составили 78%, химические - 22% случаев. При изучении возраста детей, обратившихся с ожоговой патологией, было установлено, что среди детей первого года жизни преобладали термические ожоги, среди детей раннего возраста и детей с 3 до 5 лет - инородное тело, среди детей от 5 лет и старше доминировали травмы. Среди поступивших детей, городское население составило 87%, а жители сельской области -23% случаев. Результаты проведенного исследования показали, что среди всех детей преимущественно пострадали дети раннего возраста (37,4%) за счет термических ожогов по вине родителей. Выводы. Любой вид недоброжелательного обращения с детьми может сопровождаться серьезными нарушениям состояния здоровья детей, их физического и психического благополучия, что мешает его полноценному развитию. Нами установлен факт невнимательного отношения к ребенку со стороны родителей, в виде отсутствия условий для безопасного существования, ввиду незнания особенностей поведения детей, а также отсутствия солидарной родителей за здоровье своего

ребенка. Причины проявления многих отклонений и нарушений в детском возрасте в дальнейшем может отразиться во взрослой жизни. Поэтому при оценке каждого конкретного случая насилия над детьми следует очень внимательно рассматривать весь комплекс клинических симптомов, психологических особенностей, социальных условий и обстоятельств, связанных с невнимательном обращением, и подходить к данному вопросу профессионально, учитывая мнение всех специалистов, чтобы оказать действенную помощь.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Жабборов С. студент 314- группы педиатрического факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом. – доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: ассистент Абдукадирова Н.Б.

Во всем мире менингиты продолжают оставаться одними из самых распространенных форм поражения центральной нервной системыкак у взрослых, так и у детей. Среди них на долю серозных менингитов приходится более половины. Этиологическая структура серозных менингитов различна, по данным большинства исследователей, в 50-60% случаев этиологическими агентами являются энтеровирусы. Особенностью этой инфекции является вирусоносительство, постоянно обуславливающее возникновение спорадических форм и массовых заболеваний, которое, как и заболеваемость, наблюдается не только среди детей младшего и старшего возраста, но и среди взрослых. В нашем регионе данная инфекция не изучена и большое количество больных с серозными менингитами так и проходит не расшифрованными. В связи с этим возникает необходимость оптимизации диагностики серозных менингитов и изучения течения менингитов с учетом расшифрованной нозологии. Цель исследования: Оценить клинико-лабораторные показатели при энтеровирусных менингитах у детей. Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 50 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находящихся на стационарном лечении в городской инфекционной больнице г.Самарканда. Всем пациентам проводился комплекс исследований, включавший клиническое и биохимическое исследование крови, ликвора, а также исследование спинномозговой жидкости по стандартным методикам с выделением РНК энтеровируса методом ПЦР. Результаты исследования: Анализ полученных данных показал, что у 16 больных был установлен диагноз энтеровирусный менингит. В зависимости от возраста были выделены 3 группы больных: 1 группа – дети от 1 до 3 лет, 2 группа – от 3 до 7 лет и 3 группа – с 7 до 14 лет. В возрастной структуре заболевших дети от 1 года до 3 лет составили 2 (12,5%) человек, от 3 до 7 лет – 4 (25,0%), с 7 до 14 лет – 10 (62,5%). Мальчиков было достоверно больше, чем девочек – 11 (68,8%) и 5 (31,2%) соответственно. У всех больных при поступлении в стационар отмечалось повышение температуры до 38 и выше. У большинства больных начало болезни было острым, появлялась интенсивная головная боль и резкая слабость в 78,5%, рвота 68%. Со стороны органов дыхания чаще отмечались изменения в виде бронхитов (жесткое дыхание, единичные сухие хрипы). Со стороны сердечно-сосудистой системы во всех случаях отмечалось приглушение тонов сердца. На фоне выраженной интоксикации больные жаловались на диспепсические расстройства, такие как, отсутствие аппетита, тошноту 55,5%, рвоту у 75% больных. Незначительная пальпаторная болезненность живота наблюдалась у 15,5%, гепато- и спленомегалии не отмечалось. Изменения со стороны почек проявлялись лишь в олигоурии у 4,8%. Со стороны нервной системы у всех больных отмечалась упорная головная боль, прием анальгетиков не давал выраженного эффекта. У всех больных отмечались положительные менингеальные симптомы. При клиническом исследовании спинномозговой жидкости обнаружено: ликвор-бесцветный почти прозрачный, давление в среднем 200-300 мм.вод.ст.; скорость вытекания 60-90 капель в мин; цитоз колебался в пределах от 20 до 800 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов; белок от 160 и более до 1000 мг/л; осадочные реакции Панди и Нонне-Аппельта положительные во всех образцах; количество хлоридов и глюкозыповышено. Всем больным в стационаре проводилось комплексное лечение. Заболевание у всех больных протекало преимущественно в среднетяжелой и тяжелой форме. Вывод: Таким образом, в структуре серозных менингитов встречаются менингиты энтеровирусной этиологии, которые по нашим наблюдениям, протекают преимущественно в среднетяжелой и тяжелой форме.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Жаффарова М.А педиатрия, 6 курс, 624группа, ГКДБ №1

ТашПМИ, кафедра госпитальной педиатрии №1 (зав.каф. - д.м.н. Алиева Н.Р.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Турдиева Д.Э.

Актуальность: Пневмония является серьезной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространенностью, особенно, среди детей раннего возраста. Актуальность этой проблемы определяется также постоянным ростом антибиотикоустойчивых штаммов ключевых возбудителей внебольничнойпневмонии. Цель исследования: изучение клинико-этиологической картины внебольничной пневмонии у детей раннего возраста для разработки эффективной схемы антибактериальной терапии. Материалы и методы: Всего обследовано 58 детей. Дети от 1 до3 месяцев составили – 26 и старше 3 месяцев – 32. Материалом для бактериологического исследования являлись мазок из зева и мокрота. Результаты исследования: По результатам этиологического мониторинга ведущей этиотропной флорой внебольничной пневмонии из зева являлся Kl.pneumoniae (24,5%). Установлена высокая чувствительность St.pneumoniae к цефтриоксону, цефотаксиму. Вторым по значимости возбудителем явилась St. aureus (20,7%), наибольшая чувствительность которой выявлена к гентамицину (83%). Ведущей этиотропной флорой внебольничной пневмонии мокроты являлся St. pneumoniae (46,9%). Высокая чувствительность St.pneumoniae к цефтриоксону, цефотаксиму. Наиболее часто в качестве стартового антибиотика назначался цефазолин (42,8%), как альтернативный антибиотик использовался цефотаксим (37,4%). Пенициллин и ампициллин назначался реже. Сочетанная антибактериальная терапия проводилась у 29,4% больных. Отрицательный клинический эффект от назначения вышеуказанных антибактериальных препаратов у 19% детей старше 3 месяцев, потребовалось назначение второго курса антибактериальной терапии. В качестве второго курса применялся цефтриоксон, на втором месте гентамицин. Во всех наблюдаемых случаях было достигнуто клиническое выздоровление. Выводы: Микрофлора, выделенная из зева и мокроты, обладала различной чувствительностью к действию антибактериальных препаратов. Препаратами выбора для Kl.pneumoniae, St.pneumoniae, St. aureus следует считать цефтриоксон, цефотаксим и гентамицин.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

Жуманиязов Н. Б., магистр- Детские инфекционные болезни, Расулова З.Д., 204 группа Медико-педагогический факультет ТашПМИ

Кафедра Детские инфекционные болезни, (зав. кафедрой д.м.н. Таджиев Б.М.)

Научный руководитель – к.м.н. доцент Даминова М.Н.

Актуальным направлением современной медицины является использование средств коррекции кишечной микробиоты (пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков) в лечении многих заболеваний и патологических состояний человеческого организма. Цель нашего исследования. Коррекция нарушений микробиоценоза кишечника у детей, с сахарным диабетом типа 1. Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач нами проводилось клиническое обследование 54 детей с нарушениями кишечного микробиоценоза СД типа 1 типа, в возрасте от 6 до 18 лет. Мальчиков – 21(38,89%), девочек – 33(61,11%). Контрольную группу составят 30 больных СД 1 типа не осложненных диабетической энтеропатией (ДЭ), соответствующего пола и возраста. Средний возраст всех обследованных детей составил 11,65±0,4 лет. Среди этой группы больных детей в возрасте от 6 до 9 лет было 17 (31,48%), в возрасте от 10 до 14 лет – 28 (51,85%), от 15 до 18 лет – 9(16,67%). Микрофлору толстой кишки исследовали по методическим рекомендациям Касаткина Э.П. и соавт. Результаты и обсуждение. Проведенные исследования при изучении нарушений кишечного микробиоценоза у всех обследованных нами детей с СД 1 типа, показали изменения в составе кишечной флоры выраженного или умеренного характера. Эффективность комплексного лечения дисбиотических изменений с применением пробиотика энтерола у детей больных сахарным диабетом 1 типа оценивалась по результатам бактериологического анализа. Однократный курс комплексного лечения вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям. Так, отмечено достоверное увеличение числа бифидобактерий, несколько увеличилось содержание лактобактерий, хотя изначально их количество было снижено не столь значительно, как бифидобактерий. У всех детей, больных сахарным диабетом 1 типа, возросла

частота выделения лактозоположительных кишечных палочек и, что особенно важно, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до лечения он составлял 30%, после лечения – 8% (при норме – 2%). В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 63,64%, а через 7 недель после начала лечения энтеролом нормальный микробиоценоз кишечника установился у 81,82% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа. Результаты исследований дают возможность рекомендовать пробиотический препарат энтерол как вспомогательное средство при лечении нарушений микрофлоры кишечника детей и подростков с СД 1 типа, что позволит повысить эффективность лечения и снизить риск развития осложнений, а также инвалидность и смертность. Разработанные методы коррекции дисбиотических изменений при нарушениях кишечного микробиоценозаСД 1 типа ферментными препаратами, таких как энтерол, способствуют снижению инвалидности и смертности, сокращению сроков пребывания в стационаре больных с нарушениями кишечного микробиоценоза СД 1 типа, профилактике ранних и отдаленных осложнений и социально-экономических затрат. Выводы. У всех обследованных нами детей с сахарным диабетом 1 типа, в микрофлоре кишечника имеются дисбиотические изменения. Применение пробиотика энтерол в комплексной терапии при нарушениях кишечного микробиоценоза у детей с СД 1 типа позволяет в более ранние сроки добиться снижения выраженности клинических симптомов, снизить частоту их рецидивирования, существенно повысить показатели качества жизни пациентов

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Ибрагимова Н.С., Кудратова З.Э., Кувандиков Г.Б.

Кафедра клинико-лабораторной диагностики СамМИ

Научный руководитель: асс. Юсупова Н.А.

Актуальность. Среди хронических воспалительных заболеваний наибольший интерес в настоящее время представляет проблема хронического бронхита у детей. Прогноз хронического бронхита всегда серьезный, поскольку воспаление носит двухсторонний диффузный характер, со временем прогрессирует и приводит к необратимым изменениям в легких и развитию дыхательной недостаточности. Целью исследования явилось изучение клеточного состава бронхоальвеолярного смыва у детей с хроническим бронхитом. Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужил бронхоальвеолярный смыв 19 детей с хроническим бронхитом, находившихся на лечении в торакальном отделении клиники №2 Самаркандского государственного медицинского института. Исследуемый смыв получали путем промывания базально-сегментарных бронхов 20 мл 0,9% физиологического раствора во время фибробронхоскопии. Осадок бронхоальвеолярной жидкости, полученного при центрифугировании окрашивали на предметном стекле по Романовскому-Гимзе после предварительной фиксации в 96% этиловом спирте. Подсчёт клеток проводили с помощью бинокулярного микроскопа HumaScope (Германия). Для определения характера воспалительного процесса подсчет клеток (альвеолярных макрофагов, нейтрофилов, лимфоцитов, эозинофилов) производили под иммерсией с вычислением цитологического состава на 100 клеток. Результаты исследования. Из обследуемых детей возраст их колебался от 3до 7 лет. Во время фибробронхоскопии у всех обследуемых детей были диагностированы двусторонние эндобронхиты с преобладанием гнойного (47,4%) и гнойно-катарального (52,6%) воспаления в бронхах. При подсчете клеточного состава бронхоальвеолярного смыва были выявлены выраженные признаки численного лимфоцитарно-макрофагального дефицита: содержание альвеолярных макрофагов – 12,8%, нейтрофилов – 73,6%, лимфоцитов 4 -%, эозинофилов – 0,5%. Это свидетельствует о выраженном снижении местной антимикробной клеточной защитной способности слизистой оболочки бронхов. Выводы. Из вышеуказанного можно сделать вывод, что наличие лимфоцитарно-макрофагального дефицита указывает о значительном снижении местного клеточного защитного барьера слизистой оболочки бронхов к воздействию инфекций.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Иванова А.А., Мухортов А.Д., студенты 512 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доцент, к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель к.м.н. Лекомцева О.И.

На сегодняшний день количество детей с патологией дыхательной системы неуклонно растёт. При этом, наряду с совершенствованием методов медикаментозной терапии, мало внимания уделяется таким методам профилактики, как дыхательная гимнастика. Цель работы: определить влияние дыхательной гимнастики на показатели внешнего дыхания у детей с легочной патологией. Материалы и методы исследования: комплекс дыхательных упражнений в составе проводимой дыхательной гимнастики подобран при помощи учебника В.И. Дубровского «Лечебная физическая культура»; определение сатурации при помощи пульсоксиметра; определение частоты дыхательных движений (ЧДД) с использованием секундомера. Замер пиковой скорости выдоха (ПСВ) при помощи пикфлоуметра. Полученные в ходе эксперимента данные заносились в сводную таблицу и, в дальнейшем, обрабатывались с помощью методов математической статистики по Ф. Фишеру на 5% уровне значимости в программе MicrosoftExcel. Совместно с сотрудниками БУЗ «РСДД «Ласточка» Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики» нами обследована группа детей с бронхолегочной патологией в возрасте 3-4 года в количестве 18 человек. Далее, эта группа случайным образом была разделена на 2 варианта (контрольная и опытная) по 9 человек в каждой. Опытной группе проводилась дыхательная гимнастика и замерялись показатели ПСВ, ЧДД, сатурации. Контрольная группа подвергалась исключительно изучению ПСВ, ЧДД, сатурации. Результаты исследования: при сравнении двух исследуемых групп по определяемым параметрам выявлено, что статистически значимым является изменение двух изучаемых показателей: ПСВ и сатурации кислорода (F фактический (Fфакт.) >F табличный (Fтабл.)) в двух вариантах опыта (Fтабл. = 4,49). Fфакт. при сравнении показателей ПСВ составил 5,82, а при сатурации – 5,06. Различие оказалось несущественным в отношении показателя ЧДД. Доля влияния фактора (проведение дыхательной гимнастики) при исследовании ПСВ составила 26,7%, ЧДД – 3,3%, сатурации – 24,0%. Вывод: таким образом, показатели внешнего дыхания достоверно зависят от проведения дыхательной гимнастики у детей с бронхолегочной патологией, главным образом за счет изменения показателей пиковой скорости выдоха и сатурации кислорода; полученный результат убедительно подчеркивает важность дыхательной гимнастики для профилактики болезней дыхательной системы у детей.

ОСОБЕННОСТИ ОРИ У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 ГОДА

Иванова П.Ф., Колесникова Е.Т., студенты 511 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав.каф. – к.м.н., доцент Поздеева О.С.)

Научный руководитель к.м.н., доцент Бриткова Т.А.

Острые респираторные вирусные инфекции занимают ведущую позицию в структуре заболеваемости детского возраста. Ежегодно изменяется вирусологическая активность и растет количество детей с отягощенным преморбидным фоном, что приводит к изменению клинических проявлений заболевания, вследствие чего возникают затруднения с дифференциальной диагностикой вирусных инфекций и назначением рациональной этиотропной терапии. Цель работы: проанализировать клинико-вирусологические особенности острой респираторной вирусной инфекции у детей в эпидемическом сезоне 2018-2019 года. Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 133 историй болезни пациентов с диагнозом ОРИ, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении ГКБ№7 г. Ижевска в эпидемическом сезоне 2018-2019г. Полученные результаты: было выявлено, что на долю детей грудного периода (до 1 года) приходится 21,8% заболевших, раннего детства (1-3 года) 33,3%, дошкольного возраста (от 3– 7 лет) 26,9%, младшего школьного возраста (7-12 лет) 17,9%; мальчиков было 48%, девочек 52%. По результатам проведённых анализов ПЦР наибольший вклад в структуру респираторной заболеваемости в эпидемическом сезоне 2018-2019 года вносят вирусы гриппа (29,6%), риновирус (27,4%), респираторно-синцитиальный вирус (21,5%), аденовирус, бокавирус, коронавирус, метапневмовирус, вирус парагриппа

встречаются значительно реже (21,5%), а в 60% случаев идентифицировать возбудителя не удаётся. В общем анализе крови у больных ОРИ с неподтвержденным ПЦР были выявлены лимфоцитоз (68,5%) и моноцитоз (48%), что указывает на вирусную природу заболевания. Из клинических форм преобладают обструктивный бронхит (34,2%), ринофарингит (31%), пневмонии (11,4%), ларинготрахеит (10%), тонзиллофарингит (8,5%), ринит (2,8%). На клинические проявления и степень тяжести течения ОРИ непосредственно оказывают влияние преморбидные факторы, такие как кесарево сечение (24,2%), угроза прерывания беременности (25,7%), грудное вскармливание менее 6 месяцев (24,2%), недоношенность (15,7%), прием антибиотиков за последние 6 месяцев (37,1%), отсутствие прививок от гриппа (21,4%), отягощенный аллергоанамнез (17,1%). Также было установлено, что 54,7% детей получали интерфероны (Виферон), 23,2% противовирусные (Анаферон), 72,6% антибактериальные препараты (цефуроксим, амоксициллин, азитромицин), симптоматическую терапию (жаропонижающие, муколитики, бронхолитики, антигистаминные). Выводы: Таким образом, в эпидемическом сезоне 2018-2019 года преобладают вирус гриппа (29,6%), риновирус (27,4%) и респираторно-синцитиальный вирус (21,5%). Чаще встречаются клинические формы в виде обструктивного бронхита (34,2%) и ринофарингита (31%). В группу риска развития ОРИ могут быть отнесены дети при наличии таких предрасполагающих факторов, как отягощенный акушерский анамнез матери, ранний переход на искусственное вскармливание, отсутствие профилактических прививок. Для лечения пациентов применялась противовирусная терапия (77,9%), в большинстве случаев в сочетании с антибактериальной (72,6%) из-за невозможности исключить участие антибактериальной флоры.

ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Икрамова П.Х, студент 401 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра педиатрии и медицинской генетики № 3 (зав.каф.- доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель доцент, д.м.н. Мухаммадиева Л.А.

Целью нашего исследования было использование у детей с бронхоэктатической болезнью аутотрансплантацию макрофагальных клеток респираторного тракта (АМКРТ) со стимуляцией полиоксидонием, для улучшения результатов лечения, профилактики прогрессирования болезни и снижения частоты обострений. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 27 детей с бронхоэктатической болезнью в стадии обострения и 22 здоровых ребенка в возрасте от 3-15 лет. Мальчиков было – 17 (62,9%); Девочек – 10 (37,1%). Всем больным были проведены следующие иммунологические исследования: определение числа Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+), естественных киллеров (CD16+), В-лимфоцитов (CD20+) определяли модифицированным методом Гариб Ф.Ю.; а концентрацию сывороточных иммуноглобулинов A, G, M в периферической крови по методу Manchini.Результаты исследования. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 12 (44,4%), а во вторую 15 (55,6%). Дети первой группы получали традиционное лечение. А второй группе было проведено на фоне традиционного лечения аутотрансплантация макрофагальных клеток респираторного тракта со стимуляцией полиоксидонием. I группа включала следующее лечение – антибиотики, муколитики, позиционный дренаж бронхов, лечебные бронхоскопии и физиотерапии. II группа получала на фоне традиционной терапии аутотрансплантацию макрофагальных клеток респираторного тракта (АМКРТ) со стимуляцией полиоксидонием. Результаты лечения (I группы) показали, что иммунная система изменились незначительно, большинство показателей статуса либо практически не изменились, либо изменились, но разница до и после лечения статистически была недостоверной (Р во всех случаях >0,05). У детей получивших аутотрансплантацию макрофагальными клетками респираторного тракта с полиоксидонием результаты показали значительную эффективность терапии по сравнению с детьми получавших традиционное лечение. Динамика иммунологических показателей выявило: Субпопуляции CD_{3^+} $CD_{4^+}CD_{8^+}$ достоверно повысились, больше во II группе, чем в I группе. Субпопуляции $CD_{16^+}CD_{20^+}$ понизились, больше во II группе, чем в I группе. Для достижения еще большего эффекта после выписки из стационара полиоксидоний был дан нами перорально амбулаторно. Катамнестические данные (3 мес) показали, что в 1- ой группе было 1-2 обострения, а во 2- ой группе обострений не было причем исследование иммунологических показателей выявило приближение к нормативным показателям Т- клеточного иммунитета и иммуноглобулина А во второй группе, в 1- ой группе иммунологические показатели как клеточного так и гуморального иммунитета почти не отличались от дня выписки. Выводы. Таким образом, использование эндобронхиально аутотрансплантацию макрофагальными клетками респираторного тракта со стимуляцией полиоксидонием, и с последующим получением полиоксидония в амбулаторных условиях у детей с хронической пневмонией положительно повлияло на течение воспалительного процесса в бронхах, что было подтверждено улучшением иммунологических показателей и снижением количества обострений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Икрамова З.Х. студентка 6 курса педиатрического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвактова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Под вестибулярной дисфункцией понимают в первую очередь спонтанные патологические реакции (сенсорные, моторные и вегетативные). Наиболее часто вестибулярные нарушения являются симптомом болезни Меньера (БМ), кохлеовестибулопатии на фоне вертебробазилярной недостаточности, доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, лабиринтита и вестибулярного нейронита. Наряду с традиционными методами исследования вестибулярной функции для диагностики и лечения патологических состояний, сопровождающихся нарушением функции вестибулярного анализатора, всё чаще применяется функциональная компьютерная стабилометрия (ФКС), основанная на регистрации и анализе колебаний центра давления (ЦД) тела человека. Цель исследования: В связи с этим целью проведенного нами исследования явилась оценка лечебно-диагностического алгоритма при центральных и периферических вестибулярных нарушениях на различных уровнях его поражения. Материал и методы исследования. Было обследовано 82 больных, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в клинике СамМИ кафедре оториноларингологии с жалобами на головокружение или нарушение равновесия. В схему обследования больных помимо стандартного оториноларингологического клинического исследования входило комплексное вестибулометрическое исследование, тональная пороговая аудиометрия, ФКС, кроме того, проводилась диагностическая беседа с целью подробного выяснения анамнеза заболевания и оценки вестибулярных нарушений при помощи сенсорноаналоговой шкалы. Результаты исследования: В зависимости от типа протекания индуцированных вестибулярных реакций (ИВР) (центрального, смешанного или периферического) пациенты были разделены на две группы. В 1ю группу вошло 30 пациентов (22,1%) с периферическим типом протекания ИВР: 4 (13,3%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 6 (20%) –с острым отитом и 20 (66,6%) – с синдромом Меньера. Во 2ю группу вошло 52 пациента (38,2%) с центральным типом ИВР: 4 (7,7%) – с острым экссудативным средним отитом, 14 (26,9%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 14 (26,9%) – с прогрессирующей хронической нейросенсорной тугоухостью и 20 (38,5%) –с острой нейросенсорной тугоухостью. Вегетативные проявления отмечали 20 пациентов (38,5%). В этой группе выраженность головокружения по сенсорноаналоговой шкале составила 3,0 ± 0,67 балла. При этом только 13 пациентов (24,6%) характеризовали головокружение как выраженное, а 46 пациентов (86,4%) описывали его как несистемное. У 24 пациентов (46,2%) показатель функции равновесия был снижен на 29,0 ± 2,6%; для всей группы этот показатель составил 13,4%. При проведении ФКС у 18 пациентов (33,3%) показатель функции равновесия был снижен на 26,7 ± 2,8%; для всей группы снижение показателя функции равновесия составило 8,9%. Примечательно, что снижение показателя функции равновесия было выявлено только у 6 из 24 пациентов (25%) с острой нейросенсорной тугоухостью. Выводы: Таким образом, все компоненты вестибулярной дисфункции (сенсорный, вегетативный и соматический) оказались наиболее выраженными у пациентов с периферическим типом протекания ИВР. Центральный тип ИВР характеризовался наличием вегетативных и сенсорных расстройств, выраженных в меньшей степени, чем при периферическом поражении. Менее выраженным оказалось и отклонение показателя функции равновесия от возрастной нормы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛОУРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛЯ

Исмати Н., студентка 420 группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом. – доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: ассистент Мамутова Э.С.

На сегодняшний день проблема выявления орфанных заболеваний не теряет своей актуальности. Особое место среди них занимает синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля. Для клинического диагностирования синдрома необходимо наличие как минимум четырёх из шести первичных симптомов - ожирения, полидактилии, поликистоза почек, гипогонадизма, деградации сетчатки глазаи замедления умственного развития. Однако заболевание фенотипически разнообразно. Вторичными симптомати могут быть диабет, фиброз печени, атаксия, расстройства речи, ассиметрия висцеральных органов, потеря слуха, патология зубов. Частота синдрома Лоуренса-Муна-Барде-Бидля (ЛМББ) составляет 1:160000. Цель исследования. По данным ОДММЦ выявить детей с синдромом ЛМББ и провести клинико-лабораторную оценку данного орфанного заболевания. Материал и методы. По данным за период с 2017-2018 гг. в отделении нефрологии и эндокринологии ОДММЦ с диагнозом синдром ЛМББ проходили лечение 6 детей. Нами были обследованы сестры Маматовы О и Ж., 9 и 11 лет соответственно.Результаты. Девочки состоят на диспансерном учете с миопией высокой степени. Инвалиды по органу зрения. Несколько раз лечились у невролога и окулиста. Отмечается отставание в умственном развитии, поздно начали ходить (в два года). По поводу полидактилии верхних конечностей в детстве прооперированы. Нижние конечности шестипалые. Из-за выраженного ожирения направлены к эндокринологу. Девочки капризны, плаксивы. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. ПЖК развита чрезмерно. Отмечается избыточный вес, стопы и кисти диспропорционально маленькие, имеется полидактилия на нижних конечностях и рубцы после удаления шестых пальцев на верхних конечностях. Рост и вес 125см/42кг и 142см/55кг соответственно. Дыхание через нос свободно. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Аппетит в норме. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Половое развитие по Таннеру 1. Лабораторно: Общий анализ крови у девочек в пределах нормы; в общем анализе мочи выявлено наличие свежих и измененных эритроцитов 1-3 в п.з.; анализ мочи по Нечипоренко: Маматова О - в пределах нормы, Маматова Ж- лейкоциты-7600, эритроциты-2000; УЗИ почек: Маматова О - Мочекислый диатез, Маматова Ж - двусторонний пиелонефрит. Изменений со стороны других внутренних органов у девочек не обнаружено. ЭКГ в пределах нормы. Был установлен клинический диагноз - Основной: Синдром ЛМББ. Сопутствующий: Анемия легкой степени. Миопия высокой степени. Миопический ретинит. Отставание в психомоторном развитии. Инфекция мочевыводящих путейВыводы. Вышеизложенное еще раз доказывает, что в медицинской практике имеют место случаи редких генетических заболеваний, которые, к сожалению, не всегда правильно диагностируются. Таких больных нужно наблюдать совместно с врачом-генетиком для проведения адекватных лечебных и разъяснительных мероприятий. Для правильной и своевременной диагностики врачи всех звеньев должны просвящаться по поводу синдрома ЛМББ и других орфанных патологий.

АНТИОКСИДАНТНАЯ И МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ОПГ- ГЕСТОЗОМ

Ишкабулова Г.Д., Хайдарова Х.Р., Санакулов А.Б.

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамМИ (зав. каф. доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доцент Расулов С.К.

Цель работы: изучить влияние антиоксидантная и мембранопротекторная терапия у новорожденных родившихся от матерей с ОПГ- гестозом. Материал и методы: под нашим наблюдением находились 34 новорожденных от матерей с ОПГ(отёки, протеинурия, гипертония) - гестозом сочетанным хроническим пиелонефритом. Контрольную группу составили 22- новорожденных от здоровых матерей при физиологическом течении беременности и родов. В основной группе задержка внутриутробного развития (ЗВУР) отмечена у 39%, половина детей родились(48%) в тяжёлом (4-5 баллов по шкале Апгар), 38% в состоянии средней тяжести (6-7 баллов). Снижение или отсутствие отдельных рефлексов врождённого автоматизма наблюдались у 37%, тремор конечностей и подбородка у 47,8%, цианоз носогубного треугольника у 67,4, отёчный синдром у 18, т.е. у новорожденных с фетопатией отмечен высокий риск развития дисадаптпционных синдромов. Анализ адаптивных способностей гомеостатических функций почек у исследуемых проводился на 2, 5, и 7 сутки жизни. Наряду с антропометрическими и клиническими исследованиями собирали суточную мочу, в которой определяли креатинин, мочевину, мочевую кислоту, нария, калия, уровня экскреции с мочой аммиака и титруемых кислот. Результаты показали, что фетопатия у новорожденных от матерей у новорожденных от матерей с сочетанным ОПГ- гестозом характеризуются низкими показателями фильтрационно-реабсорбционной, осморегулирующей и ацидогенетической функции почек и высокой частотой отёчного синдрома. Снижен уровень общих фосфолипидов (28,6±2,1ммоль/л при норме 38,7±1,13 ммоль/л), фосфоэтаноламина (14,7±0,4% при норме 22,5±1,27%), повышен лизофосфатидилхолин (15,1±0,8% при норме 4,0±0,31%), что указывает на наличие глубоких изменений в структуре цитомембран у исследующих новорожденных. Эти данные нацеливают на необходимость данной антиоксидантной и мембранопротекторной корригирующей терапии. В связи с отмеченными в базисную терапию был включен комплекс антиоксидантов (аскорбиновая кислота 0,001/кг, витамин Е 5мг/кг/сут., глютаминовая кислота в дозе 0,05/кг). Несмотря на положительную динамику полученный результат был нестабилен. С учётом изложенных 17 новорожденным из этой группы был назначен дополнительно димефосфон из расчёта 50 мг/кг/сут в течение 6 дней. Результаты всех изучаемых параметров, включая гомеостатические функции почек на 7-е сутки жизни в последней группе наблюдаемых были близки к таковым у здоровых новорожденных к данному сроку жизни. Таким образом, комплексная терапия способствует восстановлению фосфолипидной структурыклеточных и ускоренному становлению гомеостатических функций почек.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

Казанцева Ю.А., Красильникова К.С., Николаева Д.С., студентки 605-606 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ

Кафедра детских инфекций (зав.каф.-к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Мохова О.Г.

Цель работы: Изучить структуру ОКИ у детей за период 1999 - 2018 г.г. Материал и методы исследования: Для решения поставленных цели и задач был проведен ретроспективный анализ 1010 истории болезни в 1999 году, 1180 - в 2008 году и 2184 в 2018 году на базе БУЗ УР «РКИБ МЗ УР». Результаты: Удельный вес этиологически расшифрованных ОКИ вырос с 30,4% в 1999 до 77% в 2018 году. Отмечается рост заболеваемости ротавирусной инфекцией - с 1,5% до 24,7% к 2008 году и до 40,5% в 2018 году. Изменения в структуре ОКИ связаны с диагностикой норовирусной инфекции, удельный вес которой в 2018 году составил 48,8%. Вирусные инфекции регистрируются круглогодично с ростом заболеваемости ротавирусной и сочетанной рота-норовирусной инфекций в зимне-весенний период (75% и 71% всех случаев соответственно), 48% заболевших норовирусной инфекции зафиксировано с сентября по декабрь. Вирусными инфекциями преимущественно болеют дети раннего возраста – это 58,6% - 74,7% детей, удельный вес школьников незначителен – 2,8-15,8%. Анализ бактериальных кишечных инфекций выявил значительное снижение удельного веса шигеллеза в 1999 году с 11,8% до 0,4% в 2018 году, рост эшерихиозов с 0,8% до 1,8%. Отмечается снижение заболеваемости сальмонеллезом с 7,7% до 3,7% в 2008г и подъемом до 7,0% в 2018. Бактериальные кишечные инфекции так же чаще регистрируются у детей раннего возраста – это 87% детей, заболевших эшерихиозами, 47% - сальмонеллезами, шигеллезом (всего 5 случаев) болели дети разного возраста. Удельный вес сочетанных кишечных инфекций при ротавирусной инфекции составляет 55,3%, при норовирусной – 50,5%, при сальмонеллезе – 58,1%, при шигеллезе – 100%, при эшерихиозе - 94%. Выводы: За последние 20 лет этиологическая расшифровка ОКИ увеличилась в 2 раза. Вирусными и бактериальными кишечными инфекциями болеют чаще дети раннего возраста.За исследуемый период отмечается снижение заболеваемости бактериальными инфекциями и значительный рост вирусных кишечных инфекций. Более, чем в 50% случаев заболевания имеют сочетанную этиологию.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДЕТЕЙ 8-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И ПРИ СКОЛИОЗЕ

Камалова Ш.М., Тешаева Д.Ш. студенты стоматологического факультета 321-группы БухМИ

Кафедра анатомии, клинической анатомии (заведующий кафедрой доцент, к.м.н. Раджабов А.Б.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Раджабов А.Б.

Цель исследования. Провести антропометрические исследования параметров разных частей тела и грудной клетки детей 8 летнего возраста при сколиозе, а также сопоставить их с параметрами здоровых детей. Потому что определение размеров органов и частей тела человека является важным моментом в диагностике той или иной патологии. Основная проблема состоит в том, что из-за изменения конфигурации и объема грудной клетки при выраженных боковых искривлениях позвоночника всегда страдают внутренние органы (сердце, легкие, желудок, печень, кишечник, крупные сосуды). Материалы и методы. Исследования проводились в средней школе №2 города Бухары и в школе-интернате по типу санатория №24 для детей со сколиозом. Проведены антропометрические исследования параметров разных частей тела и грудной клетки детей 8-летнего возраста в норме и со сколиотическими отклонениями, с последующей статистической обработкой этих данных. Результаты исследования. Исследования показали, что окружность грудной клетки в покое у здоровых 8 летних детей женского пола колеблется от 55 см до 64 см, в среднем составляя 58,9±0.6 см, а у мальчиков этого возраста окружность грудной клетки варьирует от 57 см до 75 см, в среднем равна 63,5±1.9 см. У детей со сколиозом окружность грудной клетки в покое колеблется от 56 см до 61 см, в среднем 58,6±6.3 см. Наряду с позвоночником при сколиотической болезни вторично изменяется грудная клетка. Формируется так называемый реберный горб – с выпуклой стороны искривления межреберные промежутки расширяются, а с вогнутой – наоборот, западают. При сколиозе 4 степени деформация грудной клетки бывает настолько выражена, что нижние ребра на стороне искривления соприкасаются с гребнем подвздошной кости. Из-за выраженной деформации грудной клетки полноценная экскурсия ее во время дыхания затруднительна. В итоге организм при выраженном сколиозе не получает необходимого количества кислорода – развивается так называемая хроническая гипоксия с нарушением всех обменных процессов в организме. Патология усугубляется еще и тем, что изменяется внутренний объем и форма грудной полости. Из-за этого нарушается циркуляция крови по сосудам, страдают легкие, изменяется форма сердца, развивается хроническая сердечно-дыхательная недостаточность.У 8 летних здоровых мальчиков рост в положении стоя колеблется от 117 см до 137 см, в среднем составляя 123,8±0.6 см, а у детей со сколиозом варьирует от 82см до 128 см, в среднем достигает 117,1±12.6 см.Выводы. В процессе исследования выявлено что наиболее наименьшие параметры окружности грудной клетки у детей со сколиозом чем у здоровых детей. Соотношение роста в положение стоя у детей со сколиозом ниже чем у здоровых детей. А также исследования показали что у 33% девочек встречается левостороннее грудное искривление позвоночного столба, а у 67% встречается правостороннее искривление. Выявлено преобладание у 53% мальчиков левостороннего грудного искривления, а у 47% правостороннего искривления.

ИННОВАЦИОННЫЕ КИНЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ

Карасева Н.М., клинический ординатор 1-го года обучения по специальности «Рефлексотерапия» ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Кафедра медицинской реабилитации (зав.каф. - д.м.н., проф. Белова А.Н.)

Научные руководители: к.м.н. Израелян Ю.А., д.м.н., проф. Белова А.Н., к.м.н. Беспалова А.В.

Актуальность. Неспецифическая боль в спине (МСБ) - наиболее распространенный клинический симптомокомплекс, с которым встречаются неврологи, терапевты и врачи других специальностей. Цель исследования. Разработать программу реабилитации с использованием комплекса лечебной физкультуры (ЛФК) и применением цельнометаллического электропроводного аппликатора с гальваническим покрытием, и оценить ее эффективность в реабилитации пациентов с неспецифической мышечно-скелетной болью в спине. Материалы и методы. В течение месяца под нашим наблюдением было 36 пациентов с хроническими неспецифическими болями в спине, в возрасте от 38 до 69 лет (средний возраст 45±5,9 лет). Все пациенты, получавшие комплексное лечение, были распределены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В 1 группе 18 пациентов получали стандартное медикаментозное лечение, физиотерапию, а также разработанную нами программу с использованием комплекса лечебной физкультуры и применением цельнометаллического электропроводного аппликатора с гальваническим покрытием. Комплекс гимнастики состоял из сбалансированных по нагрузке статических и динамических упражнений. Нагрузка дозировалась. Более детально содержание комплекса ЛФК будет обсуждаться в докладе. Во 2 группе (18 пациентов) проводились те же лечебные мероприятия, но без применения комплекса ЛФК с аппликатором. Для оценки эффективности лечебно-реабилитационного программы использовали следующие методы: оценку влияния боли в спине на образ жизни пациента с помощью Остеровского опросника при боли в нижней части спины, оценку выраженности болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Длительность курса медицинской реабилитации для каждого пациента составила 10 дней. Оценка достоверности полученных результатов осуществлялась при помощи описательной статистики, проверки на нормальность распределения, сравнения средних и непараметрических тестов парных зависимых выборок Уилкоксона. Во всех случаях достоверными признавались различия с уровнем статистической значимости $p < 0,05$. Результаты и их обсуждение. После курса лечения улучшение состояния и объективных показателей отмечалось во всех группах, однако в группе, в которой проводилось лечение согласно разработанной нами программе, наблюдалась более выраженная положительная динамика. В группе 1 было выявлено достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома по ВАШ ($p=0,04$), во второй группе уменьшение болевого синдрома оказалось недостоверным ($p=0,062$). По данным Остеровского опросника, в первой группе отмечалась достоверно значимая положительная динамика ($p=0,02$), во второй группе изменения носили недостоверный характер ($p=0,08$). По данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), в обеих группах отмечается достоверное уменьшение тревожно-депрессивных расстройств ($p < 0,05$). Выводы. Разработанная нами программа реабилитации, включающая комплекс ЛФК и применение цельнометаллического электропроводного аппликатора с гальваническим покрытием, продемонстрировала свою эффективность и может быть рекомендована для применения в практическом здравоохранении у пациентов с хронической неспецифической болью в спине.

ПРИМЕНЕНИЕ NESTOGEN-КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРИ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Карджавова Г.А., Гайбуллаев Ж.Ш., Хусаинова Ш. К., резидент магистратуры 2 курса СамМИ

Хакимова Д.Г., студент 615 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра Педиатрии №1(зав. каф. – д.м.н., профессор Шавази Н.М.)

Научные руководители: профессор Рустамов М.Р., доцент Закирова Б.И.

Цель работы. Показана эффективности смеси NESTOGEN-кисломолочный у детей с функциональными запорами.Материал и методы исследования. Изучены истории болезни и кишечная микрофлора 66больных с функциональными запорами в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, поступивших в отделение СФ РЦЭМП. Микробиота кишечника больных детей изучалась по методике Р.В. Эпштейн-Литвак, Ф.Л. Вильшанской в модификации М.А. Ахтамова с соавт. 36 детей с запорами получали смесь NESTOGEN-кисломолочный (1 группа), а остальные 30 больных (2 группа) – адаптированные пресные смеси. СмесьNESTOGEN-кисломолочный содержит L.reuteri 10*6 КОЕ, которые улучшают моторику кишечника, способствуют защите от патогенов и росту здоровой микрофлоры, а также живые бифидобактерии (B.Lactis в 10*6 КОЕ), которые способствуют утилизации пищевых ингредиентов, синтезируют витамины, улучшают всасывание витамина Д, кальция, железа, противостоят росту патогенной микрофлоры, улучшают пищеварение, являются защитой от дисбиоза и от инфекций, укрепляют иммунитет. Микроорганизмы, входящие в состав смеси не патогенны, не токсичны, жизнеспособны при прохождении через ЖКТ и хранении. Результаты. Из числа поступивших больных детей грудного возраста с кишечными коликами наиболее часто были регистрированы запоры алиментарного характера, возникающие вследствие несоответствия объема и (или) состава пищи физиологи-

ческим возможностям ребенка. Дети находились на смешанном (65,1%) или искусственном (34,8%) вскармливании. Больные имели фоновую патологию – анемию (96,9%), рахит (62,1%), атопический дерматит (36,3%). При поступлении в стационар жалобы матерей были на запоры, срыгивания (68,1%), вздутие живота (57,4%), беспокойство (45,5%) и анорексию (39,4%). В анамнезе 87,9% детей заболевали после приема грубой пищи, несоответствующей возрасту ребенка по объему или составу. Причиной запоров у детей часто являлось несбалансированное питание матери 46,9%.Изучение микробиоценоза кишечника показало наличие дефицита бифидофлоры у всех больных.Бифидобактерии были высеяны в 42,4% случаях в 10^7 и у 57,6% детей – в 10^8 разведении. Выявлены также рост количества кишечных палочек и энтерококков в десятки и у 9,1% детей в сотни раз, стафилококки обнаружены у 19,7% больных, дрожжеподобные грибы в 36,4% случаях, протейные палочки – у 4,5% детей.Для нормализации деятельности ЖКТ, устранения запоров и кишечного дисбаланса в комплексное лечение больных нами была рекомендована диетотерапия смесью NESTOGEN-кисломолочный. Основанием для ее назначения явилось то, что она снижает pH ЖКТ, быстрее всасывается, не воздействует на абсорбцию пищевых ингредиентов, способствуют подавлению бродильно-гнилостных процессов, условно-патогенных микроорганизмов и росту бифидофлоры, тем самым улучшает и нормализует микробный пейзаж, устраняет микробный дисбаланс и запоры. В результате лечения у детей 1-ой группы уже на следующие сутки исчезал метеоризм, а к концу 3-х суток – боли в животе, стал регулярным стул и улучшилось общее состояние у 83,3% больных. К концу 3 суток у 1 группы больных нормализовался стул. Во 2 группе на 1,4 койко\дней дольше сохранялись вздутие живота, запоры и дефицит бифидофлоры.Количество бифидобактерий возросло у всех обследованных на 1-2 порядка. Бифидофлора у 14 детей 1 группы определялась в 10^8 разведении, у 22 больных – в 10^9, а у больных 2 группы - в 10^7 (у 9 детей) и в 21 случаях в 10^8 разведениях. У детей, получавших смесь NESTOGEN-кисломолочный, уровень кишечных палочек и энтерококков снизился в 2,4 раза, дрожжеподобные грибы высеяны у 15% больных, а стафилококки и протейные палочки не обнаружены ни в одном случае. В биоценозе 2 группы больных высеяны дрожжеподобные грибы (16,7%), стафилококки (у 3 детей) и протейные палочки (у 1 ребенка). Выводы. Таким образом, применение смеси NESTOGEN-кисломолочный в комплексное лечение детей при нарушениях кишечной микрофлоры, сопровождающих запоры, способствует быстрейшему восстановлению функции ЖКТ и улучшению биоценоза и дает возможность рекомендовать ее широкое применение в комплексную терапию запоров и кишечного дисбиоза у детей.

АКТУАЛЬНОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ

Карджавова Г.А., Рузметова С.У., Кулдашев С.Ф., резиденты магистратуры 2 курса, Тошева Х. студентка 607 группы,

Икромова П.Х. студентка 401 группы педиатрического факультета СамМИ.

Кафедра Педиатрии №1 (зав.каф. –д.м.н., профессор Шавази Н.М.) СамМИ.

Научные руководители –профессор Шавази Н.М.,доцент Закирова Б.И.

Цель исследования. Изучить факторы, определяющие риск развития недостаточности витамина Dу детей при остром и рецидивирующем течении обструктивного бронхита для прогнозирования течения заболевания. Материал и методы исследования. Наблюдались 58 больных детей в возрасте до 3 лет с острым и рецидивирующим течением обструктивного бронхита в отделениях детской реанимации, I и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 30 детей с острым обструктивным бронхитом, II группу - 28 детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита. Изучены анамнестические, клинические и лабораторные данные больных детей. Исследование витамина D в плазме крови проведено хемилюминесцентным иммунным способом на аппарате COBASE 411. Результаты и их обсуждение. Анализ историй болезни больных детей с острым и рецидивирующим течением обструктивного бронхита показал, что при поступлении у 44-75,8% больных имелась выраженная одышка экспираторного характера, а у остальных 14-24,1% смешанного типа.Частота одышки в I группе составила 12-20,76%, тогда как у больных II группы была выше –26-44,8% с усилением в ночное время. У больных II-ой группы ДН 1-2 степеней выявлена в 44,8% случаях и 3 степени - у 3,4% больных, госпитализированных в детскую реанимацию. С фебрильной температурой тела госпитализировано 39-67,2% детей в возрасте до 1,5 лет, остальные дети поступали с субфебрилитетом (19-32,8%). Кашель у 32-55,2% детей имел продуктивный характер, малопродуктивный у 19-32,7% больных и в 7-12,1% случаях отсутствовал при поступлении. Перенесенный в анамнезе рахит имелся у большинства (26-44,8%) детей 2 группы, тогда как в 1 группе лишь в 6-10,3% случаях. Исследование показало наличие дефицита витамина D (25(OH)D на уровне 15–29 нг/мл)в I группе в 18 (31,0%) случаях, во 2-ой – у 24-41,4% больных. Больных детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании до годовалого возраста, было в 1 группе 25-43,1%, во 2-ой - 17-29,3%, а получавших смешанное и искусственное вскармливание - в обеих группах соответственно 5-8,6% и 11-18,9%. Дети грудного возраста относятся к группе риска по недостаточности витамина D, так как грудное молоко не способно полностью обеспечить суточную потребность ребенка в витамине D. Детей, родившихся в холодное время (октябрь-март) было в 2,4 раз больше, чем в жаркий (апрель-сентябрь) период года. Выводы. Дети, рожденные в осенне-зимний период года и длительное исключительно грудное вскармливание (более 1 года) у детейможно рассматривать как прогностически неблагоприятный фактор риска развития рецидивирующего течения обструктивного бронхита.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯУ ДЕВОЧЕК В СЕМЬЕ С РОДСТВЕННЫМ БРАКОМ

Каспарова Г.А., студентка 313-группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.кафедрой – доц., т.ф.д. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: асс., к.м.н. Шадиева Х.Н.

Введение: Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является одной из самых распространенных форм кардиомиопатий. Частота ГКМП в популяции составляет 0,2%. Среди больных преобладают лица мужского пола в соотношении 2:1. В настоящее время общепринята наследственная концепция возникновения ГКМП. Прогноз ГКМП неблагоприятен вследствие высокого риска развития внезапной сердечной смерти. Описание клинического случая: Больная А., 4 месяца, наблюдается в ОДММЦ г. Самарканда с рождения. Диагноз ГКМП был установлен сразу после рождения ребенка, так как ранее заболевание уже встречалась в этой семье и девочка была сразу обследована методом ЭхоКГ. 1-й ребенок от 1-й беременности (девочка) умерла в 2014 году в возрасте 5 мес, диагноз ГКМП выявлен в 2-х месячном возрасте. В 2016 году мать пациентки снова родила доношенную девочку. Второго ребенка обследовали сразу после рождения, вновь диагностирована ГКМП. Получала симптоматическое лечение. В возрасте 9 месяцев вторая дочь умерла. Третья беременность закончилась рождением двойни: наша пациентка А. и ее брат-близнец. После ЭхоКГ-исследования выяснилось, что у девочки имеется ГКМП, брат же здоров. Родители больной также были обследованы, заболевание у них не обнаружено. Смертей от сердечных заболеваний в роду не выявлено ни среди детей, ни среди взрослых. Брак родственный. На данный момент общее состояние пациентки близкое к тяжелому, отмечается отставание в физическом развитии (вес ребенка – 4 кг, вес брата-близнеца – 6,5 кг), утомляемость, сниженный аппетит, бледность, одышка, кашель. Девочка получает симптоматическое лечение. Обсуждение клинического случая: В нашем случае явно прослеживается наследственный характер ГКМП, что подтверждается имеющим место родственным браком. Заболевание передается по женской линии. Рекомендовано при последующих беременностях определять пол плода на ранних сроках, в случае установления женского пола плода - прерывать беременность.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННОГО ПРЕПАРАТА «РЕАМБЕРИН» В ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

Каспарова Г.А., студентка 313-группы, лечебного факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель Шукурова Д.Б.

Цель работы: Оценить эффективность применения инфузионного препарата "Реамберина 1,5%" на этапе окончания проводимого наркоза у новорожденных детей, с целью устранения последействия препаратов в анестезии. Материал и методы исследования: "Реамберин 1,5%" был применен в 3 группах детей в возрастном диапазоне от 1 до 28 дней жизни, оперированные при различных хирургических патологиях. В 1-й группе – 13 (32%) больных и во 3-й группе – 11 (28%) больных, проводилась ингаляционная анестезия аппаратно-масочным методом; в 2-й группе - 16 (40%) больных,

проводилась общая комбинированная анестезия, при искусственной вентиляции легких. Реамберин в 1 и 2 группах вводился за 10 минут до окончания операции в/в, болюсно в дозе 1 мл/кг; а во 3-й группе реамберин вводился за 10 минут до окончания операции в/в в дозе 1 мл/кг и повторно через 10 минут после первого введения в той же дозировке. Результаты: исследование показало, что у детей с двукратным введением "Реамберина 1,5%" на этапе завершения наркоза отмечалось незначительное повышение общего гемоглобина, значительное увеличение регионарной сатурации в перикортикальных отделах головного мозга, за счет повышения фракции оксигемоглобина и снижения фракции дезоксигемоглобина. Также отмечалось и понижение уровня окисленной формы цитохромоксидазы. Данные изменения имели тенденцию к прогрессированию в динамике на всем протяжении наблюдения. Вывод: Таким образом, введение "Реамберина 1,5%" сопровождается повышением регионарной сатурации головного мозга и улучшением процессов тканевого дыхания у новорожденных при выходе из наркоза.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ

Ким О.А., Бурханова Г.Л. ассистенты

Кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины (зав.кафедрой – к.м.н., доцент Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: доц. Мавлянова З.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт

Питание - жизненная потребность человека, особенно занимающего повышенными физическими нагрузками. Для спортсменов, стремящихся к достижению высоких результатов, вопросы рационального питания приобретают особое значение, поскольку взаимосвязь питания и физической работоспособности в настоящее время не вызывает сомнений. Цель: оценить нутритивный статус детей и подростков, занимающихся профессиональным спортом в условиях г. Самарканда. Материалы и методы. Проанализированы результаты анкетирования 100 детей и подростков, занимающихся профессиональным спортом, среди которых 50 детей и подростков, занимающихся спортивной гимнастикой и 50 – занимающихся боксом. Анкетирование юных спортсменов проводилось на базе дворца бокса и специализированной детско-юношеской школы спортивной гимнастики г.Самарканда. Результаты. Анализ результатов исследования показали, что юные спортсмены питались 3 раза в день. В их рационе в основном преобладали яйца, творог, крупы, макаронные изделия, хлебобулочные изделия. Также выявлен недостаток употребления мяса и мясных продуктов, овощей и фруктов. Чувство голода часто испытывают 72,7% спортивных гимнастов и 69,2% боксеров и 27,3% гимнастов и 30,8% боксеров не испытывают чувство голода соответственно. Чаще они испытывают чувство голода после тренировок. В качестве перекусов 57,4%спортсменов употребляют фаст-фуды (хот-доги, гамбургеры и т.д.), 25% - бутерброды с колбасой и сливочным или шоколадным маслом, 17,6% перекусывают булочками, сухарями, чипсами и молочным шоколадом. Выводы. Таким образом, оценка фактического питания юных спортсменов выявила нарушения основных правил рационального питания: несбалансированность и несоответствие энергетической ценности рационов питания, что не может в полной мере восстановить энергию, затраченную на тренировочный процесс, а также может привести к нарушению деятельности сердечно – сосудистой, пищеварительной и нервной систем.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Кобилова З.А, студентка 407 группы мед.пед факультета СамМИ Шопулотов Ш. студент 419 группы лечебного факультета

Кафедра «Педиатрии лечебного факультета» (зав. каф. – доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель доц. Кудратова М.П.

Цель работы:Определить клинический эффект небулайзерной терапии при бронхообструктивном синдроме у детей Материал и методы исследования:Были изучены 40 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, с диагнозами острый обструктивный бронхит - 20 детей (50%), обструктивный бронхит с реккурентным течением - 15 детей (37,5%), с бронхиальной астмой – 5 детей (12,5%). Обследованные дети были распределены на две группы в зависимости от возраста: I группа – 20 детей от 6 месяцев до 4 лет; II группа – 20 детей от 4 до 12 лет. Для лечения обструктивного синдрома использовали небутамол у всех детей, ингаляционный ГКС - флутиказона пропионат (небуфлюзон) – у детей с 4х лет. Эффективность лечения оценивали ежедневно на основании динамики клинических симптомов: признаки бронхиальной обструкции, наличие экспираторной одышки, характера кашля, аускультативных изменений в легких. Основными симптомами при поступлении были сухой кашель, слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, головная боль (у 90%), экспираторная одышка (у 75%), у 20% детей отмечается кашель с трудноотделяемой мокротой. У 25% детей при поступлении отмечался подъем температуры тела до субфебрильных и у 75% детей до фебрильных цифр. Результаты: На основании клинических и рентгенологических данных у 60% (10) детей из I группы и у 20%(4) детей из II группы был диагностирован острый обструктивный бронхит; у 20% (5) детей из I группы и у 45% (15) детей из II группы – обструктивный бронхит с реккурентным течением. У 10% (3) детей из I группы и у 15% (2) детей из II группы – бронхиальная астма. На фоне лечения с применением ингаляций небутамола и небуфлюзон в возрастных дозировках через небулайзер «Юлайзер про» у 70% больных начиная с 1-3 суток от начала лечения отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение выраженности обструктивного синдрома. Клиническое улучшение отмечалось у детей с острым обструктивным бронхитом уже на 5 сутки от начала ингаляций с препаратами, в группе детей с обструктивным бронхитом с рекуррентным течением на 6 сутки от начала терапии, у детей с бронхиальной астмой в первые сутки от начала терапии. Значительное снижение частоты кашля отмечалось на 3 сутки от начатой терапии. У 80% больных с острым обструктивным бронхитом, у 75% детей с обструктивным бронхитом рекуррентного течения, у 90% детей с бронхиальной астмой исчезали патологические физикальные изменения в легких. У 90% детей с острым обструктивным бронхитом при 7 дневном курсе терапии препаратами небутамол и небуфлюзон был достигнут стойкий положительный эффект. Дети с обструктивным бронхитом с рекуррентным течением получили лечение в течении 10 дней что составило 8% детей. Ни у одного больного не отмечалось побочных явлений на фоне лечения. Выводы: Таким образом, высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость и безопасность небутамола и небуфлюзона при бронхообструктивном синдроме у детей подтверждается, как клиническими данными, так и результатами дополнительных – инструментальных исследований. Применение этих препаратов позволит быстро купировать клинические симптомы и снизить медикоментозную нагрузку, уменьшить частоту обострений БОС и его тяжесть, также позволит рекомендовать их в составе комплексной терапии острого обструктивного бронхита с рекуррентным течением и бронхиальной астмы у детей. Портативность, простота обращения позволят применять небулайзер в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, а так же на дому. Раннее начало терапии, обучение родителей по применению небулайзера предотвратит во многих случаях развитие тяжелой бронхиальной обструкции.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА И СОДЕРЖАНИЯ ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С РАХИТОМ

Комилова М., Абдуманнобов Ж. студенты 307 группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.курсом доцент, д.м.н. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Ибатова Ш.М.

Рахит у детей первых лет жизни является одним из самых распространенных заболеваний и крайне актуальное в наше время. Это заболевание детского организма, формирующееся во время возрастного перемоделирования костей и костной ткани и проблем регуляции минерального обмена. Ему подвержены дети, особенно самого младшего возраста - до двух - трех лет. Известно, что младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой. В результате нарушения абсорбции кальция, фосфора, магния развивается мышечная гипотония, вегетативные дисфункции, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Выявляемые при рахите иммунологические нарушения предрасполагают к частым инфекционным заболеваниям, нарушая качество жизни ребенка. Цель исследования. Изучить состав и содержание высших жирных кислот сыворотки крови у детей с рахитом, получающих общепринятое лечение. Материл и методы исследования. Исследования проведены у 37

детей, больных рахитом. У обследованных больных был исследован состав и содержание высших жирных кислот методом газожидкостной хроматографии и определены следующие жирные кислоты: С(16:0)–пальмитиновая, С(16:1)– пальмитолеиновая, С(18:0)–стеариновая, С(18:1)–олеиновая, С(18:2)–линолевая, С(18:3)–линоленовая и С(20:4)–арахидоновая. Результаты исследования и их обсуждение. Были проанализированы состав и содержание высших жирных кислот в сыворотке крови у детей с рахитом по сравнению с данными у здоровых детей. Установлено, что у детей с рахитом существенно увеличивается содержание таких насыщенных жирных кислот как пальмитиновая 30,87±1,53, P<0,01, стеариновая 28,03±1,04, P<0,01 и линоленовая 2,58±0,50, P<0,01, показатели у здоровых детей соответствуют 28,17±1,37, 26,13±1,32, 2,41±0,45. Содержание пальмитолеиновой, олеиновой, линолевой и арахидоновой жирных кислот снижаются и составляют 1,38±0,64, P<0,05; 0.66±0,6, P<0,01; 29,73±2,34, P<0,05; 2,68±0,60, P<0,01 по сравнению с показателями здоровых детей 2,70±0,22, 33,32±2,51, 2,41±0,45, 3,56±0,60 т.е. у детей с рахитом наблюдаются нарушения жирнокислотного спектра сыворотки крови. Липидный дисбаланс при рахите вероятно обусловлен тем, что действие специфической терапии в организме в первую очередь направлена на коррекцию фосфорно-кальциевого обмена, поэтому не происходило нормализации изученных показателей жирнокислотного спектра сыворотки крови. Выводы. Таким образом, у детей с рахитом, получающих общепринятое лечение наблюдаются нарушения жирнокислотного спектра сыворотки крови. Выявлено увеличение содержания пальмитиновой, стеариновой и линоленовой жирных кислот, а содержание пальмитолеиновой, олеиновой, линолевой и арахидоновой жирных кислот снижаются по сравнению с показателями здоровых детей.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ ГРИППА В МЕЖЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД И ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ

Кошкина Д.А., Иванова А.В. студентки 608 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав.каф. – доцент, к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Поздеева О.С.

Цель работы: Оценить отношение родителей к вакцинации детей от гриппа. Материалы и методы: Проведено анкетирование родителей, дети которых посетили консультативную поликлинику Республиканской клинической инфекционной больницы в период подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в декабре и январе 2017 – 2018гг и в межэпидемический период по гриппу апрель-май 2018г. В анкетировании приняли участие 157 человек. Отбор респондентов проводился случайным методом. Результаты: Возрастной состав детей в период эпидемии был от 0 -7 лет, вне эпидемии преобладали 3 – 7, 12 – 18 лет. Возраст родителей в период эпидемии был от 25 – 35 лет, а в межэпидемический период возраст родителей составил от 18 – 39 лет. В период эпидемии преобладали родители с высшим образованием, а вне эпидемии со средним специальным образованием. В ходе исследования, большая часть родителей считает, что грипп – это опасное заболевание. Большинство респондентов знает о профилактике гриппа с помощью вакцин. В период подъема заболеваемости гриппом 39% респондентов отметили, что дети после вакцинации всё равно заболевают. Однако вне эпидемии, большинство опрошенных респондентов (47,4%) считают, что вакцина – это эффективная защита от гриппа. Анализ анкет показал, что ежегодно вакцинируют детей 40% родителей, 28% опрошенных отказываются от вакцин, 32% вакцинируют своих детей не регулярно (Респонденты в период подъема заболеваемости гриппом). В межэпидемический период по гриппу, респонденты указали на меньший процент отказа от вакцинации (17,5%). Причинами отказа от вакцинации 20% респондентов в декабре и январе указали на боязнь развития осложнений и постоянные противопоказания к вакцинации. В межэпидемический период 28,1% респондентов причиной отказа назвали также боязнь осложнений, а 17,5% считают, что вакцина бесполезна и не эффективна. Основным источником информации в обеих группах респондентов, является беседа с врачом (62%; 63,2%). По мнению родителей, приверженность к вакцинации должны формировать медицинские работники, в частности участковый врач-педиатр. В анкетировании участвовали 39% респондентов в период эпидемии, 47,5% – вне эпидемии. Анализ анкетирования позволил сформировать портрет респондента, отказывающего от вакцинации: в период эпидемии от гриппа – родители в возрасте 25 – 35 лет, имеющие высшее образование, вне эпидемии от гриппа – родители в возрасте 30 – 40 лет, имеющие среднее специальное образование.Выводы: Большинство родителей, особенно в период эпидемии, осознают опасность гриппа, однако процент отказа от вакцинации составляет от 17,5 – 32%. Среди основных причин отказа, является боязнь осложнений 20-28,1%. Значительная роль формирования приверженности принадлежит участковому врачу-педиатру.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Крецу Н.М., ассистент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней

ВГОУ «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина (зав.каф. - д. мед.н., проф. Е.К.Колоскова)

Научниый руководитель - д.м.н., проф. Л.А.Безруков

В последние годы неонатальный сепсис продолжает занимать существенное место в структуре заболеваемости и смертности новорожденных. Несмотря на достижения в диагностике сепсиса и внедрение новых методик лечения, летальность при данной патологии остается крайне высокой. Для определения прогноза и осуществления возможных превентивных мер важным является изучение факторов риска возникновения септического процесса у новорожденных. Поэтому, целью нашего исследования стал анализ риска неонатального сепсиса с учетом оценки перинатальных факторов, в частности состояния здоровья матерей, репродуктивного анамнеза, особенностей течения беременности и осложнения во время родов.Для реализации цели на базе КМУ «Областная детская клиническая больница» г. Черновцы нами обследовано 20 младенцев, больных сепсисом. Отмечено, что сразу после рождения у 14 (70%) новорожденных общее состояние оценено как тяжелое за счет проявлений полиорганной недостаточности. По полу обследованая группа распределилась следующим образом: 70% составляла доля мальчиков и 30% - девочек. Анализируя срок гестации младенцев выявлено, что в обследуемой когорте было 55% преждевременно родившихся детей и 45% доношенных младенцев. Стоит отметить, что у 80% младенцев матери проживали в сельской местности, а средний возраст матерей составил - 28,6 ± 7,48 лет. Отдельно отмечено, что процент матерей, возраст которых превышал 26 лет, как один из факторов развития неонатального сепсиса, составлял 55% случаев. Анализ акушерского анамнеза и состояния здоровья матерей свидетельствовал о наличии акушерской и соматической патологии: многоводие - 4 (20%), преждевременный разрыв плодных оболочек - 7 (35%), гинекологические бактериальные инфекции- 5 (25%), анемия- 6 (30%), патология сердечно-сосудистой системы - 8 (40%), патология щитовидной железы- 6 (30%). Рассматривая путь родоразрешения, выявлено, что 9 (45%) младенцев рождены путем кесарева сечения, а 11 (55%) - физиологическим путем. Таким образом, своевременное определение факторов, которые могут свидетельствовать о вероятном развитии неонатального сепсиса является основной задачей как в антенатальном так и в раннем неонатальном периоде, что позволит вовремя выявить и скорректировать данную нозологию.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ТИМОМЕГАЛИИ

Куроков Д.И., студент 409 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доцент, Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: ассистент, Тураева Н.О.

Цель работы: Изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета при затяжной пневмонии у детей с темомегалией. Материал и методы исследования: Нами было обследовано 34 больных детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет, наблюдавшихся в детском отделении клиники №1 СамМИ с диагнозом затяжная пневмония на фоне тимомегалии.С целью установления «тимомегалии» проведены рентгенография грудной клетки в прямой проекции.I степени увеличения вилочковой железы отмечалось у 18 (52,9%) у которых ТТИ равнялась 0,37±0,004, II степени у 13(38,2%) 0,41±006, III степени у 3(8,8%) больных. Количество циркулирующих Т-лимфоцитов оценивали методом спонтанного розеткообразования по Jondalet.all., (1972). Определение иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, Т- супрессоров, Т-хелперов и В - розеткообразующих лимфоцитов (в реакции с эритроцитами мышей) проводили по И.В.Понякиной и К.А.Лебедеву, (1983). Содержание основных классов иммуномодулинов A, M, G

в сыворотке крови методом радиальной диффузии в агаре по Manchiniet.all., (1965). Результаты и их обсуждение Результаты исследования показывают, что у детей при затяжной пневмонии на фоне тимомегалии отмечается глубокие нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Отмечено резкое снижение относительного содержания в крови Т–лимфоцитов 36,4±1,62% по сравнению с группой здоровых детей 55,2±2,3% (P<0,001), также отмечена снижение абсолютного количества Т–лимфоцитов 1,41±0,11 (P<0,01). Одновременно выявлено достоверное снижение количества Т–хелперов 33,97±0,94 (P<0,001) и Т–супрессоров 6,87±0,45, (P<0,05). Снижение Т– лимфоцитов происходит за счет снижения Т–хелперпов и Т–супрессоров и рассматривается нами как истощение адаптационных сил организма в результате истощения вилочковой железы. Анализируя В-систему иммунитета и иммуноглобулины, мы обнаружили достоверное снижение В–лимфоцитов10,56±0,6% при норме 15,8±0,4% (P<0,05) При определении сывороточных иммуноглобулинов нами выявлено достоверное снижение IgA 0,48±0,04 г\л и IgG 6,3±0,42г\л по сравнении с показателями контрольной группы IgA 0,8±0,03 г\л, IgG 8,0±0,42 г\л (P<0,001), тогда как IgM был достоверно повышенным 1,9±0,18 г/л по сравнении с показателями контрольной группы (P<0,001). Выявленная нами глубокая депрессия клеточного иммунитета у детей с темомегалией по-видимому и обусловливает затяжное течении заболевания. Вывод: Резюмируя полученные результаты можно отметить, что у детей при затяжной пневмонии на фоне тимомегалии сопровождается глубокие нарушения иммунитета, которые характеризуются изменениями Т– и В–системы иммунитета, снижением количества Т–лимфоцитов, Т–хелперов, Т–супрессоров, В–лимфоцитов и повышением уровня иммуноглобулина М, снижением иммуноглобулинов А и G, что указывает на необходимость иммуннокорригирующую терапию.

УРОВЕНЬ АЦИЛГИДРОПЕРЕКИСЕЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Кутлумуратова З.Р., асс. ТашПМИ

Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания (зав. каф. - д.м.н. Шамансурова Э.А.)

Научный руководитель: д.м.н. Шамансурова Э.А.

Актуальность. Частота и распространённость бронхо-лёгочных заболеваний у детей, в том числе и острой пневмонии, несмотря на современные достижения в профилактике, клинической диагностике, терапии и реабилитации больных, продолжают сохранять высокий удельный вес, оказывая существенное влияние на структуру и показатели детской смертности. Цель исследования – оценить выраженность окислительного стресса у детей раннего возраста с острой пневмонией. Материалы и методы исследования. В исследование были включены 56 детей раннего возраста с острой пневмонией. Контрольную группу составили 20 здоровых детей того же возраста. Выраженность окислительного стресса оценивали по уровню первичных продуктов перекисного окисления липидов - ацилгидроперекисей (АГП). Содержание гидроперекисей липидов (конъюгированные диенокетоны) определяли по методу В.В.Гаврилова и С.И. Мишкорудной.Полученные результаты и обсуждение. В процессе перекисного окисления липидов образуются многочисленные промежуточные продукты. Скорость их образования характеризует наличие боковых цепей реакций свободнорадикального окисления. Среди реакций боковых цепей наиболее значимо образование АГП. Количественная оценка АГП весьма вариабельна из-за высокой скорости утилизации данной группировки в реакционной смеси. Тем не менее, большинство исследователей, определяя количество АГП, как промежуточных соединений ПОЛ, считают важным аргументом при оценке интенсивности ПОЛ. В обследованной группе детей у 3-х пациентов содержание АГП было в пределах контрольных величин, тогда как у 10,7% детей из числа курированных, содержание АГП было в 2-3 раза выше, у 21,4% детей – в 4-7 раза; у 35,7 детей – в 8 раз и у 26,8% детей – более 10 раз. Вместе с этим надо отметить, что у детей с накоплением АГП в 2-3 раза клиническая манифестация основного заболевания была выражена слабо: субфебрильная температура, срыгивание, кашель, тогда как у детей с содержанием АГП более 10 раз наблюдались выраженные признаки токсического синдрома. Важно отметить, что из числа 56 обследованных больных детей раннего возраста, у 5 детей исходный уровень интенсивности ПОЛ на уровне нормальных величин. Обнаруженный факт можно объяснить тем, что эти дети родились без перинатальной патологии и у них отсутствует преморбидный фон. Выводы.Таким образом, установлено, что у детей раннего возраста с острой пневмонией отягощающим фоном является накопление АГП различной степени выраженности. Анализ показателей прооксидантной системы позволяет считать обоснованным необходимость антиоксидантной коррекции выявленных нарушений.

ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ РИСК-ФАКТОР РЕЦИДИВОВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Лим М.В., Тамбриазов М.Ф. резидент магистратуры III курса, Гиясова Н.К. резидент ординатуры II курса.

Кафедра Педиатрии №1 (зав.каф. –д.м.н., профессор Шавази Н.М.) СамМИ.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шавази Н.М.

Цель. Разработать критерии уровней риска развития рецидивов обструктивного бронхита у детей на основе разработанной матрицы.Материал и методы исследования. Материалом нашего исследования послужили 150 детей с диагнозом острый обструктивный бронхит, у которых наряду с клинико-лабораторными данными, тщательно был изучен генеалогический анамнез по методу пробанда. Нами изучен генеалогический анамнез обследуемых детей, путем анкетирования родителей детей при помощи вопросника, а также ретроспективного изучения медицинской документации. Для стандартизации данных с «ненормальным» распределением нами был использован метод процентиль.Результаты. Всего было выявлено 435 родственников по I степени родства, из которых перенесли острый обструктивный бронхит – 119 (27,4%). Среди выявленных заболеваний у матерей на первом месте по частоте оказалась анемия - 326 (74,9%). За период наблюдения обследуемых пациентов, выявлены некоторые закономерности течения заболевания. У части больных - 26 (17,3%) не наблюдались какие-либо респираторные заболевания, после перенесенного острого обструктивного бронхита. У большинства детей - 65 (43,3%) рецидивы бронхитов прекратились, но отмечались острые респираторно-вирусные заболевания. Примерно у трети больных – 44 (29,3%) отмечались рецидивы обструктивного бронхита. Особого внимания заслуживает выявленный нами вариант течения рецидивирующего бронхита - трансформация его в астматический бронхит – 13 (8,7%) и в бронхиальную астму – 2 (1,3%). После произведен расчет для разработки матрицы генеалогического риск фактора (матрица ГРФ) рецидивов обструктивного бронхита у детей. Используя простейший метод стандартизации, нами выделены граница низкого уровня риска развития рецидива заболевания 12-38 балла; граница среднего уровня 48-80 баллов; граница высокого уровня 84-143 балла. У исследуемых детей отмечается высокая обратная корреляционная зависимость между показателями матрицы ГРФ и количеством рецидивов заболевания. Выводы. Разработана матрица генеалогического риск фактора развития рецидивов обструктивного бронхита у детей, что позволяет выделить группу риска рецидивов обструктивного бронхита у детей, которая позволит планировать комплекс профилактических мероприятий и диспансерного учета. Наиболее значимым фактором является схема «мать, отец и 2 сибсов больны»; наименее значимым фактором схема «ни один из родственников не поражен», а также схема «родители здоровы и 1 сибс болен».

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕДОНОШЕННОСТИ ДЕТЕЙ

Ложкина Ю.В., Макарова Р.В., лечебный факультет, 5 курс, 501 группа. Исследование проводилось на базе БУЗ «РДКБ» МЗ УР

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра детских инфекций.

Заведующая кафедрой: к.м.н., доцент Поздеева О.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Бриткова Т.А.

Цель работы: Исследование факторов риска, влияющих на формирование недоношенности детей. Материалы и методы исследования: Проведен анализ историй болезней на базе РДКБ отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. Результаты: Проведен анализ историй болезней 87 недоношенных детей. Из них 6 детей родились на сроке гестации <28 недель (6,9%) 1 группа, 31 ребенок на сроке 29-33 недель (35,6%) 2 группа, 50 детей – на сроке 34-37 недель (57,5%) 3 группа. Установлено что большинство детей родились у матерей, чей возраст составляет от 18-40

лет (83,9%), старше 40 лет (16,1%). Злоупотребляли алкоголем и курили во время беременности 5,4% женщин. Дети от повторных беременностей родились в 63%, после отягощенных беременностей (аборты, выкидыши, мертворождения) в 40,5% случаях, в основном у матерей 1 и 2 групп. Показатель хронических заболеваний у матерей увеличивается соответственно степени недоношенности. В период беременности анемия наблюдалась у 27,5% матерей, ожирение у 10% (у большинства из 1 группы), ОРВИ у 42%, ИМВП встречалась с частотой 45%, носительство ЦМВИ у 13% (больше половины из которых из первой группы), также встречались ИППП у 14%, с одинаковой частотой в трех группах. ВУИ у 17,3%, СЗРП и ВПР в 9% и 4,5% соответственно. Поздняя явка на учет у 10,5% (в основном в 1 и 2 группах), преждевременное отхождение околоплодных вод у 12,75%, отслойка нормально расположенной плаценты у 10,6%. Показатель кесарева сечения составил 70%. Частота угрозы прерывания беременности (43,4%, 32,6%, 24%). Преэклампсия различной степени тяжести (40,3%, 31,7%, 28% соответственно) нарастала с увеличением степени недоношенности. Вскармливание недоношенных детей осуществлялось: искусственной смесью в 46% случаях, грудным молоком в 31%, смешанное кормление в 23%. Искусственная вентиляция легких, оксигенотерапия и реанимационные мероприятия проводились в 60% (в 1 группе в 100% случаях). Частота встречаемости и степень тяжести заболеваний детей возрастали со степенью недоношенности. Выводы: Таким образом, нами выяснено, что на формирование недоношенности влияют пренатальные факторы: хронические заболевания матерей до и во время беременности, отягощенное течение беременности и родов. Состояние здоровья недоношенных детей характеризуется: ВУИ, церебральная ишемия, анемии, неонатальные желтухи, кардиопатии, ВПС, пневмонии, ретинопатии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Бен Отмен Мабрук, аспирант 1 года обучения БГМУ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав.каф. – д.м.н. Нечитайло Ю.Н.) ВГУЗУ

«Буковинский государственный медицинский университет», г.Черновцы, Украина

Научный руководитель - профессор, д.мед.н. Нечитайло Ю.Н.

Незначительные функциональные нарушения и снижение резервов в работе легких и сердца часто возникают на фоне острых респираторных заболеваний с явлениями обструкции дыхательных путей. Они способны привести к развитию гипоксемии, которая отрицательно сказывается на функционировании органов и систем всего организма. Обструктивные состояния проявляются, прежде всего, в нарушении вентиляционной функции легких и снижении резервных возможностей газообмена. Первые признаки гипоксемии отмечаются при физической нагрузке или в условиях задержки дыхания на вдохе и выдохе. Физическая нагрузка влечет за собой увеличение потребления кислорода, а если легкие и сердце не способны обеспечить растущую потребность организма в кислороде, тогда возникает гипоксемия. Одной из актуальных задач детской пульмонологи является создание стандартов обследования и предупреждение угрожающих состояний на ранних стадиях. Доступным методом оценки функциональных резервов кардиореспираторной системы являются пробы с физической нагрузкой и определением уровня сатурации крови кислородом с помощью пульсоксиметра при проведении проб с задержкой дыхания. Цель работы: проанализировать эффективность пульсоксиметрии в сочетании с пробами с задержкой дыхания и физической нагрузкой у детей с бронхообструктивным синдромом для определения функционального состояния сердечно-легочной системы в обеспечении газообмена. Материалы и методы исследования. В работе обследовано 34 ребенка в возрасте 12-14 лет, здоровых (16 детей) и реконвалесцентов острого обструктивного бронхита (18 детей). В работе изучались особенности режима дня, питания, сна и физической активности, анализировалось течение бронхита. У детей проводилась спирография и пульсоксиметрия с регистрацией на компьютере, измерялось в динамике артериальное давление. Использовались функциональные пробы с задержкой дыхания (Штанге и Генча) и проба Руфье. Результаты обрабатывались статистически с помощью программы «Статистика 6,0». Результаты. Обследованные дети не имели хронических заболеваний и подавляющее большинство вело достаточно здоровый образ жизни. Артериальное давление у них в среднем составил: систолическое 97,7±2,2 мм Hg, диастолическое - 60,1±1,4 мм Hg, средняя частота сердечных сокращений 85,6±1,9 ударов в 1 минуту, жизненная емкость легких - 2,28±2,2 л, без существенных различий между группами. При проведении проб с задержкой дыхания были получены следующие показатели: у здоровых детей проба Штанге - 39,1±3,5 секунды, проба Генча - 20,5±2,1 секунды, у детей второй группы - 31,6± 2,5 секунды, проба Генча - 14,5±2,7 секунды ($p<0,05$). Толерантность к физической нагрузке в соответствии с пробой Руфье была достоверно ниже у пациентов второй группы. Сатурация кислородом при пульсоксиметрии составила в среднем 98,8±0,06%, при проведении проб с задержкой дыхания она снизилась у здоровых детей до 97,1±0,46%, у детей второй группы до 95,2±0,74%, а у одного ребенка насыщения кислородом снизилось с 98% до 92%, при этом частота пульса возросла с 74 до 99 ударов/мин. Степень снижения сатурации у детей второй группы была больше при проведении пробы с задержкой дыхания на выдохе. Выводы: Применение пульсоксиметрии в сочетании с функциональными пробами в виде физической нагрузки и задержки дыхания расширяют диагностические возможности педиатра и оптимизируют мероприятия по лечению и реабилитации детей с бронхообструктивными заболеваниями.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мадатова М.К., Иванова Е.С. студентки 512 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра детских инфекций (зав. каф. –к.м.н., доцент Поздеева О. С.)

Научный руководитель:к.м.н., ассистент Лекомцева О. И.

Цель работы: Выявить клинико-анамнестические особенности течения внебольничных пневмоний (ВП) у детей раннего возраста. Задачи: Изучить и проанализировать литературу по теме; выявить закономерности течения пневмоний по следующим критериям-количество койко-дней, наличие сопутствующих заболеваний, наличие обструкции, вскармливание детей, средняя длительность лихорадки, средняя сатурация О2, среднее ЧДД, наличие вакцинации (Pnevmo-23, превенар), анализ мокроты, проведение ПЦР, совпадение заключения рентгеновского исследование органов грудной клетки с диагнозом. Материалы и методы исследования: Проведён ретроспективный анализ 54 историй болезни детей с ВП, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №7 детском инфекционном отделении за 2018 год. Результаты: В ходе проведенного анализа все дети были разделены на 2 возрастные группы-до 2-х лет и от 3 до 14 лет. В первой группе было 24 ребёнка, из них мальчиков 18 человек (75%), девочек – 6 человек (25%). Средний койко-день составил 8,5. У 92% детей (22 человека) имелись сопутствующие заболевания, а у 8% (2 человека) – не было. Смешанная одышка у 6 детей (25%). Обструкция у 22 детей (92%). 10 детей (42%) находились или находятся в данный момент на грудном вскармливании, 14 ребенка (58%) на искусственном. Лихорадка в среднем длилась 4 дня. Сатурация в среднем 96%. ЧДД в среднем 36 в минуту. Вакцинация была проведена в срок у 20 детей (84%). У 16 детей (66%) нет анализа мокроты, у 8 детей (34%) в анализе мокроты лейкоциты, эпителий. У 1 ребенка (8%) при ПЦР обнаружен Parainfluenzavirus 1-4 типов (ПГ 3). Диагноз верифицирован рентгенографически. Детей в возрасте от 3 до 14 лет - 34 человека, из них мальчиков 24 (70%), девочек - 10 (30%). Средний койко-день составил 6,8. Экспираторная одышка у 12 детей (35%). Обструкция наблюдалась у 26 детей (76%). 14 детей (41%) находились на грудном вскармливании, 20 (59%) - на искусственном. Лихорадка в среднем длилась 3,6 дней. Вакцинация была проведена в срок у 28 детей (82%). У 6 детей (18%) нет перенесенных заболеваний, у 28 детей (82%) среди перенесенных заболеваний – ОРВИ, пневмония, обструктивный или острый бронхит. У 32 детей (94%) нет анализа ПЦР, у 2 детей (6%) возбудителей не обнаружено. Выводы: Таким образом, основными особенностями течения ВП у детей раннего возраста являются нахождение детей с ВП на искусственном вскармливании, сочетание обструктивного синдрома и одышки, длительная лихорадка, длительное нахождение в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕЛЬМИНТНОЙ И ПРОТОЗОЙНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Мамажонова Н.З., студент 5 курса 513 лечебного факультета кафедра нормальной и патологической физиологии (зав.каф- Худоярова А.Г.)

Научный руководитель: ст. преп.Мадумарова М.М.

Актуальность. Узбекистан относится к числу стран с жарким климатом, для которых гельминтные и протозойные заболевания являются эндемичными. Паразитарные болезни являются причиной задержки умственного и физического развития детей, снижают сопротивляемость к инфекционным и соматическим заболеваниям, уменьшают эффективность вакцинопрофилактики, вызывают аллергизацию организма, индуцируя вторичные нммунодефициты.Цель: изучить особенности неврологического статуса и иммунологических показателей у детей с гельминтной и протозойной инвазией.Материалы и методы. Обследовано 120 детей в возрасте от 5 до 14 лет с признаками интоксикации нервной системы и клиническими симптомами протозойпой и гельминтной инвазий, контрольную группу составили 40 практически здоровых детей, аналогичного возраста.Результаты. Поражение нервной системы у детей с гельминтной и протозойной инвазией сопровождается развитием микроорганической неврологической симптоматики, более выраженной при сочетанной форме инвазии. Интоксикация нервной системы сопровождается при сочетанной инвазии преобладанием симпатикотонии в 97,1% случаев, а при протозойной инвазии парасимпатикотонией в 90% случаев. Сочетанная гельминтная и протозойная инвазия сопровождается выраженными нарушениями иммунобиологической реактивности организма и отражается в высоких показателях АСЛ к ТА кишечника (8,2±0,19%), и АСЛ к ТА мозга (7,0±0,25%), тогда как при изолированной протозойной инвазии отмечается преимущественно повышение АСЛ к ТА кишечника (10,7±0,2%)Вывод. Учитывая высокие показатели АСЛ к ТАГ мозга и кишечника при сочетанной инвазии и преимущественно АСЛ к ТАГ кишечника при изолированной протозойной инвазии можно прийти к выводу о более выраженном поражении нервной системы у больных с сочетанной гельминтной и протозойной инвазией, что коррелировало в наших исследованиях с результатами клинических наблюдений. Для всех детей инвазированных сочетанной гельминтной и протозойной инвазией с неврологическими осложнениями характерно наличие эндогенной интоксикации, что подтверждается высокими показателями СМП в обеих группах по сравнению с контрольной группой (P<0,05).

КОРРЕКЦИЯ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Маматмусаева Ф.Ш., ассистент кафедры

Микробиологии, вирусологии и иммунологии ТМА, (зав.каф.-д.м.н. Нурузова З.А.)

Вирусный гепатит С вызывающий острый и/или хронический инфекций и воспаление печени, представляет собой одну из наиболее актуальных проблем медицины во всем мире. Цель исследования: Оценить эффективность проводимой комплексной лечение показатели биохимического состава желчи у реконвалесцентов вирусного гепатита С (рВГС) у детей. Материалы и методы исследования: Клиническая часть исследования проводилась в период 2013-2017 г.г. в НИИ Вирусологии МЗ РУз, 1-КИБ. В исследование было включено 36 детей рВГС с патологией желчевыводящих путей и 30 практически здоровых детей в качестве контрольной группы. Оценку желчевыделительной функции печени проводили методом фракционного дуоденального зондирования. Результаты исследований рВГС показали, что при рВГС наблюдаются значительные изменения практически всех параметров биохимического состава желчи в печеночной её фракции. Это изменения были представлены в виде почти трехкратного снижения содержания билирубина (в норме 14,5+0,5) и двухкратного увеличения содержания холестерина (в норме 46,8+3,5), достоверно. Содержание желчных кислот (ЖК в норме 254,0+9,8) было снижено на 75% у рВГС, по сравнению с показателями здоровых лиц, достоверно. Эти сдвиги обеспечивали, в конечном итоге, снижение величины холатохолестериновый коэффициент (ХХК в норме 5,4+0,10) более чем в 3,5 раза у рВГС, по сравнению с показателем ХХК здоровых лиц (P<0,05). В группе рВГС, который принимавших медикаментозное (фосфоглив 1-2 капсула 3 раза в сутки) и физиотерапевтическое лечение (электрофорез с магний сульфатом в проекции желчным пузырям), мы выявили увеличение билирубина на 62% (P<0,05), желчных кислот на 33% (P<0,05), снижение холестерина на 38%. Эти сдвиги обеспечили увеличение ХХК в два раза, по сравнению с рВГС до лечения. При этом сравнительный статистический анализ полученных данных показал, что в группе рВГС, получавших реабилитационное лечение (электрофорез с магний сульфатом в проекции желчным пузырям) по сравнению с группой практический здоровых детей с аналогичным лечением отмечены достоверные изменения показателей билирубина, желчных кислот и ХХК 18% (P<0,05), 16% (P<0,05) и 35% (P<0,05) соответственно. Исследования, посвященные определению спектра желчных кислот у рВГС, по сравнению с аналогичными показателями желчи здоровых лиц, также выявили достоверные изменения в исследуемых показателях. Прежде всего, обращало на себя внимание увеличение у рВГС доли конъюгированных с таурином и глицином холиевых кислот и соответственное снижение пула конъюгированных деокси- и хенодеоксихолиевых кислот. Например, если у здоровых лиц соотношение холиевых и деоксихолиевых (дезокси- и хенодезоксихолиевая кислоты) было равно 1:2,2, то у рВГС это соотношение составляло 1:0,67 наблюдается значительное увеличение пула гидрофобных холиевых кислот в желчи. Таким образом, у рВГС наблюдаются изменения биохимического состава желчи, по сравнению с аналогичными показателями желчи здоровых лиц. Это выражается в снижении содержания билирубина, желчных кислот, коэффициента ХХК и увеличении содержания холестерина в желчи.

МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ, РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Маматмусаева Ф.Ш., ассистент кафедры

Микробиологии, вирусологии и иммунологии ТМА, (зав.каф.-д.м.н. Нурузова З.А.)

Вирусные гепатиты относятся к наиболее значимым проблемам медицинской науки и практического здравоохранения, т.к. характеризуется непрерывно увеличивающей заболеваемостью, частым формированием неблагоприятных исходов и смертностью, связанной как с острыми, так и хроническими формами болезни. Цель исследования: Изучить микроскопические изменения желчи реконвалесцентов вирусного гепатита С с гепатобилиарной патологий. Исследования проводилась в детском объединении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, в течения 2013-2017 год. В нашей наблюдении были 60 реконвалесцентов вирусного гепатита С (основная группа) и 20 практически здоровых детей в качестве контрольной группы. Результаты микроскопических исследований выявили, что у реконвалесцентов вирусного гепатита С наблюдаются дискинетические расстройства желчевыделительной системы. У большинства больных отмечались признаки нарушения коллоидно-солюбизационных свойств желчи. Так у 39 реконвалесцентов вирусного гепатита С (65%) было отмечено наличие кристаллических образований (кристаллы холестерина и билирубината кальция, макролиды). У 56 реконвалесцентов вирусного гепатита С (93,3%) отмечалось повышение лейкоцитов в порции А и В. Причем, в основном имбибировавших желчью. Это свидетельствует о том, что у большинства реконвалесцентов отмечается воспалительный процесс желчного пузыря. Поскольку дуоденальное содержимое представляет собой смесь желчи с панкреатическим, желудочным и кишечным соками, наличие неимбибированных лейкоцитов говорит о возможном воспалении желудка, поджелудочной железы или кишечника. У 35% реконвалесцентов вирусного гепатита С отмечено наличие большого количества круглых эпителиальных клеток в порциях В и С, что возможно обусловлено патологическими изменениями в двенадцатиперстной кишке. У большинства реконвалесцентов (70% реконвалесцентов вирусного гепатита С) были обнаружены цилиндрические эпителиальные клетки, наличие которых является диагностический значимым для верификации воспаления желчных путей. У 10% реконвалесцентов были обнаружены вегетативные формы лямблий. Для таких больных дополнительно проводилась противолямблиозная терапия.После проведения диетотерапии значимых изменений мы не выявили. Проведение физиотерапевтического лечения способствовало снижению лейкоцитов, слизи у 45% реконвалесцентов вирусного гепатита С, уменьшение солей билирубината кальция и холестерина у 90% больных. Добавление препарата (Фосфоглив) в курс проводимой терапии значимо уменьшило количество лейкоцитов, как имбибированных, так и неимбибированных желчью у 80% реконвалесцентов. Таким образом, физиотерапевтическое лечение способствует

снижению застоя желчи, снижает воспалительный процесс в желчных протоках, улучшает физико-химические параметры желчи. Добавление препарата Фосфоглив суммирует и взаимнопотенцирует эффекты физио- и медикаментозного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ, В КОТОРЫХ ПРОЖИВАЮТ ДЕТИ С МАЛЫМИ ОЧАГОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Маткурбонова Ш., студентка 416 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – Аджаблаева Д.Н.

Цель. Оценить эпидемическую опасность очагов туберкулезной инфекции, в которых проживают дети с «малыми» формами туберкулеза. Материалы и методы. В исследование включены 52 ребенка в возрасте от 3 до 13 лет с малыми очаговыми изменениями в легких, выявленными методом компьютерной томографии, проживающие в очагах туберкулезной инфекции. Продолжительность контакта составила от 1 года до 7 лет. Изучен тип контакта (семейный, родственный, случайный), проведен анализ структуры клинических форм туберкулеза у источника инфекции и характера бактериовыделения. Результаты и обсуждение. Большинство пациентов были из семейного очага туберкулезной инфекции – 39 (75,0±6,0%), достоверно реже определялся родственный контакт – 11 (21,2±5,6%) (P<0,001); случайный контакт установлен у 3 больных (15,8%). Преобладал одиночный контакт над множественным (более 2-х источников) – 31 (59,6±6,8%) и 21 (40,4±6,8), соответственно, (P≤0,05). 1/3 детей были из очага смерти –30,8±6,4%. В качестве источника инфекции в большинстве случаев выступили родители – 43 из 76 источников инфекции (56,6±5,8%), в 2,5 раз реже источником инфекции оказалась ближайшие родственники – тетя/дядя –17 (22,4±4,8%), (P<0,001) и в 8,6 раза реже дедушка/бабушка –5 (6,6±2,8%), (P<0,001). Наиболее частой формой туберкулеза у источника инфекции являлся ФКТ – 47,2%, инфильтративный туберкулез в фазе распада – 36,1%, остропрогрессирующие формы (диссеминированный туберкулез и казеозная пневмония) определялись у 22,2%. Бактериовыделение у источника инфекции определялось у большинства пациентов - 73,1%, при этом устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции – бактериовыделителя отмечена в 88,9%. При анализе спектра лекарственной устойчивости обращает на себя внимание то, что все бактериовыделители имели наихудший вариант устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам: МЛУ МБТ определялась у 63,0%, а ШЛУ МБТ – у 25,9%. Достоверно чаще дети заболевали туберкулезом в первые 2 года от начала установленного контакта, по сравнению с периодом наблюдения от 2 до 5 лет – 27 (51,9±6,9%) и 13 (25±6,0%), P≤0,01. Значительно реже заболевание у детей из контакта выявлялось в более поздние сроки (проживание в контакте более 5 лет) – 7 (13,5±4,7%), при этом средний срок выявления заболевания у ребенка от начала контакта составил 2,1±0,3 лет. Выводы. Таким образом, современные очаги туберкулезной инфекции, в которых проживают дети с малыми очаговыми изменениями, выявленными методом компьютерной томографии, являются наиболее эпидемически опасными очагами семейного типа, с высокой частотой бактериовыделения и лекарственной устойчивости МБТ у источника инфекции.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Махкамова Р.И.

Кафедра госпитальной педиатрии № 1 с основами нетрадиционной медицины

Научный руководитель: ассистент Абдурахманова Д.Ф., ТашПМИ

Актуальность проблемы.Заболевания щитовидной железы в настоящее время занимают ведущее место среди эндокринной патологии в детском возрасте. При этом отмечается рост заболеваемости в связи с распространенностью зобной эндемии, что обусловлено ухудшением экологической и радиационной обстановки, недостаточной йодной профилактикой в йоддефицнтных регионах Российской Федерации [Герасимов Г.А., 2008; Дедов И.И., 2006, 2008]. Эндемический зоб - самое известное заболевание, которое рассматривается в качестве основного маркера йодной напряженности. Забайкальский край по данным многолетних эпидемиологических исследований является регионом, где регистрируется легкая, средняя и тяжелая степень йодного дефицита [БишароваГ.И., 2010]. Цель исследования. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у детей с диффузным нетоксическим зобом. Определить частоту кардиоваскулярных нарушений при диффузном зобе у детей.Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базах кафедры Госпитальной педиатрии №2 ТашПМИ, в кардиоревматологических отделениях клиники ТашПМИи РНПМЦЭ, за период 2014-17 гг.Для решения поставленных цели и задач в работу включены 47 (в возрасте 8-17лет, 27(57.4%)девочек, 20(42.5%)мальчиков) больных детей с ДНЗ. Верификация диагноза проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования включающих: клинико-анамнестические методы, измерение пульса и артериального давления (АД), антропометрию, оценку вегетативного статуса, пальпацию щитовидной железы, исследования тиреоидного статуса - определение уровня ТТГ, Т3, Т4,УЗИ щитовидной железы, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ).Результаты исследования.Выявлено что частота сопутствия сердечно-сосудистых осложнений зависит в основном от морфологического состояния щитовидной железы, хронологии заболевания и проводимого лечения таких детей. В основном со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались следующее:метаболическаякардиопатия(73%), транзиторная кардиомиопатия (15%), вегетососудистая дистония (30%), у детей имелся синдром тахи и брадиаритмии нарушение процесса реполяризации.Выводы. Оценка морфологического и функционального состояния щитовидной железы является неотъемлемой частью диагностики у пациентов с диффузным зобом. Своевременная диагностика заболевания и оценка состояния сердечно-сосудистой системы у детей с диффузным зобом позволят уже на ранних стадиях болезни проводить коррекцию кардиоваскулярных нарушений и подбор адекватной терапии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Махкамова Р.И., педиатрия, 6 курс, 624группа, ГКДБ №1

ТашПМИ, кафедра Госпитальной педиатрии №1, д.м.н. Алиева Н.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Турдиева Д.Э.

Актуальность исследования: В последнее время во всем мире прослеживается тенденция к ограничению использования лекарственной терапии. В связи с этим в реабилитации и лечении у детей раннего возраста ведущую роль отводят немедикаментозным методам воздействия, которые оказывают на организм более мягкую, щадящую нагрузку, чем лекарственная терапия, воздействуя на весь организм одновременно. Цель исследования: Оценка иммунокоррегиующей эффективности точечной фототерапии у детей раннего возраста с инфекционно-воспалительными заболеваниями (ИВЗ). Материалы и методы: Обследовано 46 детей раннего возраста с ИВЗ. Выявлено снижение некоторых показателей (интерлейкины) иммунного статуса обследованных больных в сравнении со здоровыми детми. В ходе исследования были разработаны две схемы лечения и в зависимости от этого дети разделены на две группы. Результаты исследования: Первую группу составили 22 детей раннего возраста которым дополнительно к базисной терапии проводились однократные сеансы точечной фототерапии. Вторую группу детей составили 24 ребенка, которые дополнительно к базисной терапии получали сеансы точечной фототерапии дважды в день. Более эффективным как по динамике клинических, так и по показателям иммунного статуса оказалось лечение детей, которые получали двукратный сеанс фототерапии в сравнении с традиционным лечением. В то же время исследованные иммунологические показатели в этой группе достигли показателей здоровых детей и изменение гемоглобина крови в положительную сторону.Изучение динамики показателей выявило, что у детей получивших сеансы фототерапии в достоверно более ранние сроки, ликвидировались очаги локальной инфекции и сократилась койка дней. У них реже развивалась анемия и гипотрофия. Выводы: Таким образом, сеансы точечной фототерапии оказывают выраженный положительный клинический и иммуномодулирующий эффект на детей раннего возраста с ИВЗ.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Мацак Н.Л., студент 404 группы педиатрического факультета, Кулемин М.Э., студент 401 группы педиатрического факультета,

Чернова А.А., студентка 405 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. каф. – д.м.н., профессор Осетров А.С.)

Научный руководитель ассистент, д.м.н. Малкова А.А.

Цель: Установить причины, факторы развития, способствующие повреждению центральной нервной системы (ЦНС) в неонатальном периоде. Задачи: Проанализировать истории болезни пациентов с диагнозом перинатальная энцефалопатия в период с 2017–2018 год, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных, республиканской детской клинической больницы (РДКБ) города Ижевска. Определить структуру заболеваний новорожденных, способствующих развитию перинатальной энцефалопатии. Материалы и методы исследования: Материалом для анализа послужили истории болезни пациентов в период с 2017–2018 год с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Результаты: Результаты исследования показали, что диагноз перинатальная энцефалопатия среди всех наблюдений (100 случаев), составил 70 наблюдений (70,0%). В структуре причин, способствующих развитию перинатальной энцефалопатии преобладает церебральная ишемия – 71,3%, затем инфекции – 50,0%, токсико–метаболические нарушения – 40,0%, геморрагически–ишемические повреждения ЦНС – 10,0% и травмы ЦНС – 4,2%. В клинической картине на первое место выходит синдром угнетения ЦНС – 32,8%, затем синдром возбуждения – 15,7%, гидроцефальный синдром – 14,0%, моторные нарушения, как следствие ишемического повреждения ЦНС –12,8%, гипертензионный синдром – 11,0% и эпилептический синдром – 10,0%. Среди моторных нарушений преобладает двухсторонний пирамидный синдром – 33,0%, на втором месте спастический тетрапарез – 22,0%, затем парез лицевого нерва по центральному типу, нижний спастический парапарез, правосторонний гемипарез, смешенный парез по – 11,0% соответственно. Среди травматических повреждений ЦНС преобладает асфиксия плода – 66,0%, второе место кефалогематомы – 33,0%. В структуре инфекции на первом месте внутриутробные инфекции (ВУИ) неуточненные – 50,0%, на втором месте цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), на третьем сифилис и менингоэнцефалит (врожденный) по – 7,0% соответственно. Среди токсико–метаболических нарушений преобладают неонатальная желтуха – 76,0%, затем белково–энергетическая недостаточность – 16,0%, гипогликемия, врожденный гипотиреоз, острая надпочечниковая недостаточность по – 2,6% соответственно. В ходе исследования установлены причины способствующие формированию повреждений ЦНС. На первом месте это Врожденные пороки сердца (ВПС) – 54,0%, на втором месте недоношенность – 21,4%, бронхолегочная дисплазия, респираторный дистресс синдром, врожденные пороки головного мозга и мочевыводящей системы составили по – 2,8% соответственно. Среди ВПС на первом месте открытое овальное окно – 22,8%, дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, кардиомиопатия неутонченная по – 10% соответственно, открытый артериальный проток 7,0%. Выводы: По данным результатов исследования, прослеживается прямая зависимость между частотой встречаемости врожденных пороков развития, таких как: ВПС – 54,0%, недоношенность 21,4% и другими аномалиями развития и формированием факторов риска перинатальной энцефалопатии, таких как: церебральная ишемия – 71,3%, инфекции –внутриутробного и перинатального периода – 50,0%, токсико–метаболические нарушения 40,0% и.т.д. Врожденные пороки развития и наследственные заболевания относятся к патологии, которая тяжело поддается консервативным методам лечения и часто требует, если это возможно, радикального подхода (фетальная хирургия).

РОЛЬ СИРЕСПА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Мейлиев Т.Н., студент 501 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – доц. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель асс. Нуралиева Р.М.

Болезни органов дыхания отличаются многообразием клинико-морфологических проявлений, что определяется большим числом и разнообразием этиологических факторов, приводящих к развитию воспалительных заболеваний органов дыхания, возрастными особенностями, своеобразием структуры легких. Цель работы. Изучить влияние сиреспа при лечении воспалительных заболеваний органов дыхания у детей, вне зависимости от этиологии Материалы и методы исследования. Купирование кашля является важной составляющей комплексного лечения заболеваний органов дыхания, что обусловливает необходимость применения лекарственных средств, обладающих противовоспалительными и антибронхоконстрикторными свойствами. Сиресп является противовоспалительным средством, оказывающим антиэкссудативное действие, препятствующим развитию бронхоспазма. Проявляет антагонизм с медиаторами воспаления и аллергии: серотонином, гистамином, брадикинином. Обладает папаверинoподобным спазмолитическим эффектом. При назначении в больших дозах снижает продукцию цитокинов, производных арахидоновой кислоты, свободных радикалов. Обследованы 76 детей в возрасте 2–9 лет с воспалительными заболеваниями органов дыхания. Одним из постоянных симптомов при которых является бронхоспазм и кашель. Сиресп применяли в качестве симптоматической терапии заболеваний верхних и нижних отделов дыхательных путей: ринофарингит и ларингит; трахеобронхит; бронхит; бронхиальная астма; респираторные явления при кори, коклюше и гриппе; инфекционные заболевания дыхательных путей, сопровождающихся кашлем, когда показана стандартная антибиотикотерапия; отит и синусит различной этиологии, включая аллергический. Используется внутрь перед едой детям в возрасте старше 2 лет. Обычная рекомендованная доза составляет 4 мг фенспирида гидрохлорида/кг в день. До 10 кг: 2-4 мерные ложки (или 10-20 мл) сиропа Сиресп в день. Более 10 кг: 6-12 мерных ложек (или 30-60 мл) сиропа Сиресп в день, дозу необходимо разделить на несколько приемов. Подростки: 9-18 мерных ложек (или 45-90 мл) сиропа Сиресп в сутки, дозу необходимо разделить на несколько приемов. Результаты. Эффективность препарата Сиресп оценивали по динамике изменений характера и интенсивности кашля, а также скорости купирования обструктивного синдрома. Применение препарата Сиресп у детей сопровождалось быстрым регрессом патологических проявлений, отсутствием прогрессирования бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности. Уже к 3-м суткам приема препарата отмечалось снижение частоты кашля и уменьшение его интенсивности у 54 детей (71%), что сопровождалось улучшением общего состояния, нормализацией сна и улучшением аппетита. Практически у каждого 3-го ребенка терапия Сиреспом сопровождалась купированием приступов кашля. Появление влажной, хорошо отделяемой мокроты, способствовало более легкой санации трахеобронхиального дерева. К 6-му дню лечения обструктивный синдром был купирован практически у всех детей (у 69 детей - 90,7%). Выводы. Результаты исследований показали, что Сиресп является эффективным и безопасным противовоспалительным препаратом с оригинальным комплексным механизмом действия. Сиресп продемонстрировал противовоспалительный эффект, который заключается в уменьшении степени воспаления бронхов. Это позволяет рекомендовать его для широкого применения при лечении воспалительных заболеваний органов дыхания у детей инфекционной и неинфекционной природы, как в условиях стационара - в составе комплексной терапии в качестве патогенетического средства, так и при амбулаторном лечении.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Мирхаидова Ю.Х., 416-группа II-педиатрический факультет

Научный руководитель: Атаходжаева Д.Р.

ТашПМИ, кафедра: Эпидемиология, инфекционные болезни

Актуальность. В настоящее время ситуация по бруцеллёзу во всем мире остается напряженной как в экономически развитых странах, так и в странах со слабой экономикой. По сведению ВОЗ бруцеллёз входит в пятерку инфекционных болезней, общих для человека и животных, наносящих наибольший социальный и экономический ущерб. Известно, что бруцеллёз как зоонозная инфекция встречается в регионах где развито животноводство. В бывших государствах СНГ, как республики Средней Азии и Казахстан, в том числе и Узбекистан, где ежегодно регистрируется определенное количество больных с впервые установленным диагнозом бруцеллёза, как среди взрослых, так и среди детского контингента, В связи с чем во всех

Государствах с развитым животноводством проблема бруцеллеза остается до конца нерешенным и проводится всестороннее изучения данного заболевания. Цель исследования: изучить эпидемиологии, эпизоотологии и этиологи бруцеллеза. Материалы и методы исследования: в основу исследования легли ретроспективные данные эпидемиологических показателей по бруцеллеза за последные 20 лет: с 2009 по 2018 года. Установлена, что за указанный период наблюдалось тенденция к росту бруцеллеза среди населения, особенно в эндемичных регионах Республики. Также выросла заболеваемость бруцеллезом и в среди детей и подростков. При этом среди 6 видов возбудителей бруцеллеза как этиологический фактор преобладала (до 90%) B.melitensis. Основными источникам заболевания 67,8% случаев являлись мелкий рогатый скот (МРС) а пути передачи инфекции до 65,7% случаев являлись контактный путь. Среди регистрированных больных бруцеллезов от 8 до 12,5% ов составляют дети 3-17 лет, но среди них чаще болели дети в возрасте 11-17 лет, которая свидетельствует об активном участии их в уходе за скотами. Таким образом, с учетом выщеизложенного необходимо усилить эпидемиологический и эпизоотологический надзор, особенно в эндемичных очагах бруцеллеза Республики.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ СТАДИЙ И ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Муртазоев С.Б., 511-группа II педиатрического факультета

Научный руководитель: Хайруллина А.Х.

ТашПМИ, кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней, г.Ташкент

Актуальность: Предотвращение распространения ВИЧ-инфекции занимает особое место среди проблем здравоохранения, что обусловлено глобальным ростом ВИЧ-инфекции, значительными социально-экономическими последствиями эпидемии, отсутствием средств надежной специфической профилактики и значительными расходами на лечение. Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи степени нарушения микробного пейзажа кишечника с параметрами клеточного иммунитета (CD4+, CD8+, ИРИ) и стадией ВИЧ инфекции. Результаты: исследование проводилось на базе клиники Республиканского центра по борьбе со СПИДом, нами было обследовано 65 пациентов, находившихся на стационарном лечении в данной клинике. У этого контингента пациентов в анамнезе отмечалась диарея свыше 1 месяца, не связанная с побочными эффектами антиретровирусной терапии, основными жалобами при поступлении были слабость, вялость, отсутствие аппетита, диарея более 1 месяца. По половому признаку пациенты распределились следующим образом 48 мужчин (73,8%) и 17 женщин (26,1%), по возрасту пациенты от 18 до 35 лет- 49 (75,3%), 36-60 лет- 16 пациентов (24,6%). В зависимости от стадии ВИЧ инфекции- 52 пациента (80%) с III стадией ВИЧ инфекции, 13 пациентов (20%) с IV-А стадией ВИЧ инфекции. При III стадии ВИЧ-инфекции у 22 пациентов (42,3%) количество CD4+ клеток осталось в норме, но у большего количества пациентов отмечалось повышение уровня CD8+ клеток, следовательно иммунорегуляторный индекс (CD4+/ CD8+) был понижен у 43 пациентов (82,6%) из 52. В IV-А стадии ВИЧ-инфекции у большинства пациентов отмечалось уменьшение количества CD4+ клеток 10 пациентов (76,9%) из 13, а также увеличилось количество CD8+ клеток 12 пациентов (92,3%). Было отмечено, что у 51 пациента с ВИЧ-инфекцией быстрее увеличивалось количество Т- супрессоров, чем уменьшалось количество Т-хелперов, следовательно иммунорегуляторный индекс снижался быстрее, чем количество CD4+ клеток. Вывод: Можно сделать следующее заключение, что изменение параметров клеточного иммунитета определенные при IV-А стадии ВИЧ-инфекции только на 2,2% чаще, чем при III стадии, но при IV-А стадии чаще снижается количество Т- хелперов (85,8%).

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНОШЕННОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Мусурмонов К.А., Кудратова З.Э.

Кафедра клинико-лабораторной диагностики

Научный руководитель: асс. Ибрагимова Н.С.

Цель. Переношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 41 до 43 нед и имеющие признаки перезрелости.Переношенная беременность является серьёзным осложнением, приводящим к неблагоприятным перинатальным исходам. Это связанно с низкой устойчивостью плода к гипоксии, вследствии повышенной зрелости структур головного мозга плода и уменьшения поступления к нему кислорода из-за морфо-функциональных инволютивных изменений в плаценте. Материалы и методы исследования. Проведен анализ 22 историй развития новорожденного при сроках гестации более 41 недель по данным архивного материалаотделения патологии новорожденных Областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда за 2016-2018 годы. Результаты исследования. По данным проведенного анализа при переношенной беременности возраст женщин колебался от 19 до 43 лет. Первородящие старшего возраста составили - 22,7%, повторнородящие - 54,5%, многорожавшие - 36,4%. Из экстрагенитальной патологии выявлено наличие хронических заболеваний у 68,1% женщин. Наиболее часто встречались инфекции мочевыводящих путей - 46,6%. Анемия наблюдалась у - 72,7%, Из гинекологических заболеваний: воспаление органов малого таза - у 77,3%, нарушения менструального цикла - у 9,1% женщин. Запоздалые роды в анамнезе наблюдались у 22,7% женщин. Течение беременности осложнилось у 72,7% женщин: угроза прерывания - у 62,5%, патологией околоплодных вод - у 37,5%. Оперативное родоразрешение наблюдалось в 59,1% родов, наиболее частой причиной операций явилась угрожающая гипоксия плода 40,9%. В асфиксии родились 11 новорожденных - 50%, из них в асфиксии легкой степени - 6 новорожденных - 27,3%, в асфиксии средней степени тяжести 3 новорожденных - 13,6%, в асфиксии тяжелой степени 2 новорожденных - 9,1%. Течение периода новорожденности у 10 новорожденных - 45,5% протекало на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии, у 8 новорожденных - 36,4% наблюдалась пневмония, у 5 новорождённых - 22.7% неонатальная гипербилирубинемия, у 2 новорожденных - 9,1% кефалогематома. Из лабораторных показателей в крови у новорожденных часто наблюдалась анемия 72,7% случаев, лейкоцитоз - 22,7% случаев, увеличение СОЭ - 27,3% случаев, дисэлектролитемия - 45,5% случаев. Выводы. Таким образом, при сроке беременности более 41 недели нарушается состояние плода, увеличивается количество новорожденных, рожденных в асфиксии и ухудшается течение периода новорожденности. Из этого следует, что диагностика состояния плода при сроке беременности более 41 недель имеет важное значение для выбора сроков и методов родоразрешения с целью улучшения перинатальных исходов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙРАННЕГО ВОЗРАСТА

Мухаммадиева М. 601-группа I Педиатрический факультет

Кафедра амбулаторной медицины и физического воспитанияТашПМИ

Научный руководитель: Ганиева Д.К.

Актуальность. Из всех анемий самой распространенной является железодефицитная (ЖДА), которая составляет примерно 80% от всех анемий. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в детской популяции распространенность анемии составляет 40-50% у детей раннего возраста. Анемии, вызываемые многими причинами - широко распространенное патологическое состояние, лечение и профилактика которого, несмотря на достижения современной медицины, представляют глобальную проблему. Цель исследования: выявление факторов риска развития и особенности течения ЖДА у детей 1–3 лет.Методы исследования. Нами проведен анализ истории болезни 85 детей раннего возраста с ЖДА. Установление диагноза ЖДА у всех детей основывалось на данных анамнеза, клинической картины, общепринятых критериях лабораторной диагностики: в общем анализе крови (ОАК) уровень гемоглобина (ниже 110г/л), значение цветного показателя (ниже 0,85), эритроцитов (менее 3,5 $x10^{12}$/л) и содержание сывороточного железа (менее 10 мкмоль/л). В зависимости от степени анемии всех детей разделили на 3 группу. В I группу вошли I5 детей с легкой степенью анемии (Hb 90–110 г/л, Эр 3,0x1012/л), II группу составили 62 ребенка с анемией средней степени (Hb 70–90 г/л, Эр 2,5–3,0x1012/л), в III группе - у 8 детей была тяжелая степень ЖДА (Hb< 70 г/л, Эр < 2,5x1012/л). Была определена связь между частотой анемии у ребенка и наличием

анемии у матери, рахита, дисбиоза кишечника, ранним началом искусственного вскармливания. У всех больных детей была определена бледность кожных покровов и слизистых, слабость, вялость, снижение аппетита; мышечная гипотония наблюдалась у 15 детей (17,6%), у 23 (25,8%) детей - умеренная тахикардия и систолический функциональный шум, у 27 детей (31,7%) сухость волос, у 20 детей (23,5%) - запоры.В общем анализе крови, наряду со снижением уровня гемоглобина и эритроцитов, у 78% детей выявлена гипохромия, различной степени анизоцитоз и пойкилоцитоз (81%). Уровень сывороточного железа был нормальным в 56% случаев, в остальных - был снижен до 6,3 мкмоль/л. Заключение. ЖДА у детей раннего возраста регистрируется в 39,6% случаев и имеет свои возрастные анамнестические и клинико-лабораторные особенности. Учитывая причины ЖДА понятно, что профилактика должна проводиться в антенатальном периоде развития плода. Всем женщинам во второй половине беременности целесообразно профилактическое назначение пероральных ферропрепаратов или поливитаминов, обогащенных железом.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА

Мухаммадсолих Ш.Б.,студет 2 курса, факультетаВСД ТашПМИ

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.каф.-д.м.н. Ашурова Д.Т.)

Научный руководитель: асс. Турсунова О.А.

Актуальность. Стрессовые факторы являются неотъемлемой частью человеческого существования. Проблема его в последние годы становится одной из самых актуальных тем. Причиной стресса у ребенка могут стать такие факторы как ссоры или расставания с близкими людьми, смена места жительства, внезапный испуг, страх других людей и детей, давление со стороны сверстников, травмы, боли ,боязнь врачей или уколов. Цель и задачи. Анализ влияния стрессовых факторов на соматическое состояние ребенка.Материал и методы. Материалом для тезиса послужили научные статьи, монографии, учебные пособия и публикации последних лет. Основной метод обзор литературы.Результаты и обсуждение. Стрессовые факторы влияют на самоконтроль, ухудшая его. Симптомы стресса у грудничков и детей в возрасте до двух лет: ребенок становится сильно раздражительным; потеря аппетита или отказ от кормления; ухудшается его сон. Симптомы стресса у детей в дошкольном возрасте: ребенок ведет себя несоответственно своему возрасту. В возрасте три-пять лет, малыш может брать в рот пустышку, мочиться в штаны; детские страхи сильно усиливаются. Ребенок из-за боязни смерти не может уснуть и так далее; могут появляться дефекты речи; на новые обстоятельства или на новых людей у ребенка возникает слезная реакция; ребенок становится гиперактивным или, наоборот, активность снижается; ребенок становится агрессивным, нервозным. Симптомы стресса у детей в младшем школьном возрасте: малыш очень быстро утомляется; ребенок часто может видеть ночные кошмары; в течение недели или еще дольше ребенок ведет себя очень капризно, вызывающе; пониженная самооценка; возникает агрессивное отношение к окружающим людям; без особой причины ребенок расстраивается; ребенок становится замкнутым, отрешенным от мира. Возникают беспричинные страхи, тревоги, волнения; нервные тики и дефекты речи. Сон и аппетит ухудшается, а в некоторых случаях может быть повышенный аппетит и постоянная сонливость.Выводы. Таким образом, стрессовые факторы оказывают негативное влияние на соматическое состояние ребенка. При этом следует отметить что негативное влияние стресса имеет не кратковременный характер а продолжительный т.е сказывается на протяжении многих лет после перенесенной стрессовой ситуации. Именно поэтому главным фактором успешного лечения является позитивная стимуляция и преодоление комплексов. Ребенок будет меньше подвержен стрессам, если будет знать, что родители всегда являются его поддержкой и опорой.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Нажимов Ш.Р., Сирожева Н.А., Давлатова И.Р, Меликова Д.У.- резиденты магистратуры

Кафедра педиатрии №2 (зав.каф: доц.Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: доц. Ахматов А.А.

Цель: изучить частоту важного компонента комплекса обменных нарушений метаболического синдрома– гиперурикемии в семьях, где имеются дети с урикозурической нефропатией. Материалы и методы. Проведено семейное исследование у членов 40 семей, где имеются дети с урикозурической нефропатией. Работа выполнялась в отделениях функциональной диагностики и биохимической лаборатории Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра. Комплексное обследование родственников, сибсов и пробандов проводилось по единому принципу и включало генеалогический анализ родословных, общеклинические лабораторные и биохимические исследования, по необходимости рентгенологических и ультразвуковых методов исследования почек. Скорость клубочковой фильтрации определяли по формуле Шварц, клиренс мочевой кислоты по формуле Ван Слайка, вычесляли фракционный клиренс МК. За пограничный уровень МК в крови принимали данные Ю.И.Ровда и соавт.:1-7 лет мальчики –300,0мкмоль/л, девочки - 270,0мкмоль/л; 8-11лет: 305,0 мкмоль/л оба пола; 12-15 лет- 360,0 мкмоль/л и 330,0 мкмоль/л соответственно. Результаты. Биохимическими маркерами дисметаболизма пуринов является гиперурикемия, гиперурикозурия, активность фермента ксантиноксидазы. В ходе проведения семейных исследований у 40 пробандов с урикозурической нефропатией обследовано 62 сибсов и 60 родителей. В нозологической структуре уратных нефропатий преобладал интерстициальный нефрит (27,2%), вторичный пиелонефрит (24,5%), изолированный мочевой синдром(13,9%), мочекислый литиаз (6,8%). Следует отметить, что в родословной больных с урикозурической нефропатией исключительную частоту сердечно-сосудистых заболеваний, включая гипертонию (43,3%), гастродуоденальной (19,7%) и гепатобилиарных систем (39,6%), заболеваний связанных с отложением солей (26,7%). Аллергические заболевания составили(9,2%), ожирение, диабет 7,1% и 2,7% нервно-психические заболевания. Такой спектр внепочечной патологии в родословной безусловно должен направить диагностический поиск на исследование метаболического статуса и прежде всего на исключение диспуриноза. Из 62 целенаправленно обследованных сибсов бессимптомная гиперурикемия (ГУ) выявлена у 21 (33,9%), т.е. без клинических признаков заболевания (доманифестный период), а у 14 детей (22,5%) манифестные формы урикозурической нефропатии в виде дисметаболического интерстициального нефрита и вторичного пиелонефрита (25,2%), изолированного мочевого синдрома (17,2%) и в двух случаях рецидивирующего мочекислого литиаза (14,3%). Аналогичное явление наблюдалось у обследованных родителей: у 14 из них (23,8%) наблюдалась бессимптомная ГУ: >430,0 мкмоль/л – СКМК, клиренс МК->12–15,7мл/мин/1,73м^2, фракционный клиренс - >15%. Манифестные формы выявлены у более чем половины родителей: абактериальный и бактериальный интерстициальный нефрит, мочекаменная болезнь у 32 родителей (53,3%). У них же обнаружено усиление активности ксантиноксидазы, которая составила у пробандов 318,5±10,8 ммоль/л/сек, у сибсов с доманифестной ГУ - 265,0±13,0 ммоль/л/сек., при норме 110,0±8,5 ммоль/л/сек. Следовательно, ГУ и ГУУ при нарушении метаболизма пуринов носит семейный характер. Выводы: Таким образом, использование семейного принципа обследования позволяет раннее выявления ГУ в доманифестной стадии и проведение превентивных профилактических мероприятий.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Назарова М. М. 2 курс,Турдикулова М.Х. 1 курс магистранты кафедры судебной медицины и медицинского права,

Гулямов Д.Э. ординатор кафедры судебной медицины и медицинского права, ТМА

Кафедра судебной медицины и медицинского права ТМА,

Научные руководители: доцент Бахриев И.И., д.м.н. Гиясов З.А.

Основной целью реформирования системы здравоохранения является обеспечение конституционных прав граждан на квалифицированное медицинское обслуживание. В настоящее время все большее внимание уделяется вопросу ненадлежащего оказания медицинской помощи в целом, и в частности детям и подросткам. Согласно действующим нормативным документам в каждом случае привлечения медицинских работников к правовой ответственности обязательно назначается комиссионная судебно-медицинская экспертиза (КСМЭ), в процессе которой оценка полноценности, качеству и своевременности медицинской помощи. К сожалению, материалы КСМЭ, связанные с профессиональными правонарушениями медицинских

работников (ППМР) остаются невостребованными. Хотя анализ допущенных дефектов медицинской помощи (ДМП) является одним доступных и эффективных способов их устранения. Цель исследования: комплексный анализ ДМП детям и подросткампо материалам КСМЭ. Материалы и методы исследования. Объектом исследования были заключения КСМЭ, проведенные по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи детям и подросткам в Ташкентском областном бюро судебно-медицинской экспертизы в 2016-2017 годах. Всего за указанный период была проведена 51 экспертиза в подобных случаях, что составило 31,3% от общего числа КСМЭ. Каждое заключение было тщательно изучено. При этом использована разработанная модификация классификации ДМП с верификацией сущности допущенных недостатков, причин их возникновения и степени влияния на исход. Обращено внимание на врачебные специальности, а также место допущения дефектов медицинской помощи. Анализ полученных результатов проводился с использованием сравнительного, логического и статистического методов исследований. Результаты исследования. Из 51 случая в 38 (74,5%) экспертными комиссиями были выявлены ДМП и именно эти случая были всесторонне анализированы. Всего было установлено 52 ДМП (в 11 случаях были отмечены два и более дефектов). По материалам КСМЭ основную массу составили случаи оказания медицинской помощи младенцам (55,3%) и детям в возрасте 1-3 года (21,1%). Субъектами правонарушений чаще являлись средние медицинские работники (25%), врачи общей практики (19,2%), неонатологи (11,5%) и педиатры (9,6%). В разрезе сущности наиболее часто допускались недостатки диспансерного наблюдения (46,2%), нераспознование основного заболевания или травмы (21,2%), а также недостатки в назначении и проведении медицинских процедур (20,1%). Установлено, что более трети (38,5%) ДМП допускались в амбулаторных учреждениях, в основном средним медицинским персоналом и врачами общей практики сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник. Более половины ДМП (57,7%) были допущены в стационарных медицинских учреждениях, из которых недостатки в оказании медицинской помощи чаще отмечались в работе сотрудников клиник ВУЗов, НИИ, областных многопрофильных центров и подразделений экстренной медицинской помощи. Абсолютное большинство дефектов было допущено по субъективным причинам, а именно из-за невнимательного отношения врачей пациентам (36,5%) и низкой их квалификации (38,5%). По результатам анализа установлено, что 39 (76,5%) дефектов оказали значительное влияние на исход. При этом 34 из них, усугубляя состояние детей, способствовали наступлению смерти т.е. имели непрямую причинную связь со смертью. Заключение. Таким образом, результаты комплексного анализа материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников могут быть использованы в разработке мер по повышению качества оказания медицинской помощи населению, в том числе детям и подросткам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Неъматов Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Научный руководитель:доцент Юлдашев Р.Н.

Актуальность: в истории медицины еще не было инфекции, которая бы одновременно охватила пять континентов и имела постоянную тенденцию к росту. По расчетам, в мире насчитывается 30,6 миллиона взрослых и детей, зараженных ВИЧ и больных СПИДом. ВИЧ/СПИД оказывает разрушительное действие на детей всего мира: Каждый день, в каждую минуту, один ребенок моложе 15 лет умирает из-за СПИДа. Каждый год более 600,000 детей в возрасте до 15 лет заражаются ВИЧ-инфекцией. Проблема ВИЧ - ассоциированного туберкулеза является актуальной проблемой медицины, так как 70% ВИЧ- инфицированных заболевают туберкулезом и более 30% умирают от него. Данная проблема приобретает еще большую актуальность среди детей. Целью исследования: явилось изучение эффективности различных методов диагностики туберкулеза у ВИЧ- инфицированных детей. Материал исследования: изучены 136 историй болезни, пациентов, направленных в областной противотуберкулезный диспансер. В основном превалировали дети в возрасте до 10 лет- 65%. У 89 туберкулез выявлен после установления ВИЧ статуса в процессе до обследования. Результаты исследования и их обсуждение: превалирующая клиническая форма у обследованных, это- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в 75,7%, реже диссеминированный туберкулез- у 5 и у 6 экссудативный плеврит. В диагностике туберкулеза кроме традиционных методов исследования применен ИФА с туберкулезным антигеном и специфическими иммуноглобулинами в стандартном разведении 1:100. У 35 больных с туберкулезом детей (у большинства диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов) в стандартном разведении исследуемой сыворотки 1: 100 был получен отрицательный результат, что абсолютно не соответствовало клинике и рентгенологическим изменениям. Было предположено, что у ВИЧ-инфицированных детей выработка специфических антител и иммуноглобулинов резко снижена, в связи с чем, обследованы данные показатели в сыворотке в разведении 1:10, 1: 25 и 1:100 повторно. При повторном исследовании в разведении сыворотки 1:100 вновь получены отрицательные результаты, а разведении 1: 50 у 45% исследованных появился слабо положительный результат; в разведении 1:25 у 55% больных получен положительный результат. Разведение 1:10 подтвердило положительные результаты, как и в разведении 1: 25. Такое исследование позволило у 10 детей снять диагноз туберкулез. Кроме того 20 ВИЧ- инфицированным детям при наличии кашля с мокротой, проведено исследование мокроты на аппарате GeneXpert, давший положительный результат у 6, при отсутствии рентгенологических изменений. На основании жалоб, анамнеза, клиники данным пациентам установлен диагноз туберкулезная интоксикация.Заключение: у ВИЧ-инфицированных детей при подозрении на туберкулез необходимо проведение ИФА с туберкулезным антигеном и специфическими иммуноглобулинами в стандартном а также в разведении 1: 25; 1: 10, при наличии мокроты исследовать на аппарате GeneXpert, что позволит подтвердить или исключить туберкулез у ВИЧ инфицированных детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Овчинникова Ю.А., студентка 515 группы лечебного факультета,

Пушкарева А.С., студентка 521 группы лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – канд. мед. наук., доц. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Поздеева О.С.

Коклюш остается актуальной проблемой педиатрии и инфектологии, несмотря на высокий процент охвата вакцинацией детей первых четырех лет жизни, а так же наличие современных возможностей диагностики и лечения коклюша. Цель работы: изучить клинические проявления и эпидемиологические особенности коклюша у детей. Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, лечившихся в БУЗ УР «Республиканская клиническая инфекционная больница МЗ УР» в течение 5 лет (2014-2018гг.). Результаты: заболеваемость коклюшем в Удмуртской республике (УР) в течение 5 лет нестабильна, при этом ежегодно цифры не превышают средние показатели заболеваемости в Приволжском федеральном округе (ПФО). За период с 2014-2018гг. максимальная заболеваемость коклюшем в УР была отмечена в 2015 году и составила 13,28 на 100 тыс.дет.нас., минимальная заболеваемость в 2017 году – 3,65 на 100 тыс.дет.нас. В возрастной структуре госпитализированных детей в течение 5 лет преобладали дети до 1 года - 50%, 1-3 лет – 20,6%, 3-7 лет – 8,8%, 7- 10лет – 2,9%, 10 -14 лет – 11,8%, старше 14 лет - 5,9%. Отказ от вакцинации имел место у 42,7%, медицинский отвод у 29,4%, среди заболевших у 3 детей (4,4%) был завершенный курс вакцинации и ревакцинации, у 16 детей (23,5%) курс вакцинации завершен не был. При сборе эпидемиологического анамнеза четкая связь с длительно кашляющими родственниками была выявлена у 47 больных: источник инфекции в семейном очаге был выявлен в 58,8% ,в детском коллективе - 10,3%, не известен - 30,9%. У большинства госпитализированных детей преобладали среднетяжелые формы заболевания – 58 детей (85,3%), тяжелая форма у 9 детей (13,2%), легкая у 1 ребенка (1,5%). Тяжелая форма отмечена у детей в возрасте от 1 месяца до 12 лет. У 25% пациентов развивалось негладкое течение заболевания с развитием пневмонии. Гематологические изменения: лейкоцитоз был выражен у 70,6% пациентов с максимальным числом лейкоцитов 48*10^9/л, лимфоцитоз выявлен так же у большинства детей с максимальным значением 87%. Лабораторно подтвержденные случаи составили 95,6%, из них методом ПЦР диагноз был подтвержден 66,2% случаев, методом РА – 24,6%, бактериологически диагноз не был подтвержден ни в одном случае, ИФА -20%, у 4,4% пациентов диагноз был выставлен клинико-эпидемиологически. Выводы: среди госпитализированных доминируют дети 1 года жизни, из них 62% - дети 2 полугодия жизни. Преобладает среднетяжелая форма, вне зависимости от возраста ребенка.

АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Орозалиев И.Э., Асанбекова А.А., Кимбилетова Т.А., Абдурасулова З.Р., студенты специальности педиатрия 6 курса КРСУ,

Сокулукская специальная школа – интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи

Кафедра педиатрии (зав.каф. - д.м.н., профессор Боконбаева С.Ж.)

Научный руководитель – Коротуненко Т.Л.

Цель исследования: оценка причины и последствий, влияние на формирование умственного развития, состояния личности, успеваемости и физического развития. Материалы и методы: исследование проводилось методом опроса в форме письменного анкетирования преподавателей, логопеда и учеников Сокулукской специальной школы – интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи. Проводилось исследование детей по специально составленной карте, которая включала в себя паспортные сведения, социальное положение, физическое и нервно-психическое развитие, успеваемость в школе, когнитивные функции, оценка физического развития проводилось с соответствии с КР. Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программы «SPSS»16.0. Результаты: Респондентами выступили 58 учеников школы - интернат с диагнозом - врождённый порок развития: комбинированная двусторонняя расщелина верхней губы, твёрдого и мягкого неба. Из них 27(46,6%) девочек и 31 (53,4%) мальчик, средний возраст которых составил 10,5 лет, в диапазоне от 6 до 18лет. Дети обучаются в интернате с нулевого по 9 класс, из полных семей 60,3%, неполных39,7%. Из анамнеза следует, что 55,2% из многодетных семей. При оценке когнитивных функций наблюдается снижение коммуникации 31%.Примечательно, что у детей из неполных семей коммуникативность с одноклассниками и учителями снижена (65,2%),преподаватели характеризуют их труднодоступными, неконтактными мало - социализированными детьми. Судя по корректорным тестам на внимание ниже средней у 50%,средняя у 44,8%, выше средней у 5,2%. Уровень успеваемости: удовлетворительно 41,4%,хорошо 46,6%, отлично 8,6%.Среди детей с отличной успеваемостью преобладают дети из полных семей. При обследовании речи 20,7% не выговаривают все согласные звуки, 29,3% -сонорные звуки, у 36,2% дефектов речи не выявлено. Среди детей, трудно поддающихся коррекции, снижены уровень когнитивного состояния, способности к коммуникации, успеваемость. Данные физического развития свидетельствуют о снижении роста у 39,6%, дефиците массы тела у 46,6% и избытке массы тела 6,8%. Выводы: образование поставлено методически правильно, в классах небольшое количество детей, что позволяет педагогу уделить внимание каждому ребенку во время урока. Учитывая индивидуальные нарушения речи и разность нахождения операционных этапов у детей и сроков реабилитации логопед успешно справляется с дефектами речи, что свидетельствует о необходимости развития центров для детей с нарушениями речи.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ

Охунжонова Ш.С., студентка 405-группа, II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра: Эпидемиология, инфекционные болезни(зав. каф.- проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шаисламова Г.С.

Актуальность. Энтеробиоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов. По данным ВОЗ энтеробиозом заражено 1,2 млрд человек. Длительное паразитирование в организме больного оказывает многообразное патологическое воздействие на состояние здоровья детей. Цель работы: Проведение анализа клинико-эпидемиологических проявлений энтеробиоза у детей до десяти лет в условиях г. Ташкента. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 50 больных детей с паразитозами, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз за период 2018-2019 гг. возраст обследованных больных колебался от 6 до 10 лет. Среди обследованных детей 26 (52%) были заражены энтеробиозом. Во всех случаях диагноз подтвержден паразитологически. Результаты и их обсуждение: Выраженность клинической симптоматики энтеробиоза у детей зависит от степени инвазии, длительности течения гельминтоза, индивидуальных реакций и возраста ребенка. Клиническая картина энтеробиозов у детей младшего школьного возраста проявляется болевыми, диспептическими и астено-вегетативными синдромами (эмоциональная лабильность, головная боль, быстрая утомляемость, снижение памяти и неустойчивость внимания), а так же аллергическими проявлениями (атопический дерматит, аллергический конъюктивит, бронхиальная астма). Иногда болевой синдром при энтеробиозе у детей выражен настолько интенсивно, что требует проведения диф.диагностики хирургической патологией. Диспепсический синдром характеризовался понижением аппетита 70,2% больных, тошнотой – у 32,5%, рвотой у 8,5%, неустойчивым стулом 22.6% больных. Астенический синдром проявлялся в виде общей слабости у 96,6% детей, головных болей и головокружения – 45% раздражительности, капризности 48,7%. Наблюдались также следующие симптомы: зуд в области ануса у 35,7%, выход остриц у 29,7%, слюнотечение у 32,4%, скрежетание зубов по ночам у 35,6% больных, чаще отмечающиеся при энтеробиозе в виде моно- или микст-паразитозе. Выявленные эпидемиологические характеристики больных детей представлены следующими данными: среди инвазированных детей 79% были в возрасте от 7 до 10 лет и являлись учащимися школ г.Ташкента. Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что энтеробиозов у детей младшего школьного возраста полиморфна и в основном носит неспецифический характер, эпидемиологические характеристики указывают на необходимость широкого внедрения санитарно-гигиенических навыков среди детей школьного возраста.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ В УСЛОВИЯХ г. ТАШКЕНТА

Охунжонова Ш.С., 405-группа, II-педиатрического факультета

Научный руководитель: Шаисламова Г.С.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, г. Ташкент

Актуальность. Энтеробиоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов. По данным ВОЗ энтеробиозом заражено 1,2 млрд человек. Длительное паразитирование в организме больного оказывает многообразное патологическое воздействие на состояние здоровья детей. Цель работы: Проведение анализа клинико-эпидемиологических проявлений энтеробиоза у детей до десяти лет в условиях г. Ташкента. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 50 больных детей с паразитозами, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз за период 2018-2019 гг. возраст обследованных больных колебался от 6 до 10 лет. Среди обследованных детей 26 (52%) были заражены энтеробиозом. Во всех случаях диагноз подтвержден паризитологически. Результаты и их обсуждение: Выраженность клинической симптоматики энтеробиоза у детей зависит от степени инвазии, длительности течения гельминтоза, индивидуальных реакций и возраста ребенка. Клиническая картина энтеробиозов у детей младшего школьного возраста проявляется болевыми, диспептическими и астено-вегетативными синдромами (эмоциональная лабильность, головная боль, быстрая утомляемость, снижение памяти и неустойчивость внимания), а так же аллергическими проявлениями (атопический дерматит, аллергический конъюктивит, бронхиальная астма). Иногда болевой синдром при энтеробиозе у детей выражен настолько интенсивно, что требует проведения диф.диагностики хирургической патологией. Диспепсический синдром характеризовался понижением аппетита 70,2% больных, тошнотой – у 32,5%, рвотой у 8,5%, неустойчивым стулом 22.6% больных. Астенический синдром проявлялся в виде общей слабости у 96,6% детей, головных болей и головокружения – 45% раздражительности, капризности 48,7%. Наблюдались также следующие симптомы: зуд в области ануса у 35,7%, выход остриц у 29,7%, слюнотечение у 32,4%, скрип зубами по ночам у 35,6% больных, чаще отмечающиеся при энтеробиозе в виде моно- или микст-паразитозе. Выявленные эпидемиологические характеристики больных детей представлены следующими данными: среди инвазированных детей 79% были в возрасте от 7 до 10 лет 3 являлись учащимися школ г.Ташкента. Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что энтеробиозов у детей младшего школьного возраста полиморфна и в основном носит неспецифический характер, эпидемиологические характеристика указывают на необходимость широкого внедрения сантирано-гигиенических навыков среди детей школьного возраста.

ОЦЕНКА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА И ОБЩЕЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МИНЕРАЛЬНОЙ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Очилова Б.С., студентка 509 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доцент, Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипова О.А., к.м.н., ст. преп. Мелиева Г.А.

Цель работы Оценка кальций-фосфорного обмена и общей щелочной фосфатазы в зависимости от уровня минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у детей с бронхоэктатической болезнью Материалы и методы исследования: Обследовано 42 больных с бронхоэктатической болезнью от 11 до 16 лет. У 32(80,3%) обследованных были выявлены цилиндрические бронхоэктазы, у 10 (19,7%) мешотчатые бронхоэктазы. Двусторонние поражения наблюдались у 8(19%), односторонние 34(81%) больных. По давности заболевания больные распределились следующим образом: 5-6 лет-8(19%), 7 лет-10(19,7%), 8 лет и более- 24(57,1%). Биохимическое исследование включало определение содержание Ca^{+}, фосфора и общей щелочной фосфатазы (ОЩФ) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов фирмы «Human» (Германия). МПКТ измеряли методом остеоденситометрии пяточной кости на аппарате «SONOST 3000», оснащенного детской программой (Южная Корея). Критерием остеопении считали снижение МПКТ от –1 до –2,5 SD по Z-критерию, а снижение SD более –2,5 расценивали как остеопороз.Результаты и их обсуждение. Снижение минеральной плотности костной ткани диагностировано у 38(90,4%) больных. Частота остеопении определена у 28(73,7%) детей, у 10(26,3%) больных - остеопороз.Анализ результатов исследования показал, что у больных со снижением МПКТ показатели общего кальция составили 1,74±0,04ммоль/л, что достоверно ниже аналогичных значений контрольной группы (2,5±0,03 ммоль/л (P<0,001)). При сопоставлении показателей фосфора отмечено достоверное снижение (0,8±0,14 ммоль/л) по сравнению с группой контроля (1,25±0,02(P<0,05)). Установлены различия в активности ОЩФ с преобладанием (360±9,67ЕД/л, P<0,001) у детей со сниженной МПКТ по сравнению с группой контроля (290±8,92ЕД/л). У больных с нормальной костной плотностью отмечалось снижение ОЩФ до 235±7,42 ЕД/л (P<0,001). По динамике уровня ОЩФ можно сделать вывод, что при бронхоэктатической болезни уменьшение костной массы происходит вследствие дисбаланса процессов костного ремоделирования. При этом у больных со сниженной МКП активность ЩФ коррелирует с уровнем формирования костной ткани остеобластами, также высокая резорбция не компенсируется повышенным процессом костеобразования. Вывод: Полученные нами данные свидетельствуют о существенном отрицательном влиянии бронхоэктатической болезни на кальций-фосфорного обмена и минеральную плотность костной ткани. Выявленные закономерности снижения минерализации костной ткани и нарушения кальций-фосфорного обмена определяют необходимость разработки целенаправленных программ лечения и вторичной профилактики.

ЗНАЧЕНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ НСР У ДЕТЕЙ

Покусаева О.С., клинический ординатор ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, направление детская кардиология.

Исследование проводилось на базе ДГКЦ МАУ ДГКБ №11 г. Екатеринбург

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП (зав. кафедрой – д.м.н., профессор Царькова С.А.)

Научный руководитель – Трунова Ю. А., к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ

НСР – гетерогенная группа заболеваний сердца, в основе которых лежит изменение нормальной скорости сердечных сокращений, их очередности, а также модуляция временных соотношений работы различных камер сердца. Методика ситуационной ЭКГ заключается в применении мобильного кардиорегистратора «КаРе – 1.0», позволяющего регистрировать ЭКГ в 3 стандартных отведениях. Данная манипуляция показана для пациентов, активно предъявляющих жалобы со стороны сердца. Цель исследования - выявление диагностической роли ситуационной ЭКГ в диагностике НСР у детей. В исследовании участвовали дети в возрасте от 9 мес. до 17 лет 9 мес (медиана – 13 ± 1,1 лет, средний возраст 12,38 ± 4,2 лет), среди них 25 (48,08%) мальчиков и 27 (51,92%) девочек, предъявлявшие активные жалобы на наличие сердцебиений в покое и после физической нагрузки, боли в области сердца. У 23 (44,23%) пациентов при применении кардиорегистратора «КаРе - 1.0» были выявлены нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы в 6 (11,54%) случаях, по 3 (5,77%) случая приходятся на эпизоды СА-блокады и СВТ, по 2 (3,85%) – синусовая тахикардия, эпизоды МВР, эпизоды предсердного ритма, эпизоды желудочковой тахикардии, единично (1,92%) выявлены желудочковые экстрасистолы, эпизоды дыхательной аритмии и эпизоды АВ-блокады.Выводы: Применение ситуационной ЭКГ позволяет выявить нарушения ритма сердца у 44,23% пациентов. Использование кардиорегистратора способствовало выявлению различных видов нарушений сердечного ритма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Полвонов Ж.Ш., студент 405-группы II Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра Эпидемиология, инфекционные болезни (зав.каф.- проф. Касымов И.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шаисламова Г.С.

Целью нашей работы явился анализ эпидемиологических особенностей гнойных и серозных менингитов. Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ. Результаты. Как показал проведенный ретроспективный анализ, уровень заболеваемости менингитами в Республике был неравномерным, с 1997 по 2007 годы отмечался уровень заболеваемости (с 2,4 до 0,8 на 100 тыс населения), а начиная с 2005 года наблюдались циклические колебания в границах от 1,2 до 100 тыс населения с двухлетней периодичностью, обусловленные менингитами. Заболеваемость гнойными менингитами находилась на уровне 0,1 – 0,4 на 100 тыс населения. Какой-либо сезонности заболеваемости гнойными менингитами выявлено не было, однака для серозных менингитов было характерно наличие четко выраженной летне-осенней сезонности. Обсуждение. По обобщенным данным за 1997-2007 год этиология гнойных менингитов была установлена в 44,2% случаев. Наиболее частым этиологическим агентом гнойных менингитов был N. meningitides, на долю которого пришлось 85% случаев, реже встречались S. Pneumomae (14%) и H.influenza (3,5%). Анализ возрастной структуры заболеваемости гнойными менингитами показал, что в среднем 57% случаев заболевание развивалось у детей до 14 лет. Серозные менингиты чаще выявлялись в возрастной категории 3-14 лет (60%). Выводы. Показатель заболеваемости гнойными менингитами в Республики находится на стабильно невысоком уровне и составляет в среднем 1,2 на 100 тыс населения. Уровень этиологической расшифровки гнойных менингитов не превышал 55% наиболее частыми этиологическими агентами являлись N. meningitides (84%) S. Pneumomae (15%) и H.influenza (5%).

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ УЧЕНИКОВ 10-Х КЛАССОВ ШКОЛЫ № 32 И ЛИЦЕЯ № 41 Г. ИЖЕВСКА

Прибыткова П. Ю., Чернобровкина М. С., студентки 302 группы педиатрического факультета,

Абасова А. Д., студентка 301 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра гигиены (зав. каф. – д. м. н., профессор Чураков А. Н.)

Научный руководитель к. м. н. Караваева Т. Ф.

Цель работы: разработать рекомендации для нормализации психоэмоционального состояния и улучшения работоспособности у старшеклассников. Материалы и методы исследования: обследовано по одному 10-му классу школы и лицея г. Ижевска с объемом исследования 45 человек. Были использованы следующие тесты: Методика определения уровня стресса; методика «Теппинг-тест»; Шкала Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности; Тест Мюнстерберга на восприятие и внимание; Методики оценки зрительной, слуховой, ассоциативной памяти; Анкета по режиму дня учащихся. Также следующие методы статистической обработки: определение выборочной средней величины - метод сравнения

первичных статистик у двух выборок; метод вычисления коэффициента Стьюдента для проверки достоверности. Результаты: установлено следующее: уровень стресса и личностной тревожности у лицеистов выше, чем у школьников, следовательно, психоэмоциональное состояние нарушено; лицеисты имеют средне-слабую нервную систему, а школьники нервную систему средней силы; внимательность лицеистов снижена; опосредованное запоминание снижено и у школьников и у лицеистов; на основании пунктов 2,3,4 можно сделать вывод, что умственная работоспособность лицеистов более снижена, чем у школьников; у лицеистов меньше свободного времени, но они умеют лучше его распределять на учебу и хобби; у старшеклассников школы и лицея наблюдается недостаток сна; расписание старшеклассников школы и лицея не соответствует гигиеническим нормам. Выводы: всем прекрасно известно, что учеба в лицее более сложная и интенсивная, и она направлена на хорошую сдачу государственных экзаменов, но такое напряжение отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние и умственную работоспособность старшеклассников. Но правильное использование методов профилактики поможет справиться с негативными влияниями стресса в жизни подростков.

ПРОДУКТЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Рахимова А.Р., студентка 513 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №3 и медицинской генетики (зав.каф.-д.м.н. Мухаммадиева Л.А)

Научный руководитель ассистент Рустамова Г.Р.

С целью определения структурно-функциональных изменений в мембране клеток нами проведены исследования интенсивности перекисного окисления липидов и антиоксидантного состояния мембран лимфоцитов у детей с рецидивирующим бронхитом в зависимости от возраста. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 100 детей с рецидивирующим бронхитом. В зависимости от возраста дети были подразделены на две группы от 3 до 6 лет - 38 больных, от 7 до 15 лет - 62 больных. Контрольную группу составили 22 практически здоровые дети. Исследовали первичные продукты ПОЛ-диеновые конъюгаты (ДК) модифицированным спектрофотометрическим методом (Гаврилов В.Б., 1987), определение уровня малонового диальдегида (МДА) по уровню ТБК-активных продуктов– по реакции с тиобарбитуровой кислотой модифицированным методом флюорометрии (Андреева Л.И, и др., 1988; Стальная, 1997). Активность каталазы определяли по скорости восстановления перекиси водорода в цветной реакции с аммонием молибдатом по методу Королюка М.А. с соавт. (1988). Активность СОД - методом FndovichJ. (1989).Результаты изучения содержания продуктов ПОЛ в мембране лимфоцитов больных рецидивирующим бронхитом независимо от возраста отличались от показателей здоровых детей в фазе обострения РБ определяется усиление интенсивности процессов ПОЛ, о чем свидетельствовало достоверное (р<0,001) увеличение в обеих возрастных группахсодержания в мембране лимфоцитов как начальных метаболитов ПОЛ – ДК (3,1±0,4 нмоль/мл и 4,8±0,2 нмоль/мл соответственно), так и конечных метаболитов ПОЛ – МДА (6,8±0,6 нмоль/мл и 8,4±0,4 нмоль/мл соответственно) по сравнению с практически здоровыми детьми (МДА-2,8±0,1 нмоль/мл и ДК-1,2±0,02 нмоль/мл). Изменения уровней МДА и ДК в мембране лимфоцитов были более выражены в возрастной группе 7-15 лет (р<0,001), чем у детей 3-6 лет (р<0,01). Исследования в динамике заболевания у больных РБ после проведенного базисного лечения показали, что в фазе ремиссии в обеих возрастных группахнаблюдалось небольшое снижение уровня МДА и ДК по сравнению с фазой обострения заболевания (Р во всех случаях от >0,05 до <0,05). Вслед за активацией ПОЛ возрастает АОС. Уменьшается при этом концентрация АОС – СОД и Каталазы. Результаты изучения содержания АОС у больных РБ в фазе обострения заболевания в обеих возрастных группахотмечается достоверное (Р<0,001) падение уровня СОД до 1,4±0,08Ед/мг бел. и 1,1±0,03 Ед/мг бел. соответственно (в норме 2,4±0,09 Ед/мг бел.). Изменения уровня СОД был более выражен в возрастной группе 7-15 лет (р<0,001), чем у детей 3-6 лет (р<0,01).Активность каталазы в лимфоцитах больных детей в обеих возрастных группахснижалась до 7,4±0,4 мкмоль/мг белка и 6,2±0,2 мкмоль/мг белка соответственно (в норме 11,5±0,8 мкмоль/мг белка).Изменения уровня Каталазы был более выражен в возрастной группе 7-15 лет (р<0,001), чем у детей 3-6 лет (р<0,01).Выводы: таким образом, при рецидивирующим бронхите наблюдается значительная активность процессов ПОЛ-АОС в мембране лимфоцитов, выражающаяся повышением уровня МДА и ДК, которые были выше в группе больных 7-15 лет и снижение уровня СОД и каталазы. Установленные нами факты в различных возрастных группах больных РБ свидетельствуют о выраженных изменениях ПОЛ-АОС у детей 7-15 лет, что указывает на более глубокиедеструктивные процессы в клеточных мембран и нарушению их функционирования, что нужно учитывать при проведении лечебных мероприятий.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рахманкулова С.А. студентка 208 группы лечебного факультета ТашПМИ

Кафедра топографической анатомии с основами оперативной хирургии (зав.кафедрой- проф. Ахмедов Ш.М.)

Научный руководитель- Акрамова М.Ю.

Цель: т.к. Врожденные пороки и другие заболевании сердца в нынешнее время встречается много, мы должны своевременно определить и лечить заболевание, бороться за сохранение жизни больного и создать здоровые условия жизни. Для этого мы обязаны знать топографическую и клиническую анатомию сердца. Нами поставлена цель своевременно определить заболевание и лечить его, не допускать осложнений и обеспечить все условия чтобы болезнь не повторилась.Наша задача показать все возрастные и анатомо-физиологические особенности сердца.Материал и методы исследования: Диагноз дефекта межжелудочковой перегородки устанавливают по данным допплерэхокардиографии, левой вентрикулографии и зондирование сердца. Изменение ЭКГ и данные рентгенологического исследования сердца и легких различаются при разных размерах дефекта и разной степени легочной гипертензии; правильно предположить диагноз они помогают лишь при явных признаках гипертрофии обоих желудочков и выраженной гипертензии малого круга кровообращения. Ультразвуковое исследование плода дает представление о нарушениях развития и структурных дефектх, а также обеспечивает важную информацию о ходе беременности и предстоящих родах, в том числе о сроке беременности, положение плаценты, возможной сердечной недостаточности у плода и положение его в матке.Очень немногие врожденные пороки поддаются полному излечению, но в результате терпи развитие большинства из них может быть замедлено или остановлено. Хирургическое лечение показано больным, у которых сброс крови через дефект составляет более 1/3 обьема легочного кровотока. Операцию предпочтительно выполнять в возрасте 4-12 лет, если она не производиться ранее по неотложным показаниям. Небольшие дефекты ушивают, при крупных дефектах производят их пластическое закрытие заплатами из аугоперикарда и полимерных материалов. Выздоровление добиваются у 95% оперированных больных. При сопутствующей недостаточности аортального клапана производят его протезирование. Результаты: После проведенных операций на сердце, около 95% больных выздоравливали. У них исчезает все выявленные симптомы, уменьшается риск заболевания. К тому же после проведения диагностики плода, врачи могут заранее подготовится к возможным осложнениям при родах и после родов.Вывод: Заранее определенный диагноз позволяет более эффективно лечить его. Нами мы должны разработать, новые методы оперативного лечения, чтобы увеличить выживаемость после хирургического вмешательства, глубокие знания анатомо-физиологических особенностей сердца обеспечивают качественный ход операции.

ЗНАЧЕНИЕ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ

Рахматов М., студент 218 –группы лечебного факультета СамМИ.

Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом – д.м.н., доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Раббимова Д.Т.

В настоящее время понятие сепсис можно сформулировать следующим образом: «Сепсис – ациклическое заболевание, в основе которого лежит обычно неадекватный системный воспалительный ответ иммунокомпрометированного организма на бактериальную, как правило, условно патогенную инфекцию, приводящий к генерализованному повреждению эндотелия сосудистого русла, стойкими нарушениями микроциркуляции, рас-

стройствами гемостаза с обязательным диссеминированным внутрисосудистым свертыванием и дальнейшей полиорганной недостаточностью. Летальность при инфекционном процессе, осложненный полиорганной недостаточностью (ПОН), крайне высока и зависит, прежде всего, от числа органов и систем, одновременно вовлеченных в ПОН. В основу оценки ПОН при сепсисе положены различные схемы оценки степени декомпенсации жизненноважных органов и систем. Сложность определения критериев тяжести их поражения и отсутствие достаточно четких критериев оценки эффективности проводимых терапевтических усилий побуждают к поиску методов оценки поражения в органах, позволяющих установить степень поражения органа и вести мониторинг за эффективностью и адекватностью проводимой терапии. Известно, что в организме здоровых людей на протяжении всей жизни синтезируются естественные аутоантитела к антигенам собственных тканей. Предполагается, что такие естественные аутоантитела принимают участие в клиренсе организма от продуктов естественного катаболизма и участвуют в регуляции множества физиологических функций. В то же время, развитие патологических процессов сопровождается существенными изменениями в продукции и сывороточном содержании естественных аутоантител соответствующей органной направленности. Развитие любой органной недостаточности на молекулярном уровне сопровождается нарушением синтеза и распада компонентов клеток органа, что приводит к повышению продукции органспецифичных естественных аутоантител, которые можно считать маркерными признаками возникновения патологического процесса в органе. Цель исследования. Изучить диагностическую значимость содержания антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканям при сепсисе у детей. Методы исследования. Динамика циркуляции АСЛ к тканям легкого, печени, почек, кишечника, сердца и мозга при органной дисфункции при сепсисе изучена у 109 больных сепсисом в возрасте от 2 мес до 1 года. Значения сравнивались с показателями больных с локальной инфекцией (пневмония) (30 больных) и здоровыми детьмиэтого возраста (20 детей). Результаты исследования.В крови у здоровых детей зарегистрировано небольшое количество АСЛ к ткани легкого - 1,5±0,07%, печени - 2,0±0,11%, почке - 1,7±0,08%, миокарду - 0,8±0,04%, мозгу – 0,7±0,03%, кишечнику – 2,3±0,10%. У больных при локальной инфекции оказался повышенным уровень АСЛ к ткани легкого, связанное с поражением пневмоцитов, тогда как содержание АСЛ к печени, почке, миокарду, мозгу в течении всей болезни практически не менялось и статистически не отличалось от уровня контроля. Выздоровление от пневмонии сопровождалось достоверным снижением уровня АСЛ до значений нормы. При сепсисе зарегистрированы в 2-5 раз более высокие значения АСЛ ко всем перечисленным тканям, чем аналогичные показатели в группе здоровых детей, это доказывает, что при сепсисе у детей первого года жизни ни одна система органов не оставалась интактной. Количественный уровень АСЛ коррелирован с тяжестью органной дисфункции и патологического процесса. Самые высокие значения, превышающие норму в 10 и более раз, расценивались как недостаточность этого органа. Следует отметить, что повышенные значения АСЛ к тканям всегда подтверждались другими лабораторно-инструментальными исследованиями, а в ряде случаев опережали их по информативности.

ПРОФИЛАКТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рахмонов Ш. студент 3-курса медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: асс. Курбанова Х.А.

Плоскостопие – это достаточно серьезное ортопедическое заболевание, которое значительно нарушает функцию всего опорно-двигательного аппарата ребенка. Нередко плоскостопие является одной из причин нарушения осанки, изменения положения таза, затруднения походки. Все это негативно влияет на общее самочувствие ребенка: снижает выносливость к физическим нагрузкам, ухудшает работоспособность и настроение, вызывает головные боли, нервозность, рассеянность, быструю утомляемость. Распространение плоскостопия у детей (по данным разных авторов, от 15 до 50% и более) ставит проблему профилактики и коррекции плоскостопия как одну из актуальных в системе охраны здоровья детей. Цель работы: Провести плантографию с целью выявления плоскостопия, разработать меры по профилактике, обучить родителей мерам по профилактике плоскостопия у детей дошкольного возраста. Материал и методы: Метод исследования – плантография и анкетирование матерей воспитанников ДДУ «Жемчужина» г. Самарканда. Анкетирование проводилось в форме устной беседы. В исследовании приняли участие 30 мам, которые имеют детей в возрасте от 5 до 7 лет и 75 воспитанников. Результаты и выводы: В ходе анкетирования выяснилось, что не все родители информированы о данном заболевании и о его последствиях. Обследование показало, что 48 ребенка были здоровы, 27 ребенка имели плоскостопие. Мальчики больше подвергнуты плоскостопию, в отличие от девочек, так как неправильная обувь является причиной возникновения данного заболевания. Предупреждением плоскостопия надо заниматься с раннего возраста, т.к. именно в детском возрасте, первые 7 лет, формирование сводов стоп идет наиболее интенсивно. В коррекции различных видов плоскостопия преобладают функциональные методы лечения, среди которых лечебная физическая культура занимает ведущее место. Задачи лечебной гимнастики: развитие основных функций стоп; обучение правильной постановке стоп при ходьбе; повышение тонуса, уменьшение длины коротких мышц стоп; увеличение длины, устранение гипертонуса трехглавой мышцы голени; укрепление сумочно-связочного аппарата и увеличение подвижности суставов стоп; улучшение кровообращения стоп; улучшение координации движений. Медикаменты назначают в крайних случаях, как обезболивающее средство и препараты для лечения последствий плоскостопия детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Резенова А.М., клинический ординатор 1-го года обучения по специальности «Физиотерапия» ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Кафедра медицинской реабилитации (зав.каф. - д.м.н., проф. А.Н. Белова)

Научные руководители: к.м.н. Исраелян Ю.А., д.м.н., проф. Белова А.Н., к.м.н. Карпова Ж.Ю.

Цель исследования. Разработка и внедрение физиотерапевтического комплекса для пациентов после эндопротезирования КС на втором этапе медицинской реабилитации. Материалы и методы исследования. Проведено комплексное восстановительное лечение 30 женщинам с ТЭП коленного сустава. Пациенты были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту и клинике группы. Средний возраст обследованных составил 56±1,3 года. Средняя продолжительность заболевания 10±1,5 лет. Ранее всем пациентам было проведено стандартное медикаментозное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. Первую группу (n=15) составили пациенты с ТЭП коленного сустава, получавшие на протяжении 10 дней ежедневно стандартную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру (ЛФ), физиотерапевтическое лечение по разработанной нами методике. Методика включала в себя воздействие сочетанием трёх физиотерапевтических факторов: низкочастотная магнитотерапия (постоянное магнитное поле с частотой 100 Гц, магнитной индукцией 6±2 мТл), фототерапия (спектральный диапазон 240-320 нм), локальная гипотермия (температура рабочей поверхности - 8±1ºС). Разнонаправленные по действию факторы применялись с интервалом в 6 часов. Вторую группу (контрольную) (n=15) составили пациенты, получающие стандартную медикаментозную терапию, ЛФ и стандартное физиотерапевтическое лечение - низкочастотная магнитотерапия (бегущее магнитное поле с частотой 6,25 Гц, магнитной индукцией 20±6 мТл). Всем пациентам проводили общеклиническое, биохимическое и инструментальное обследование согласно принятым стандартам, оценку выраженности болевого синдрома по визуально аналоговой шкале (ВАШ) и эмоционального фона по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), измерение окружности коленного сустава, гониометрию. Статистическую обработку полученных данных проводили на базе анализ статистических программ SPSS. Проведен анализ согласно непараметрическим тестам парных зависимых выборок Уилкоксона. Достоверными признавались различия с уровнем статистической значимости $p<0,05$. Результаты. После курса лечения положительную динамику в виде уменьшения выраженности боли и статистически достоверного увеличение объёма сгибания и разгибания в КС наблюдали у всех пациентов. Однако лишь в I группе регресс болевого синдрома по ВАШ, уменьшение выраженности симптомов тревоги и депрессии и снижение выраженности КС достигало степени статистической значимости ($p<0,05$). Выводы. Нами разработан физиотерапевтический комплекс, состоящий из низкочастотной магнитотерапии, фототерапии и локальной гипотермии, достоверно показавший высокую клиническую эффективность у пациентов после эндопротезирования КС на втором этапе медицинской реабилитации.

БИОХИМИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Рузманова Г., Жумаева Ш., студенты 202 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра медицинской биологической химии (зав.каф.-к.м.н. Халиков К.М.)

Научный руководитель асс. Файзуллаева Х.Б.

Медицинская энзимология развивается по трем главным направлениям, хотя возможности применения научных достижений энзимологии в медицине теоретически безграничны, в частности в области энзимопатологии, энзимодиагностики и энзимотерапии. Энзимодиагностика безусловно является важной и актуальной для современной медицины и науки так, как биохимические исследования белкового спектра, активности ферментов в крови и других биологических жидкостей, которые осуществляются в этой области, способствуют выявлению причин, приводящих к различным патологиям, и помогают предотвратить или ослабить их неблагоприятное действие на организм. Цель исследования. Оценка диагностической значимости креатинфосфакиназы-МВ миокардиальной дисфункции у недоношенных новорожденных перенесших перинатальную гипоксию. Задачи исследования. Оценить динамику креатинфосфокиназа-МВ в группе недоношенных новорожденных. Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 недоношенных новорожденных различной степени недоношенности. Обследование детей проводилось на базе родильного дома №1 и отделения патологии новорожденных областной многопрофильной детской больницы для II-го этапа выхаживания недоношенных. Результаты. Нами впервые проведено активности креатинфосфокиназы-МВ у недоношенных новорожденных на протяжении неонатального периода. В ранний неонатальный период у недоношенных новорожденных отмечалось достоверное повышение активности КФК-МВ в сыворотке крови по сравнению с контрольными значениями. Наиболее выраженное увеличение показателей имело место у глубоконедоношенных новорожденных, что свидетельствует о большей глубины поражения миокарда у детей данной группы. У новорожденных первой группы активность креатинфостфокиназы-МВ на протяжении неонатального периода не имела достоверных различий с показателями здоровых новорожденных. По-видимому, это связано с тем, что гипоксия легкой степени у новорожденных I степени недоношенности не приводит к выраженных морфологическим изменениям миокарда, протекающим с деструкцией клеток. Следовательно, крупные молекулы КФК-МВ не могут в большом количестве проникнуть в кровяное русло. Выводы. Повышение активности КФК-МВ выше 14 Е/л в раннем неонатальном периоде, а также сохраняющиеся в динамике ЭКГ-признаки постгипоксического поражения миокарда свидетельствуют о наличии гипоксического поражения миокарда и требуют совместного наблюдения педиатра и кардиолога.

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ВЕДЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ У ДЕТЕЙ

Рылова Я.А., студентка 606 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии (заведующая кафедрой: профессор, Ермакова М.К.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Найдёнкина С.Н.

Цель работы: Определить выполнение клинических рекомендаций при ведении острых респираторных инфекций на педиатрическом участке у детей в БУЗ УР «Завьяловская районная больница МЗ УР». Выяснить, какое лечение назначается, участковым педиатром при ведении ОРИ и соответствует ли назначенное лечение клиническим рекомендациям. Материалы и методы исследования: Изучены амбулаторные карты детей с 2 до 10 лет в количестве 50 штук за период с января по май 2018 г. Анализ проведен в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей» (Союз педиатров России 2018 год).Результаты: Этиотропная терапия при гриппе А и В ингибиторами нейраминидазы применялась в 38,9% случаев гриппа при среднетяжелых и тяжелых формах, хотя в рекомендациях при ОРИ она показана всем детям с 1-го года жизни в первые 24-48 ч. Диагноз «грипп» в рассматриваемых случаях не был подтвержден лабораторными методами, а выставлялся на основании клинических и эпидемиологических данных.Противовирусные средства показывают малодостоверный эффект, но именно они назначаются в 84% случаев ОРИ. Промывание (туалет) носа физиологическим раствором, сосудосуживающие капли в нос, теплое питье назначались почти всем больным, что соответствует клиническим рекомендациям. Жаропонижающие были рекомендованы при температуре выше 38,5 С в 68% случаев, хотя по клиническим рекомендациям следует назначать их при температуре выше 39-39,5 С. Пастилки и леденцы у детей старше 6 лет назначались в 33,3% случаев. Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики при ОРВИ не показаны ввиду неэффективности, но назначались они в 58% случаев. Чаще всего назначались препараты амброксола, даже при назофарингитах. Антигистаминные препараты и аскорбиновая кислота не показали своей эффективности, назначались они в небольшом проценте случаев. Выводы: Несмотря на то, что лечение, назначенное педиатром не всегда точно соответствовало клиническим рекомендациям, оно во всех изученных случаях приносило положительный эффект и выздоровление в кратчайшие сроки. Однако, все же необходимо выполнять клинические рекомендации в связи с их актуальностью в современном мире.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА У РЕБЕНКА ИЗ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА

Сагадеева З.И., студентка 607группы, Султанова Р.Р., студентка 602 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав.каф. - к.м.н, доцент Поздеева О.С.)

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Поздеева О.С.

Цель работы: оценка особенностей течения токсокароза у ребенка дошкольного возраста. Материалы и методы исследования: клиническое наблюдение пациента с анализом медицинской документации (карты стационарного больного). Результаты: Ребенок С. 3г.2 мес. Жалобы на периодически сухой кашель. Госпитализирован в РБ с целью обследования. Переведен в РКИБ 20.02.18, т.к. обнаружен высокий титр антител к токсокарам. Проживает в частном доме (7детей, 2 взрослых), есть собака; у братьев и сестер (сибсов) высокий титр антител к токсокарам (также госпитализированы в РКИБ). Перенес ветряную оспу, ОРИ 6-7 раз в год. Поступил в среднетяжелом состоянии. Кожный покров физиологической окраски. Язык чистый. Пальпировались 3 группы лимфоузлов до 1,5 см. Изменений со стороны сердечнососудистой и дыхательной системы не выявлено. Печень, селезенка не увеличены. В полном анализе крови -эозинофилия (56%), в биохимическом анализе крови - АЛТ 50,0 Е/л; ИФА крови на токсокароз титр IgG 1:800. По данным УЗИ органов брюшной полости эхопатологии не выявлено. Проведено лечение: альбендазолом 14 дней. Пациент и его сибсы были госпитализированы в РКИБ еще дважды.Выводы: таким образом, фактором инфицирования T.canis в данном клиническом случае является кантакт с собакой. У всех детей висцеральная форма токсокароза, подтвержденная методом ИФА.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ УТРИКУЛЮСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Садикова С.З. студентка 506 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра оториноларингологии (зав.каф.-д.м.н. Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель к.м.н. Насретдинова М.Т.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) имеет высокую распространенность в популяции, достигающую в течение жизни 10%. Современным и перспективным способом изолированной оценки функционального состояния отолитового аппарата является регистрация вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (ВМВП). Целью нашего исследования являлась оценка функционального состояния утрикулюса с помощью ВМВП у пациентов с ДППГ на различных этапах лечения заболевания. Материалы и методы исследования: За период с июня 2016 по январь 2019 г. было обследовано 72 пациента (54 женщин и 18 мужчин в возрасте 52,3±6,1 лет) с идиопатическим ДППГ заднего полукружного канала (ЗПК), без признаков иной периферической или центральной вестибулопатии. Пациентам проводили регистрацию окулярных ВМВП до и спустя 7 дней после проведения репозиционных маневров: оценивали

пороги возникновения ответа (норма - 70-100дБ), латентность (норма - n1-10,5±1,0 мс, p1- 15,3±1,2), асимметрию амплитуды ответа (норма менее 40%). При регистрации окулярных ВМВП до лечения клинически значимых изменений порогов (90,5±2,5 дБ), латентности возникновения ответа (n1-10,3±0,4 мс, p1- 15,3±0,6) не зарегистрировали ни у одного обследованного; амплитуда ответа на здоровой стороне составила 11.06±2.55 мкВ, на стороне поражения – 4.49±1.28 мкВ; асимметрия p1-n1 - 49,7±4,9% (норма менее 40%). Спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения при регистрации окулярных ВМВП пороги и латентность возникновения ответа не изменились (90,5±2,5 дБ; n1-10,2±0,4 мс, p1- 15,3±0,5, соответственно). Амплитуда p1- n1 на здоровой стороне практически не изменилась (12.01±2.69 мкВ), а на стороне поражения возросла почти в два раза (8.43±1.99 мкВ); асимметрия p1-n1 уменьшилась и составила 31,3±8,7%. Результаты: При статистическом анализе полученных результатов (парный критерий Вилкоксона) разница амплитуды p1-n1 на пораженной стороне до и спустя 7 дней после успешного лечения была статистически значимой (Z=3,415839, p=0,000636, p<0,05), что свидетельствует об улучшении функции утрикулюса на пораженной стороне спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения. Полученные нами данные свидетельствуют об улучшении функции утрикулюса у пациентов с изолированным ДППГ ЗПК на пораженной стороне после успешного лечения, что обусловлено рефиксацией отолитов на поверхности отолитовой мембраны после вестибулярной реабилитации. Выводы: Таким образом, метод регистрации окулярных ВМВП является объективным методом эффективности репозиционного лечения при ДППГ.

ОТДАЛЁННЫЙ КАТАМНЕЗ ДЕВУШЕК СО СКОЛИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ЦЕЛЬЮ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Сайфуллин А.П., студент 616 группы педиатрического факультета, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ им. М. И. Колокольцева (зав. каф. – д.м.н., профессор Королёв С.Б.)

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. каф. – д.м.н., профессор Григорьева В. Н.)

Научный руководитель: к.м.н. Млявых С. Г.

Цель исследования: изучение качества жизни и особенностей протекания беременности у девушек, оперированных ранее по поводу сколиотической деформации позвоночника. Материалы и методы: отдалённый катамнез с помощью анкетирования 15 пациенток в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст = 29,5±3,08 лет), оперированных ранее по поводу сколиотической деформации позвоночника на базе отделения нейрохирургии Университетской клиники (Институт травматологии и ортопедии) ФГБОУ ВО «Приволжского исследовательского медицинского университета» Минздрава России. Обязательным компонентов включения в группу исследования был факт беременности и родов у девушек после коррекции сколиотической деформации позвоночника. Статистический анализ данных был выполнен с помощью пакета MicrosoftExcel.Результаты: Средний возраст респонденток на момент проведения операции – 19,5±3,19 лет (от 14 до 30 лет), а средний возраст на момент протекания беременности составил 26,5±2,88 лет (от 18 до 32 лет). Таким образом средний срок, прошедший с момента операции до беременности, составил 7 лет.Болевой синдром у беременных пациенток диагностирован в позвоночнике в 13 (86,6%) и в ногах – 9 (60,0%) клинических наблюдениях. Для определения выраженности болевого синдрома применили визуально аналоговую шкалу (ВАШ) боли, использование которой позволило установить, что слабая и умеренная боль в позвоночнике присутствовала в 8 (61,5%) случаях, сильная – в 5 (38,5%), а боль в ногах (ягодицы, бедро, голень) – 7 (77,8%) и 2 (22,2%) соответственно.У 60% (9 из 15) женщин появились или усилились боли в позвоночнике с наступлением гестационного периода, а у 6 (40%) – не изменились или снизились. Боли в ногах усилились или появились только у 5 (33,3%) беременных, а у 10 (66,7%) – снизились или не изменились.В оценке качества жизни посредством анкетирования учитывались: семейное положение респонденток, сексуальная жизнь и физические ограничения по уходу за ребёнком. Каких-либо ограничений в сексуальной жизни из-за позвоночника испытывали 4 (26,7%) пациентки. Замужем 11 (73,3%) анкетируемых. Только у 7 (46%) женщин позвоночник ограничивал уход за ребёнком, из них у 5 (33%) умеренно и у 2 (13%) значительно. Из особенностей протекания беременности стоит отметить, что у 100% пациенток беременность наступила самостоятельно без использования репродуктивных технологий. При этом только у 2 (14%) были осложнения во время беременности (в одном случае отёки, во втором – угроза прерывания беременности). В 73,3% случаях (11) роды срочные, а остальные 4 – раньше срока. Родоразрешение производилось путём кесарева сечения у 14 из 15 пациенток (93,3%), а у единственной – роды самостоятельные, однако было зафиксировано прекращение схваток на выходе головки плода.Вывод: результаты исследования имеют научно-практическую значимость и требуют дальнейшего изучения с целью разработки тактики ведения данных пациенток.

ДИНАМИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ КОМПОНЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Сайфуллин А.П., студент 616 группы педиатрического факультета, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Кафедра медицинской реабилитации (зав.каф. - д.м.н., проф. А.Н. Белова)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.А. Исраелян

Введение. У школьников основным видом деятельности является учеба. Гиподинамия и длительное нахождение в вынужденном положении являются предрасполагающими факторами развития сколиоза. По статистике, сколиотические деформации позвоночника по распространенности занимают лидирующее положение в патологии опорно-двигательной системы у детей (>450 млн детей в мире) [Н. Н, Надиров, 2017 г; А.В. Короленко, 2017 г.] За последнее пятнадцатилетие отмечено выраженное ухудшение состояния опорно-двигательного аппарата школьников. Это связывают с уменьшением объема профилактической деятельности в здравоохранении и образовании. Цель. Изучение структуры сколиоза среди школьников г. Нижний Новгород путём анализа статистических данных медицинских осмотров, и оценка эффективности проведённых профилактических мероприятий в школе путём динамического анкетирования.Материалы и методы. Статистические данные динамики заболеваемости КМС по данным мониторинга у детей в возрасте 7-15 лет в Нижнем Новгороде. Динамическое анкетирование 270 школьников (n=125 – мальчиков, n=145 – девочек) пгт Кильмезь (Кировская область) до профилактических тренингов и лекций, а также после них через 1, 6 и 12 месяцев.Результаты. Сколиозы обычно выявляли у старшеклассников (у девочек чаще, чем у мальчиков). По форме чаще встречался С-образный (46,7%) и S-образный (44,3%). По степени сколиоза: 1 ст.-70,7%, 2 ст.-28,1%, 3 ст.-1,1%. У всех детей с возрастом уменьшалась доля сколиозов 1 ст. и С-образных, наряду с увеличивалась доли 2 ст. (реже 3ст.) и S-образных. Первое анкетирование выявило, что учащиеся серьёзно нарушают правила работы за компьютером (81% работают за компьютером более 2 час/день, 90% из них – редко/не делают перерыв). Среди этих школьников наиболее часто выявляются те, кто жалуется на боли в спине (26% детей, девочки в 2 раза чаще, чем мальчики). Однако школьники активно занимаются физкультурой. Современные школьники имеют фрагментарные представления о проблеме формирования правильной осанки. В дальнейшем была организована и проведена серия тренингов и лекций по сохранению правильной осанки. В рамках занятий школьникам рассказывали о строении и функциях позвоночника, о неблагоприятных факторах, которые могут нанести вред здоровью, показывали элементы гимнастики. Мероприятия охватили школьников с 5 по 11 класс. Для эксперимента, школьники были разделены на две группы: в 1 группе были проведены тренинги (n=120), а во 2 (n=150) – лекции. Через месяц обратная связь путём анкетирования показала, что по целому ряду показателей (контроль за своей осанкой, выполнение зарядки и др.) проведение тренингов оказалось эффективнее лекций, подтверждая в очередной раз знаменитую пословицу: «Скажи мне – и я забуду, покажи мне – и я могу запомнить, позволь мне сделать – и это станет моим навсегда». Через шесть месяцев было выявлено, что учителя стали чаще проводить физкультминутки на уроках (на 10%); увеличилось количество детей на 13%, которые занимаются физкультурой и спортом; на 4% снизилось количество жалоб на боли в спине. Через двенадцать месяцев было обнаружено снижение достигнутых показателей. Из школьников помнили показанные упражнения только 43% (через 1 месяц – 73%). 80% детей отметили, что нуждаются в памятке, к которой они могли бы обращаться для закрепления пройденного материала после тренингов и лекций. Выводы. Для изменения сложившейся ситуации необходимо не только диспансерное наблюдение, но и проведение тренингов по формированию динамической мотивации ежеквартально.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Саттаров А.Ш. студент 421 группы лечебного факультета, Хужакулов Ш.Ш. студент 215 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра педиатрии лечебного факультета (зав. каф. доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доцент Гарифулина Л.М.

Цель работы: выявить факторы риска, влияющих на формирование бронхиальной астмы (БА) у детей. Материалы и методы исследования: Основную группу наблюдения составили 34 ребенка с диагнозом бронхиальной астмы в возрасте от 7 до 13 лет. Контрольную группу составили 20 клинически здоровых детей, перенесших в раннем возрасте рецидивирующие эпизоды бронхиальной обструкции. Был изучен катамнез детей основной и контрольной групп, проведен устный опрос и анкетирование родителей детей основной и контрольной групп. Результаты исследования. Распределение по степени тяжести БА оказалось следующим: легкое интермиттирующее течение наблюдалось у 8 (23,5%); легкое персистирующее течение у 10 (29,4%) детей; среднетяжелое персистирующее течение у 9 (26,4%) детей; тяжелое персистирующее течение выявлено у 7 (20,5%) детей основной группы. По степени контроля среди детей основной группы у 21 детей (61,7%) наблюдалось контролируемое течение БА, у 9 детей (26,4%) – частично контролируемое течение и у 4 (11,7%) детей- неконтролируемое течение. На формирование БА существенное влияние оказывают наследственные факторы в сочетании с факторами внешней среды. Входе детального изучения анамнеза нами было установлено, что у детей основной группы в 2,3 раза чаще выявлялась наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям (АЗ), причем по материнской линии отягощенность выявлялась в 1,9 раз чаще в сравнении с контрольной группой, отягощенность по БА по материнской линии выявлялась в основной группе в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе, по линии отца наследственная отягощенность по БА встречалась в основной группе в 1,9 раз чаще, чем в контрольной группе. Хроническая патология органов дыхания по материнской линии выявлялась в1,4 раза чаще среди детей основной группы по сравнению с контрольной группой, по линии отца– в 1,3 раза чаще. Существует мнение, что частые респираторные вирусные инфекции у отдельной части детей способствуют развитию бронхиальной гиперчувствительности и гиперреактивности. В условиях развития сенсибилизации организма контакт с причинно-значимым аллергеном становится причиной развития бронхиальной обструкции. Нами было установлено, что доля детей, менее 1 раза в год переносивших ОРВИ среди детей основной группы в 2 раза меньше, чем в контрольной группе; доля детей переносивших ОРВИ 1-2 раза в год в 2,2 раза меньше, чем в контрольной группе; количество детей 3-4раза в год переносивших ОРВИ среди детей основной группы было в 1,5 раза выше по сравнению с контрольной группой; количество детей 5-6 раз в год переносивших ОРВИ среди детей основной группы было в 2,4 раза выше по сравнению с контрольной группой; количество детей болеющих ОРВИ более 6 раз в год среди детей основной группы было в4 раза выше, чем среди детей контрольной группы. На формирование аллергических заболеваний у детей оказывают влияние неблагоприятные внешнесредовые факторы. Экологическое микроокружение ребенка с высоким содержанием аллергенов создает предпосылки для развития в будущем БА. Особенно важно микроокружение в спальне ребенка, так как здесь он проводит значительное количество времени. В нашей работе мы установили, что среди детей основной группы значительно чаще выявлялись неблагоприятные факторы экологического микроокружения. При этом большое значение имели мягкая мебель в спальне ($p<0,01$), постоянное горение газовой плиты ($p<0,01$), сырость в квартире ($p<0,01$), наличие ковров и неблагоприятный по экологии район ($p<0,01$). Выводы: таким образом, установлено, что БА является формирующимся заболеванием в реализации которого большую роль играет отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям со стороны матери, отягощенная наследственность по БА со стороны обоих родителей и отягощенная наследственность по хроническим заболеваниям органов дыхания со стороны обоих родителей. Также установлена роль частых рецидивирующих ОРВИ (3-4 и более раз в год) в формировании БА. Также неблагоприятные факторы экологического микроокружения также вносят свой вклад в формирование БА.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Сатторова А.П. студентка 204 группы медицинского факультета ХГМУ, Рачабов Н. студентка 306 группы медицинского факультета ХГМУ

Кафедра терапевтических дисциплин (зав.каф. – к.м.н. Кузибаева Н.К)

Научный руководитель, доцент, к.м.н. Кузибаева Н.К.

Цель работы. Изучить особенности диагностики и клинических проявлений в диагностике осложненного течения ВПС у новорожденных.Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте 1 месяца, находившихся на стационарном лечении в 1 ДСО и в 5 ДСО НМЦ РТ с диагнозом ВПС. Диагноз был установлен на основании клинико-инстументальных и лабораторных методов исследования. Все дети были распределены на 2 группы. 20 детей составили ретроспективную группу, 30 – проспективную.Результаты. За последние годы возросла эффективность антенатальной диагностики ВПС в республике Таджикистан. Мониторинг основных параметров состояния новорожденных, который включал оценку сатурации, артериального давления, характеристик пульса, массы тела, позволил достоверно увеличить выявление ВПС и гипоксемического синдрома у новорожденных в постнатальном периоде. Данные ЭКГ не отражают «критичность» ВПС, однако позволяют прогнозировать осложнения. Электрокардиография проводилась всем новорожденным на 3_и сутки. Средние значения параметров ЭКГ составили: RR – 0,42 ± 0,01 мсек, PQ – 0,11 ± 0,01 мсек, QRS – 0,06 ± 0,01 мсек, QT – 0,25 ± 0,01 мсек, QT корригированный – 0,398 ± 0,003 мсек, угол альфа (α) – 108,1 ± 4,0 (203 пациента). Полученные значения соответствовали возрастным нормам.Важным является определение перестройки гемодинамики в постнатальном периоде (с перегрузкой левых отделов сердца или с перегрузкой правых отделов). Оценка функции миокарда и типов гемодинамики в постнатальной перестройке кровообращения при ВПС позволяет уточнить топику ВПС, а также дифференцированно проводить терапию развившихся осложнений. Зная гемодинамический вариант, используя эхометрические показатели, возможно прогнозирование развития осложнений в постнатальном периоде при ВПС. Использование параметров эхо-КГ для определения вариантов нарушений гемодинамики при ВПС (перегрузка правых либо левых отделов сердца) позволила оптимизировать диагностический процесс осложненноготечения ВПС и своевременно направить на оперативную коррекцию.Выводы. Диагностика основных параметров состояния новорожденных, который включал оценку сатурации, артериального давления, характеристик пульса, массы тела, позволил достоверно увеличить выявление ВПС и гипоксемического синдрома у новорожденных в постнатальном периоде. Данные ЭКГ не отражают «критичность» ВПС, однако позволяют прогнозировать осложнения. Важным является определение перестройки гемодинамики в постнатальном периоде (перегрузку левых отделов сердца или перегрузку правых отделов). Информация о гемодинамическом варианте течения ВПС и зависимость кровообращения от плодовых коммуникаций позволяют определять «критичность порока», прогнозировать течение заболевания, его исход, определять тактику ведения, обосновывать показания к срокам и видам оперативного вмешательства. У третьей части детей течение врожденного порока сердца (ВПС) осложняется гипоксемическим синдромом (ГС) и сердечной недостаточностью (СН). Прогноз для жизни и здоровья маленького пациента с критическими ВПС зависит в первую очередь от своевременности диагностики и адекватности оказанной медицинской помощи на дооперационном этапе. Эффективность последних прямо коррелирует с качеством взаимодействия акушеров, перинатологов, неонатологов, детских кардиологов и кардиохирургов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ

Семенова А.Р., ординатор первого года ИГМА

Кафедра детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП (зав.каф.-к.м.н. Наймушина Е.С.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Наймушина Е.С.

Цель работы: провести сравнительную оценку клинико-анамнестических данных, показателей инструментальных методов исследования у детей с нарушениями сердечного ритма кардиального и экстракардиального генеза.Материал и методы исследования: В условиях кардио-ревматологического отделения БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» нами проведен анализ результатов исследования 22 детей в возрасте от 11 до 17 лет с нарушениями

сердечного ритма. Дети были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 10 подростков с нарушениями сердечного ритма кардиального генеза, которые составили группу наблюдения. Во вторую группу сравнения вошли 12 детей с нарушениями ритма экстракардиального генеза. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Диагноз устанавливался на основании жалоб, изучения анамнеза заболевания, клинических данных и результатов инструментальных методов исследования (электрокардиография, холтеровское мониторирование).Результаты:Выявлено, что подростки 1 группы чаще предъявляли жалобы на головные боли по сравнению со 2 группой (66,0% и 42,0%), в то время как в группе сравнения большинство подростков жаловались на сердцебиение (71,0% и 33,0%). В основной группе детей чаще беспокоили боли в грудной клетке (44,0%), повышение артериального давления (44,0%), тошнота (33,0%), по сравнению с детьми 2 группы. В то же время у 28,0% подростков группы сравнения в анамнезе отмечались обморочные состояния. При анализе анамнестических данных выявлено, что у подростков 1 группы чаще отмечался отягощенный акушерский анамнез, по сравнению со 2 группой детей: угроза прерывания беременности (44,0% и 28,0%), токсикоз I и II половины беременности (22,0% и 14,0%), кесарево сечение (22,0% и 14,0%). При объективном исследовании выявлено, что структура нарушений ритма сердца у детей в группах различалась. Так, если в 1 группе в основном преобладала брадикардия (33,0%), то у подростков 2 группы в основном отмечалась тахикардия (85,0%). При проведении инструментальных методов исследования, в основной группе диагностировался у 57% подростков синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, у 14% врожденный порок сердца, у 28,0% детей постмиокардитическая миокардиодистрофия. У подростков группы сравнения также выявлялись изменения в виде нарушения проводимости и возбудимости, но они были преходящими.Выводы: нарушения ритма сердца у детей объединяет состояния, различные по механизму развития, клиническим проявлениям, прогностическому значению, что необходимо учитывать педиатру в практической деятельности.

ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Скокова А.А., Плотникова Е.М., студентки 607 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ

Кафедра детских инфекций (зав.каф.-к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Поздеева О.С.

Цель работы: анализ эпидемиологической ситуации по паразитарным болезням у детей от 0 до 17 лет в Республике Татарстан динамике за 5 лет.Материал и методыисследования:Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости паразитарными заболеваниями у детей в Республике Татарстан на основании данных государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан», «Электронного эпидемиологического атласа Приволжского Федерального округа» URL:http://epid-atlas.nniiem.ru за период 2013-2017 года.Результаты: Структуру паразитарных заболеваний формируют 10 нозологических форм: класс нематоды (энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, токсокароз), цестоды (дифиллоботриоз, гименолепидоз, эхинококкоз), трематоды (описторхоз), протозоозы (токсоплазмоз, лямблиоз). Наиболее часто выявляемыми являются энтеробиоз, лямблиоз и аскаридоз. Самый высокий показатель заболеваемости у детей до 17 лет энтеробиозом был в 2016 г. и составил 1386,28 на 100 тыс. дет.населения, 2013 г. – 967,08, 2014 г. – 1039,09, 2015 г. – 1173,69, 2017 г. – 1317,35; аскаридозом в 2013 г. – 11 на 100 тыс. детей, далее показатели заболеваемости снижаются (2014 г. – 8,78, 2015 г. – 9,74, 2016 г. – 7, 43, 2017 г. – 5,38); лямблиозом в 2016 г. и составил 105,31, в 2013 г. – 79,88, 2014 г. – 73,98, 2015 г. – 87,89, 2017 г. – 81,43. Заболеваемость токсокарозом остается на одном уровне: 2013 г. – 0,82, 2014 г. – 0,67, 2015 г. – 1,18, 2016 г. – 1,67, 2017 г. – 1,79. Наблюдаются единичные случаи заболевания: трихоцефалезом в 2013 г. (0,44 на 100 тыс. детей), геминолепидозом в 2013 г. и 2015 г. (0,97 и 0,39 соответственно), дифиллоботриозом в 2013 г. и 2015 г. (0,54 и 0,26 соответственно), описторхозом в 2013 г. – 0,54, в 2014 г. – 0, 80, 2015 г. – 0,53, 2016 г. – 0,13 и в 2017 г. случаев описторхоза не зарегистрировано, эхинококкозом в 2016 г. (0,13). В 2016 г. у детей от 3 до 6 лет отмечена самая высокая заболеваемость энтеробиозом (2269,9), и лямблиозом (148,5). Высокие показатели заболеваемости аскаридозом зарегистрированы у детей 1 – 2 года в 2013 г. Выводы:Сохраняется высокая заболеваемость энтеробиозом, аскаридозом, лямблиозом. Высокий уровень заболеваемости энтеробиозом и лямблиозом у детей 3 – 6 лет, аскаридозом в возрасте 1 – 2 года.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДЕТЕЙ

Собинова Р.В. клинически ординатор кафедры травматологии-ортопедии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра травматологии ортопедии и ВПХ. Зав. кафедры д.м.н. доцент Федоров В.Г.

Научный руководитель доцент, д.м.н. Федоров В.Г.

Цель работы: определить частоту и распространённость нарушений осанки в определенных возрастных группах детей школьников, для своевременного выявления детей с патологией, их лечение. Направленная профилактика нарушений осанки у детей, находящихся в группах риска. Материалы и методы исследования: Материалы: обследовано 598 детей в возрасте от 7-17лет в г. Воткинске с 2018-2019 годы. Осмотренные дети были разделены на группы в зависимости от возраста: 1 группа – дети 7ми лет. 2 группа – дети 10 лет. 3 группа – дети подростки 14-17 лет. Методы: осмотр костно-мышечной системы у детей скрининговым методом. Тест Адамса. Осмотр ребенка проводят в положении стоя и лежа без одежды с изучением осанки, статики и динамики органов движения. Результаты. Установлено, что: наибольшее количество детей с нарушением осанки выявлено в группе подростков; по сравнению с первой группой во второй группе количество детей с нарушением осанки увеличивается в 1.5 раза; число случаев нарушения осанки больше у мальчиков чем у девочек; наибольшее количество детей со сколиотическим типом нарушения осанки. Но у детей 7ми летнего возраста так же часто встречается и плоская спина. Выводы. при ортопедическом осмотре школьников г. Воткинска среди 589 детей выявлено 250 человек с нарушением осанки. Анализ заболеваемости школьников г. Воткинска диспансерных групп детей с нарушением осанки в зависимости от возраста (7,10,14-17лет) и пола (девочки и мальчики) показал, что: чаще болеют мальчики, наиболее подвержены нарушениям осанки дети 14-17лет; преобладают нарушения осанки по сколиотическому типу, за счёт детей подростков. В группе детей 7ми лет примерно одинаковое количество детей как с плоской спиной, так и со сколиотическим типом, думаю это связанно с тем что у детей младшего возраста еще не до конца сформирован позвоночник и его физиологические изгибы. Поэтому всем детям рекомендована физкультура и дополнительные занятия спортом. Разработаны практические рекомендации для детей по лечебной гимнастике, комплекс мероприятий для консервативного лечения.Проведены беседы о значимости и своевременности проводимых профилактических мероприятий, направленных на корректирование нарушений осанки для предотвращения появления сколиоза.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Собиржонов С.И., Ибрагимова Н.С., Кудратова З.Э.

Кафедра клинико-лабораторной диагностики

Научный руководитель: асс. Кувандиков Г.Б.

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение удельного веса внутриутробных инфекций в структуре младенческой заболеваемости и смертности. Среди данной группы инфекции особую роль относят к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ). Известно, что ЦМВИ представляет опасность для здоровья беременной, плода и новорожденного. При этом особую опасность для плода представляет острая первичная ЦМВИ у беременной женщины. Внутриутробное инфицирование плода - важная проблема, оно вне зависимости от формы заболевания может представлять опасность вследствие поражения ЦНС, врожденных пороков развития ЦНС. Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты истории болезни из архивного материала отделения патологии новорожденных Областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда за 2016-2018 годы. Было изучено 15 историй болезней новорожденных с диагнозом «Врожденная цитомегаловирусная инфекция».Результаты исследования. Из проведенного анализа, из общего количества 53,3% заболевших были от первой беременности, протекавшей без осложнений первых родов. 20%

на фоне анемии, маловодия, многоводия. 26,7% на фоне ОРВИ в первом триместре беременности. 20% на фоне нефропатии. Возраст матерей колебался от 18 до 25 лет. Всем новорожденным выставлен диагноз врожденная генерализованная форма ЦМВИ. Диагноз был поставлен на основании клинических данных и лабораторных исследований (иммуноферментный анализ). У 66,7% новорожденных диагностировано полиорганное поражение: с развитием гепатита (13,3%), холангио гепатита (20%), гепатита и нефрита (20%).У 80% новорожденных наблюдалась желтушность кожных покровов, субиктеричность склер и гепатоспленомегалия. Желтушность кожных покровов появилась с рождения - у 20% новорожденных, у 13,3% на второй день после рождения, у 20% на 3 день после рождения, у 20% на 7 день после рождения, у 6,1% со второй недели рождения. Гепатомегалия наблюдалась у 33,3% новорожденных.У 73,3% новорожденных наблюдались врожденные пороки развития: у 20% - открытое овальное окно; у 13,3% - ДМПП; у 6,1% - пролапс митрального клапана; у 13,3% - незаращение твердого и мягкого неба; у 20% - атрезия желчевыводящих путей. Из лабораторных исследований, в крови у 66,6% новорожденных отмечалась анемия, у 40% - тромбоцитопения, у 80% - повышенное содержание билирубина, у 60% - увеличение активности трансаминаз до 150 МЕ/л, у 33.3% - увеличение щелочной фосфатазы до 28 ЕД.Выводы. Из проведенного исследования следует, что ЦМВИ протекает в генерализованной форме, сочетаясь с врожденными пороками и сопутствующими заболеваниями.

ПРОЯВЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Собиров К.Г., студент 4 курса 410 группы педиатрического факультета АГМИ

кафедра инфекционных болезней (зав. каф. – Мирзакаримова Д.Б.)

Научный руководитель: асс. Якубова Р.М., ст. преп.Мадумарова М.М.

Цель настоящего исследования - изучение клинического течения и лечение сальмонеллёзной инфекции у детей раннего возраста в зависимости от вида вскармливания и сопутствующих заболевании.Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач нами проводилось клиническое обследование 30 больных детей с сальмонеллезом в возрасте от рождения до 3 лет, у которых длительное время наблюдались кишечная дисфункция в виде диареи и субфебрилитета, а также 20 практически здоровых детей того же возраста. Среди больных детей мальчиков было - 17 (56,6%), девочек - 13 (43,4%). Наиболее часто встречаются бактерии рода Proteus, выделенные у 29 (96,6%) из 30 больных, затем Klebsiella(обнаружены у половины обследованных лиц), далее - Candida(у 13 человек - 43,3%), Staph, aureus,. Обсемененность фекалий выделенными бактериями была в основном высокой. Это прежде всего относилось к представителям рода Proteus. Помимо Proteusи энтеробактерий, в фекалиях здоровых детей были обнаружены представители родов Citrobacter, Staph, aureus, Klebsiella, Staph, saprophiticus, однако всего лишь в 1-3 случаях и в количестве 10^3 - 10^6 на 1 г фекалий. Общее количество кишечных аэробов у большинства здоровых детей (14 человек), так же как и у больных, было значительно выше нормального (10^8- 10^{10}), а в 2 случаях достигало даже 10^{12} на 1 г фекалий. Однако при этом количество бифидо- и лактобактерий в большинстве случаев (у 16 и 18 детей соответственно из 20 обследованных) не выходило за пределы нормы. По тяжести течения у большинства (18) больных (60%) диагностирована среднетяжелая и тяжелая (9 больных -30%) формы заболевания. Легкая форма наблюдалась лишь у 3 больных (10%). В анамнезе жизни у большинства отмечен ряд отягощающих обстоятельств: 12 детей находились на искусственном вскармливании, которое часто было нерациональным; многие дети перенесли до диареи неясной этиологии различные заболевания (пневмонии отиты, ОРВИ и др.) при которых применялась антибиотикотерапия. У наблюдаемых нами больных с кишечными расстройствами, обусловленные с различными условно-патогенными микробами, характеризовались острым началом, повышенной температурой, рвотой токсикозом (от умеренного до выраженного) и дисфункцией кишечника. Симптомы интоксикации, как правило, отражали проявление острого кишечного патологического процесса и определяли его тяжесть. Дисфункция кишечника была постоянным и ведущим симптомом. Частота стула колебалась от 3-6 раз в сутки до очень частого. Испражнения были жидкими, обильными, нередко водянистыми, энтеритического или энтероколитического характера. У некоторых больных в отдельных порциях испражнений наряду с примесью слизи отмечались прожилки крови. Испражнения были желто-зеленого реже желтого или зеленого цвета. Нормализация стула у большинства больных наступал на на 3-10 день болезни реже стул оставался неустойчивым до 11-20-го дня заболевания Вывод. В результате проведенных исследований, установлено, что если у детей находящихся на грудном вскармливании заболевание протекало в среднетяжёлой форме то у детей, находящихся на искусственном вскармливании, преимущественно в тяжёлой форме. Грудное молоко снижает тяжесть и длительность сальмонеллёзной инфекции детей, особенно первого полугодия жизни.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Собиров К.Г., студент 4 курса 410 группы педиатрического факультета АГМИ

кафедра инфекционных болезней (зав. каф. – Мирзакаримова Д.Б.)

Научный руководитель: асс. Якубова Р.М., ст. преп.Мадумарова М.М.

Актуальность. Острая респираторная вирусная инфекция часто сопровождается изменением со стороны общего анализа мочи особенно в детской соматической практике у больных с тяжёлым течением. Цель исследования. Изучение особенностей поражения почек при острой респираторно вирусной инфекции у детей.Материал и методы исследования. Обследовано 17 больных с тяжелым течением при острой респираторно вирусной инфекции в возрасте от 1 года до 6 лет. Проведено изучение анамнеза жизни и заболевания, оценка настоящего соматического статуса, общий анализ крови, мочи, проба Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек.Результаты исследования. Анализ анамнестических данных позволил установить наличие перенесенных частых простудных заболеваний у 64,7% обследованных больных, преморбидный фон (анемия, аллергия) у 52,9% и 41,2% соответственно. Острое начало заболевания отмечалось у 76,5% обследованных больных, несмотря на это только 58,8% из них обратились к врачу и своевременно начали лечение. При оценке соматического статуса установлено, что острая респираторно вирусная инфекция с поражением верхних дыхательных путей в виде фаринготрахеита, ларинготрахеита отмечался у 29,4%, а у 70,6% детей были выражены проявления бронхита, бронхиолита. Состояние больных в 35,3%) случаев оценивалось как среднетяжелое и в 64,7% как тяжелое. В общем анализе мочи на фоне остроты острой респираторно вирусной инфекции отмечались лейкоцитурия у 41,2%), положи тельная проба Нечипоренко установлена у 47,1%. Бактериологическое исследование мочи выявило наличие бактериурии у 52,9%. В динамике заболевания нормализация показателей со стороны анализа мочи среди выявленных больных острой респираторно вирусной инфекцией с патологическими изменениями отмечалось у 58,8%, что позволило расценить выявленные нарушения как транзиторные в виде синдрома токсической почки на фоне основного заболевания. У остальных 41,2% больных патологические изменения со стороны анализа мочи сохранялись на фоне клинического выздоровления от острой респираторно вирусной инфекции.Выводы. Таким образом, установлено, что на фоне тяжелого течения острой респираторно вирусной инфекции у детей раннего и дошкольного возраста часто отмечаются осложнения со стороны почек в виде острого пиелонефрита и транзиторных нарушений по типу синдрома токсической почки, эго диктует необходимость наблюдения в динамике за данным контингентом больных и их чения с целью профилактики развития и хронизации пиелонефрита.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПРЕДВЕСТНИКОВ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Солонар Я.Л., студентка3 группы 5 курса медицинского факультета ВГОУ Украины, "Буковинский государственный медицинский университет"

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав.каф. - д.м.н. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель доц.,к.м.н. Богуцкая Н.К.

Цель работы: исследовать особенности течения бронхиальной астмы (БА) у детей с персистирующим течением болезни при наличии предвестников приступа. К предвестникам приступа БА относили предшествующие приступу жалобы детей на: кашель, ринорею, зуд носа и глаз, чихание, индивидувальних редкие предчувствия. Обострения БА у детей могут привести к значительным негативным последствиям и даже смерти, а выявление

детей с риском приступа БА дает возможность предотвратить приступ и улучшить прогноз.Материал и методы исследования: Комплексно обследовано 60 детей 12-18 лет с персистирующей среднетяжелой и тяжелой БА, у 29 школьников отмечали наличие предвестников приступа, 31 ребенок вошел в групу контроля. По основным характеристикам группы сравнения были сопоставимыми. Наличие выраженных предвестников, которые четко указывали на развитие приступа БА, отметили 59,4±8,7% обследованных детей с тяжелой БА и 35,7±9,1% пациентов со среднетяжелым течением болезни (р <0,078).Результаты: Установлено, что у детей с менее контролируемой БА наличие предвестников приступа отмечали несколько чаще (OR, oddsratio = 1,5; 95%CI:0,8-2,9), при наличии предвестников приступа существенно чаще отмечали сезонность приступов (OR = 2,9; 95% CI:1,0-8,6) и регулярное получение детьми базисной терапии БА (OR = 4,8; 95% CI:1,5-15,3). Чаще всего у детей отмечали 1-2 предвестника приступа БА (85% детей), которые предшествовали приступу в среднем от 10 мин до 2-х суток, в том числе наиболее частыми предвестниками приступа БА были:проявления ринита (59%), конъюнктивита (17%), чихание (34%) и сухой кашель (21%). Наличие предвестников приступа БА находилось в прямой корреляционной зависимости с проявлениями медикаментозной непереносимости (r=0,28, p<0,03) и лучшим соблюдением базисной терапии (r=0,37, p<0,004). У детей с предвестниками приступа БА среднее количество госпитализаций за год было больше (3,4±2,2 против 1,9±1,9% соответственно, p<0,01), как и среднее количество ингаляций при приступе БА (4,2±2,1 против 2,9±1,6 соответственно, p<0,02). Признак леворукости находился в прямой слабой корреляционной зависимости с наличием предвестников приступа астмы (r =0,29; p<0,02). При оценке корреляционных взаимосвязей отмечено, что с наличием предвестников приступа БА ассоциировал высокий уровень личностной тревожности ребенка по тесту самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л.Ханина (42,8±6,4 против 39,0±5,8; p<0,04) и фрустрации потребности в достижении успеха по методике Филипса (39,6±15,9 против 31,6±13,1 баллов; p<0,05). Частота неконтролируемого течения БА была значительно выше среди пациентов с тяжелым течением заболевания, достигая 81,5%. Затруднения идентификации ранних начальных проявлений приступа у таких детей с БА могут приводить к более тяжелым и частым обострениям заболевания.Выводы:у детей с имеющимися предвестниками приступа БА отмечали более тяжелое и менее контролируемое течение болезни, выраженную сезонность обострений, более частую госпитализацию, использование большего количества ингаляций при приступе БА, несмотря на лучшее соблюдение базисной терапии, а также более высокий уровень личностной тревожности.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Тажиева М.У., студентка 217 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав.каф.- д.м.н. Орипов Ф.С.)

Научный руководитель проф. Блинова С.А.

Актуальность. Воспалительные и нагноительные процессы в легких нередко развиваются на фоне пороков их развития. Во многих случаях бронхоэктатическая болезнь у детей обусловлена нарушениями развития. Цель исследования. Изучить гистологические изменения слизистой оболочки бронхов у детей с бронхоэктатической болезнью. Материалы и методы исследования.Изучены фрагменты легких у детей в возрасте от 7 до 14 лет, полученные после операции по поводу бронхоэктатической болезни. Кусочки из разных отделов удаленной доли легкого фиксированы в 12% нейтральном формалине и залиты в парафин по общепринятой методике. Срезы окрашены гематоксилином эозином. Результаты. В препаратах легких обнаруживаются признаки врожденной патологии легких: нарушение ветвления бронхов, эктопическое расположение тканей, а также явления хронической пневмонии. На большей части срезов легких определяется ателектаз. В просвете альвеолах находится серозная или гнойно-геморрагическая жидкость. Многие мелкие бронхи и бронхиолы расширены, слизистая оболочка образует сосочковые разрастания. Отмечаются перибронхиальный склероз и участки пневмосклероза. Слизистая оболочка бронхов утолщена в результате отека и инфильтрации ее клеточными элементами. Мышечная пластинка слизистой оболочки бронхов также утолщена за счет гиперплазии гладких миоцитов. Эпителий бронхов многорядный призматический реснитчатый, однако, некоторые группы эпителиоцитов лишены ресничек. В собственной пластинке отмечаются скопления лимфоцитов, плазмоцитов, моноцитов, макрофагов. Малые лимфоциты образуют большие скопления, напоминающие лимфатические узелки. Наблюдается проникновение лимфоцитов в эпителий. Некоторые бронхи со всех сторон окружены муфтой из лимфоцитов. В участках инфильтрации стенки бронхов лимфоцитами структурные компоненты слизистой оболочки не определяются. Нейтрофильные гранулоциты встречаются в меньшем количестве, чем лимфоциты. Кровеносные сосуды в собственной пластинке расширены, полнокровны. Такие изменения наблюдаются в бронхах разного диаметра. Выводы. Бронхоэктатическая болезнь у детей нередко вызвана пороками развития легких и сопровождается хроническими воспалительными процессами. Среди клеточных элементов слизистой оболочки бронхов преобладают клетки иммуногенеза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛОМЕТАЗОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Тамбриазов М.Ф. резидент магистратуры III курса, Абдинова Э.А. студент медико-педагогического факультета 612 группы

Кафедра Педиатрии №1 (зав.каф. –д.м.н., профессор Шавази Н.М.) СамМИ.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шавази Н.М.

Цель. Изучить влияние ингаляционного применения беклометазона в профилактике рецидивов обструктивного бронхита у детей. Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты катамнестического наблюдения 50 детей перенесших острый обструктивный бронхит: в 1 группу вошло 25 детей перенесших заболевание, не получавших профилактических мероприятий после выписки из стационара, а во 2 группу вошло 25 больных, которые получали ингаляционно беклометазон. По полу преобладали мальчики 32 (64%), девочек было 18 (36%). Детей до 1 года было 2 (4%) детей, от 1 до 3 лет было 11 (22%) детей, а старше 3 лет 37 (74%) детей. Степень тяжести бронхиальной обструкции оценивалась по разработанной нами сатурационно-шкаловая оценке. Катамнестическое обследование проводилось посредством опросов, анализа амбулаторных карт, осмотров больных в течение 1 года после выписки из стационара.Результаты. Частота возникновения повторных приступов бронхообструктивного синдрома в I группе составила: у 6 (%) детей не наблюдалось рецидивов бронхообструкции, от 1 до 3 у 7 (%) детей, более 3 у 12 (%) детей. Во II группе не наблюдалось рецидивов заболевания у 11 (%) детей, от 1 до 3 рецидивов у 9 (%) детей, более 3 приступов заболевания у 5 (%) детей. Сравнительный анализ тяжести бронхиальной обструкции при повторных рецидивах обструктивного бронхита показал, что в I группе имело место 42 рецидива заболевания: легкая степень тяжести составила 5 (11,9%), средняя 16 (38,1%) и тяжелая 21 (50,0%). Во II группе было 21 рецидивов: легкая составила 14 (66,6%), средняя 3 (14,3%), тяжелая 4 (19,1%). Выводы. Включение ингаляционного применения беклометазона в качестве противорецидивирующей терапии обструктивных бронхитов у детей является эффективным способом снижения частоты рецидивов и развития тяжелых форм заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНФЕРОН®ЛАЙТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БРОНХИОЛИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СТАЦИОНАРЕ

Темирова М., Шоймардонова О., студенты 301 гр педиатрического факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней СамМИ (зав.курсом - д.м.н., доц.Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Уралов Ш.М.

Согласно литературным данным, в 60-85% случаях острый бронхиолит бывает обусловлен респираторно-синцитиальным вирусом, особенно у детей первого года жизни. Наряду с ним в поражении бронхиол в этом возрасте участвует вирус парагриппа, а на втором году жизни преобладает аденовирус. Целью данного исследования является изучение терапевтической эффективности противовирусного препарата Генферон®Лайт в составе комплексном лечении острого бронхиолита у детей раннего возраста.Материал и методы. Под нашим наблюдением было 52 детей (28 мальчиков и 24 девочек) в возрасте от 2 мес до 2 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острого бронхиолита. Всем больным проводилась симпто-

матическая терапия (оксигенотерапия, дыхательные аналептики, противокашлевые средства, муколитические и отхаркивающие препараты, дополнительное введение жидкости), антибактериальная терапия, глюкокортикоиды, в зависимости выраженности симптомов бронхиолита. 1-ю группу составили 25 детей, которые получали традиционную терапию; во 2-ю группу включены 27 детей, которым вместе со стандартной терапией бронхиолита назначали суппозитории Генферон®Лайт ректально в дозе 125 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней. Результаты исследования. Оценку эффективности препарата проводили по следующим критериям: продолжительность основных клинических симптомов заболевания (температурная реакция, симптомы интоксикации), физикальные изменения в легких (хрипы, одышка), сатурации кислорода (пульсоксиметрия), средняя продолжительность заболевания. В результате лечения у детей исчезли симптомы общей интоксикации – лихорадка, вялость, снижение аппетита. Срок нормализации температуры тела составил 3±0,1 дня в 1-й группе и 2±0,2 дня во 2-й группе. Более выраженная положительная динамика физикальных изменений в легких (исчезновение одышки, хрипов) была отмечена в группе детей, которые получали дополнительно Генферона®Лайт. Исследование показало, что сатурация кислорода в изучаемых группах нормализовалась на 3-е сутки заболевания в обеих группах. Необходимо отметить, что тенденция к более быстрому росту сатурации кислорода отмечена у больных во 2-ой группе.Выводы. Результаты проведенного исследования показали высокую эффективность Генферон®Лайт в комплексном лечении острых бронхиолитов у детей раннего возраста. Входящая в его состав аминокислота таурин является мощным адаптогеном и обладает антиоксидантными, мембраностабилизирующими и противовоспалительными свойствами.Уникальное сочетание ИФН-α и таурина и их совместное действие обеспечивают выраженное иммуномодулирующее, противовирусное, противовоспалительное и антиоксидантное действие Генферона®Лайт. Высокая клиническая эффективность и уникальный состав Генферона®Лайт позволяет его рекомендовать для эффективного лечения острых бронхиолитов у детей раннего возраста не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТAL-ТИРОКСИНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ УДЕТЕЙ

Тожибоев Т.Т., студент 526 группы лечебного факультета АГМИ

кафедра госпитальной и неотложной терапии (зав каф доцент, к.м.нГаниева М Ш)

Научные руководитель: асс Ханкелдиева Х.К.

Целью исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений гипофункции ЩЖ и динамики клинико-лабораторных показателей на фоне корригирующей терапии. Материал и методы исследования. Обследованию подвергались 89 больных атопической БА в возрасте от 2 до 14 лет. В состав обследованных вошли 19 (44%) детей с БА легкой степени тяжести, 41 (47%) детей со среднетяжелым течением и 29 (9%) детей с тяжелой формой астмы. Контрольную группу составило 128 детей соответствующего возраста с неизмененной ЩЖ, которые не находились на диспансерном учете по поводу аллергических заболеваний. Оценивался уровень тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4). Исследования показали, что при лёгкой и среднетяжелой астме достоверных специфических симптомов гипофункции ЩЖ не обнаруживалось. При тяжелом течении этого заболевания выявлялся субъективные ощущения в виде утомляемости, слабости и сонливости. Нарушения функции ЦНС у больных данной группы проявлялись прежде всего раздражительностью, беспокойством, нарушением сна и памяти, на головные боли, головокружение, шум в ушах, в голове, ухудшение зрения и слуха, у них обнаруживался низкий тембр голоса, в анамнезе - неустойчивый стул, сменяющийся запорами. Кожа больных детей отличалась сухостью, шероховатостью, тонкостью, волосы были сухими и более редкими, а также отмечались признаки выпадения волос, поредениебровей и ресниц. Бледность, невыраженная одутловатость, сопровождавшаяся уплотнением кожи, были наиболее типичны для детей с тяжелой БА. Эти симптомы, по-видимому, связаны с ухудшением кровоснабжения кожных покровов, о чем свидетельствует зябкость и похолодание конечностей у этих детей. Дети, страдающие БА, оказались более склонны к сосудистым дистониям гипертонического, чем гипотонического типа. Специфическими в отношении гипотиреоза были такие симптомы как сухость кожи, выпадение волос, бледность, одутловатость лица, отёчность рук и стоп, низкий тембр голоса, избыточная масса или её потери, запоры, неустойчивый стул. Включение в комплексную терапию L-тироксина приводило к определенным благоприятным изменениям в статусе больных. Так, через месяц от начала терапии уменьшались сонливость, утомляемость, головные боли, головокружение. Исследования показали, что с усугублением тяжести течения БА происходит снижение тиреоидной функции. У детей с тяжелой астмой отмечен рост секреции ТТГ ($P<0,001$) на фоне резкого снижения трийодтиронина и тироксина ($P<0.001$). Повышение ТТГ в фазеобострения при тяжелой астме на фоне увеличения коэффициента ТТГ/T_3 и снижения Т4 ($P<0,001$) свидетельствует о наиболее выраженном дефиците гормонов у больных тяжелой БА. Через месяц от начала терапии L-тироксином происходила полная нормализация концентрации трийодтиронина и коэффициента T_3/T_4.Выводы: Степень влияния гормонов ЩЖ на метаболизм в целом и на течение астмы очевидна. Полученные нами результаты позволяют прогнозировать развитие дистиреоза с тенденцией к снижению продукции гормонов ЩЖ у больных БА даже при отсутствии клинической симптоматики гипотиреоза. Выбор методов реабилитационных программ должен осуществляться на основе индивидуально-дифференцированного подхода к каждому ребенку и проводиться еще на этапе частых простудных заболеваний, желательно до клинической манифестации гипотиреоза у больных БА.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Топволдиев М.К., студент магистратуры I курса психиатрии

Аграновский М.Л. Заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор

Мирзаев А.А. Доцент кафедры психиатрии и наркологии

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Цель исследования: изучить состояние психического здоровья и социальной адаптации детей и подростков с врожденными пороками сердца с последующей разработкой комплексных реабилитационных программ.Методы исследования. Клинико-психопатологический метод являлся основным и включал клинико-анамнестическое исследование, собственно клинико-психопатологическое обследование (оценка симптомов и синдромов) с оценкой состояния развития детей в возрасте до 4-х лет по шкалам Гезелла; клинико-динамическое (оценкадинамики клинических проявлений до и после оперативного лечения) и клинико-катамнестическое исследование (оценка симптомов и синдромов в отдаленном послеоперационном периоде).Результаты исследования. Для сравнения частоты и структуры психических нарушений у детей с врожденными пороками сердца и в детской популяции были сформированы две сопоставимые по возрасту группы. Основная группа в количестве 42 детей в возрасте 5-7 лет составлена из пациентов, поступивших на оперативное лечение порока сердца. У пациентов с ВПС психические расстройства были более распространены, чем у детей из группы сравнения (83,3% и 61,8% соответственно, $p < 0,05$). У детей с ВПС, чаще, чем у воспитанников детского сада, регистрировались органические психические расстройства (11,9% и 1,8% соответственно, $p < 0,05$), смешанные специфические расстройства психологического развития (23,8% и 7,3% соответственно, $p < 0,05$), расстройства поведения и эмоций (26,1% и 9,1% соответственно, $p < 0,05$). Психические нарушения донозологического уровня чаще регистрировались в группе сравнения, чем среди больных ВПС (10,9% и 2,4% соответственно), не достигая уровня значимых различий. Число больных детей, имеющих два и более пограничных нервно-психических расстройства, было значительно выше у пациентов с врожденными пороками сердца, чем у воспитанников детского сада (61,9% и 16,4%, $p<0,001$).При обследовании 179 детей и подростков с врожденными пороками сердца психические нарушения различного уровня диагностированы у 135 (75,4%) детей и подростков, что намного превышает показатели распространенности в популяции (Пронина J1.А. 2005; Дашиева Б.А., 2006). Наиболее часто диагностировались непсихотические психические расстройства (60,9% - 109 чел.), на втором месте - умственная отсталость (8,4% -15 чел.). Нарушения донозологического уровня диагностированы у 6,1% пациентов (n=11) в виде проявлений минимальной мозговой дисфункции и невротических реакций.Вывод. 1. Изучение детей и подростков с врожденными пороками сердца (ВПС), поступивших на хирургическую коррекцию порока (179 человек) в течение с 2007 по 2009 гг., выявило разные уровни психического здоровья. Доля психически здоровых детей составила 24,6% (44 чел.), с наличием признаков нарушения психики донозологического уровня - 6,1% (11 чел.), с психическими расстройствами - $9,3% (124 чел.).2. В нозологической структуре психических расстройств преобладающими были пограничные психические расстройства (60,9% - 109 чел.), пациенты с умственной отсталостью составили 8,4% (15 чел.).

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Топволдиев М.К., студент магистратуры I курса психиатрии,

Аграновский М.Л. заведующей кафедрой психиатрии и наркологии, профессор, Мирзаев А.А. доцент кафедры психиатрии и наркологии

Муминов Р.К., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии

Цель настоящей работы - клинико-психопатологическое изучение феноменологии, структуры и динамики патологических увлечений у детей и подростков для решения вопросов диагностики, прогноза и оценки уровня социальной дезадаптации.Материалы и методы исследования Работа выполнена на АОПНД. Методом случайной выборки обследовано 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек). В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 16 лет, в клинической картине, а также в анамнезе которых ведущее или существенное место занимали патологические увлечения. Результаты исследования Сложность отграничения болезненных увлечений от нормальных хобби детского возраста определялась не только недостаточной четкостью клинических различий, но и тем фактом, что их направленность и содержание были сходными. Сюжеты болезненных хобби, преимущественно, носили вполне заурядный характер: увлечение животными или растениями; компьютерными и видеоиграми; одним из видов транспорта; техническими приборами; увлечения, связанные с «кумиром» - любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной командой; самообразование. Выделены как облигатные, так и факультативные признаки патологических увлечений. К облигатным были отнесены: 1) Напряженность и устойчивость интересов. Своеобразная «охваченность» детей своим увлечением, напряженность интереса к той или иной области, которая характеризовалась особой устойчивостью, отмечалась во всех наблюдениях, представляя собой стержневой симптом болезненных увлечений. Дети занимались излюбленным хобби часами, стараясь использовать все свободное время: проводили целые дни за компьютерными играми, совершали многочасовые ежедневные прогулки, рисовали бесчисленные схемы, с утра до вечера искали детали в мусорных контейнерах и т.д. При этом напряженный интерес к хобби не угасал в течение многих месяцев или лет. 2) Сочетание с другими психическими расстройствами. Патологические увлечения в 100% наблюдений сосуществовали с различными психопатологическими синдромами: формирующимися расстройствами личности; патологическим (бредоподобным) фантазированием; аффективными расстройствами; рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими расстройствами; негативной эндогенной симптоматикой; нарушениями инстинктивной деятельности. 3) Нарушение социальной адаптации ребенка разной степени выраженности. Дезадаптирующее влияние болезненных хобби отмечено в подавляющем большинстве наблюдений (96,7%). Нарушения поведения, возникающие у детей с болезненными хобби, отличались разнообразием проявлений и сочетались иногда с асоциальными, агрессивными или аутоагрессивными действиями.Выводы. 1. Патологические увлечения у детей и подростков, в отличие от нормальных хобби, характеризуются наличием как облигатных, так и факультативных психопатологических признаков. К облигатным относятся: особая напряженность и устойчивость болезненных интересов; тесная связь с другими психопатологическими проявлениями; дезадаптирующее влияние, выраженность которого зависит от клинического варианта патологических хобби. К факультативным признакам болезненных увлечений относятся: односторонность, однобокость содержания при ослаблении или утрате остальных интересов; низкая продуктивность.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Тураева Н.Ю. ассистент, Хакимов Э., Тураев Ф., студенты 617, 628 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. – доц. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: доц. Юлдашев Б.А.

Актуальность Сложности клинической диагностики уратной нефропатии способствуют тому, что нередко таких больных лечат от гломерулонефрита или пиелонефрита, соответственно проводится неадекватная, нередко излишняя антибактериальная, гормональная терапия. Цель. Изучить особенности уратного гомеостаза, парциальных функций почек и клинических проявлений при интерстициальном нефрите у детей на фоне гиперурекимического синдрома.Материалы и методы исследования. Нами было обследованно 60 детей в возрасте от 1 до 14 лет с установленным на основе клинико – генеалогических и биохимических данных диагнозом урикозурической нефропатии. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей того же возраста без отягощенности семейного анамнеза нефропатологией.Общеклиническое обследование больных включало: общий осмотр, аускультацию, пальпацию, составление родословных, ретроспективное изучение акушерского анамнеза, антропометрию, общий анализ крови, общий анализ мочи, определение биохимических показателей крови и мочи (холестерин, мочевина, креатинин, кальций, фосфор) проводилось на биохимическом анализаторе hospitex (Япония). Для оценки концентрационной функции использовали пробу Зимницкого. Количественное определение оксалатов проводили по Н.В.Дмитревой, мочевую кислоту в крови и моче по методу Мюллер-Зейферта в описании О.В. Травиной. Результаты и их обсуждение: у больных уратной нефропатией, как правило, достоверно снижен (P<0,001), несколько выше при наличии интерстициального процесса (соответственно 570,4±12,4 и 610,6±15,4, P<0,01). Суточная экскреция уратов в 2,5-3 раза превышает норму (соответственно 5,63±0,46-6,5±0,56 мМоль/сут при норме 2,94±0,13 мМоль/сут). У 1/3 больных уратной нефропатией наблюдается также гипероксалурия (0,702±0,051, P<0,001, при норме 0,413±0,059 мМоль/сут). Несколько повышена экскреция кальция и фосфора с мочой (P<0,05).Клиренс креатинина и реабсорбция воды в канальцах почек существенно не изменены (P>0,05), однако тубулярная реабсорбция фосфора снижена по сравнению с нормой (65,4±9,7% и 52,6±11,2% при норме 88,2±17,4%). Коэффициенты оксалата: креатинин достоверно повышены (0,152±0,03-0,157±0,013 при норме 0,053±0,05, P<0,001), соотношение уратов мочи к креатинину 2,6-2,76±0,41 при норме 0,83±0,08 (P<0,001). Выводы1. Применение комплекса клинико-генеалогических и биохимических методов позволяет выявить что урикозурические нефропатии чаще проявляются в раннем детском возрасте, клинически маломанифестны, экстраренальные симптомы почечной патологии (отеки, гипертония) отсутствуют, характерно склонность к гипотонии (у 50% пациентов) и олигоопсия – низкий диурез при отсутствии отеков.2. Выявлена высокая частота в структуре заболеваний родословной у детей с гиперурекимическим синдромом сердечно-сосудистой патологии (46,7%), патологии ОМС (20,5%), заболевания гастро-дуоденальной системы (30,5%), нервно-психической патологии (37%), повышение уровня урикемии (>0,310 ммоль/л) и урикозурии (>1 мг/1мл мочи в сутки).3. Оптимизация комплекса дието-медикаментозной коррекции урикозурической нефропатии способствует выведению с мочой мочевой кислоты и тем самым, снижению и нормализации урикемии и исчезновению мочевого синдрома.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИДЕТСКОГО АУТИЗМА

Тургунова Г.Б., студентка 520-группы, педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель асс. каф. Ирмухамедов Т.Б

Цель исследования: провести анализ клинико-динамических особенностей детей с аутистическими расстройствами.Материал и методы исследования: В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25мальчиков и 11девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.Результаты исследования: Анализ клинико-динамических характеристик аутистических расстройств показал половозрастные закономерности развития процесса и позволил выделить общие и отличительные признаки по основным диагностическим критериям. Независимо от возраста и пола сохраняются у детей-аутистов всех возрастных групп расстройства социального функционирования (нарушение отношений со сверстниками, отсутствие сочувствия к другим людям, эмоциональной взаимности). Наиболее изменчивый диагностический критерий из этой группы - возможность установления глазного контакта - встречается у всех детей до 5 лет, а к 10 годам нарушен у 75%. Нарушение

коммуникации с окружающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у всех детей и не преодолевается спонтанно. Задержка формирования речи наблюдается у детей-аутистов до 5 лет в 85,7% случаев. К 10 годам несформированность речи остается выраженной у половины детей. В возрасте до 10 лет речевые стереотипии выявляются у 71,4% детей. При аутистических расстройствах у детей преобладает непрогредиентное течение - 63,3%. Непрерывно-вялое течение процесса зарегистрировано в 24,6% случаев. Приступообразное течение свойственно процессуальным формам детского аутизма, которое отмечается в 12,1% случаев. 4. У 25,3% семей, имеющих детей, страдающих детским аутизмом, зарегистрирована наследственная отягощенность психическими расстройствами.Выводы: Таким образом, анализируя полученные данные, мы можем сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с ранним детским аутизмом на момент обращения за психиатрической помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Нарушение развития эмоциональной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитарности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Турсунов И.А. - магистр 1-курса АндГМИ по направлению “детская неврология”

Кафедра Фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - к.м.н. Эргашева З.А.)

Научный руководитель: Эшонхужаев О.О.

Актуальность. Роль иммунной системы в противоинфекционной защите организма весьма велика. Появляется все больше данных о прямой и обратной связи иммунной системы с системой интерферона. Состояние и активность этих систем во многом определяет исход заболевания, характер его течения. Интерфероны как естественные факторы неспецифической защиты организма и медиаторы иммунитета обладают самым широким спектром действия. Цель. В настоящее время становится особенно актуальной проблема увеличения распространенности гепатитов, особенно его вирусных форм. На этом фоне представляется достаточно своевременным изучение педиатрических аспектов применения интерферонов в лечении различных форм гепатитов, а также меры их активной профилактики среди специфических контингентов населения. Материалы и методы. Основные эффекты интерферона можно разделить на противовирусный, противомикробный, антипролиферативный, иммуномодулирующий, осуществляемые во взаимодействии с другими цитокинами, и радиопротекторный. Интерфероны по составу и происхождению делятся на три основных типа: α-ИФН, β-ИФН и γ-ИФН. При вирусных хронических гепатитах (ХГ) установлен положительный эффект лечения препаратами интерферона. В гепатологии детского возраста препаратом первого ряда, согласно мнению известного специалиста профессора Л. В. Чистовой, является виферон – генно-инженерный рекомбинантный α_2– интерферон (реаферон), в который добавлены антиоксиданты – витамины Е и С в возрастных дозировках. Рекомендуемая начальная доза виферона составляет 500 000 МЕ (одна свеча) ректально 2 раза в сутки детям младшего школьного возраста и 250 000 МЕ 2 раза в сутки детям до 4 лет на протяжении 5–10 дней ежедневно и далее 3 раза в неделю в течение 3–6 мес. Указанные схемы терапии вифероном позволяют получить клинико–биохимическое улучшение, уменьшение заболеваемости ОРВИ, снижение титра HBsAg, сероконверсию HBeAg на анти–HBeAg, повысить интерфероногенез нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами больного, хотя и не полностью нормализировать его. Положительный эффект носит временный характер и в связи с этим рекомендуются повторные курсы виферона через 3 мес. Разрабатывается схема удлиненного курса поддерживающей терапии вифероном 3 раза в неделю в течение 12 мес. при гепатите В и более длительная при дельта–инфекции и гепатите С. Выводы. Согласно Г. Блюму и соавт. (2001) стандартной рекомендацией при ХГ В и С является подкожное введение альфа–интерферона по 3–6 млн МЕ 3 раза в неделю в течение 6 мес. Через 3 мес показан контроль HBV или HCV маркеров. Положительный эффект отмечен у 30–50% ХГ В, но стойкий лишь у 20% пациентов. Однако, по мнению авторов, альтернативного лечения пока нет.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ

Турсунова М.Э., Юсупова Н.А., Кувандиков Г.Б.

Кафедра клинико-лабораторной диагностики

Научный руководитель: асс. Кудратова З.Э.

Актуальность: В патогенезе воспалительных заболеваний легких значительное место занимают инфекции, которые имеют тенденцию к росту заболеваемости. В последние годы на первый план выступают оппортунические и вирусные инфекции, склонны к рецидивирующему и затяжному течению. Среди них особое место занимают TORCH-инфекции.Цель исследования: Оценить роль иммунологических маркеров инфекций TORCH-комплекса у детей с воспалительными заболеваниями легких.Материалы и методы исследования: Исследования проводились в отделении лабораторной диагностики 2-клиники СамМИ. Были обследованы 34 больных с диагнозом: септическая пневмония и острый обструктивный бронхит. ИФА проводили с помощью стандартных тест-систем «Вектор-Бест» (Новосибирск) согласно инструкции. Определяли антитела класса IgG к следующим инфекциям: цитомегаловирусная инфекция и токсоплазмоз. В качестве материала для исследования использовалась кровь пациентов. Результаты исследования: Анализ полученных данных выявил наличие ответной реакции организма детей воспалительными заболеваниями легких на воздействие TORCH- инфекции. Антитела IgG к цитомегаловирусной инфекции были обнаружены у 27 (79,4%) больных детей, к токсоплазмозу лишь у 1 (2,9%) больного. По возрасту дети распределились следующим образом: до 1 года было 25 (73,5%), от 1 года до 3 лет 3 (9%), 4-7 лет 2 (5,8%), 8- 10 лет 3 (5,8%), 11-14 лет 1 (2,94%)больной. Преобладали дети мужского пола 28 (82,4%). У всех больных заболевание сопровождалось выраженным интоксикационным синдромом (высокая температура тела, признаки обезвоженности, тахикардия, одышка и др.) которая держалась продолжительное время в отличии от больных без антигенов TORCH– инфекции, что сказалось на сроках пребывания больных в стационаре. Выводы: Таким образом, наличие TORCH – инфекции в организме у ребенка негативно сказывается на течение и длительность воспалительных заболеваний легких у детей.

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тутаева А.Н., ординатор 1-го года обучения по направлению «педиатрия»

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии (зав.каф.: д.м.н., проф. Ермакова М.К.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ермакова М.К.

Цель работы: оценить обоснованность назначения антибактериальных препаратов у детей при респираторной патологии в амбулаторный условиях.Материал и методы: Анализ 225 выкопированных данных из амбулаторных карт детей с респираторной патологией, получавших антибактериальные препараты: острый ринофарингит - 100 детей (44,4%), острый простой бронхит - 59 детей (26,2%), острый тонзиллит - 40 детей (17,7%), острый отит - 17 детей (7,5%), острый синусит - 9 детей (4,2%).Результаты. При ринофарингитах и острых простых бронхитах антибиотики обоснованно были назначенны в 46,0% случаев и 66,1% случаев соответственно, в связи с фебрильной температурой более 3 днех, воспалительными изменениям крови, а при бронхитах так же по длительности кашля более 10 дней. Из назначенных препаратов стартовые антибиотики- амоксициллин и защищённые аминопенициллины были назначены в 43,6% случаев при ринофарингитах и в 64,3% при бронхитах. Макролиды были назначены в 20,2% случаев при ринофарингитах и в 16,9% при бронхитах, цефалоспорины в 33,6% и 20,3% случаев соответственно, при этом амоксициллин за предыдущие 3 мес получали 11,7% детей с ринофарингитами и 20,3% с бронхитами. В 20,0% случаев при ринофарингитах и в 30,5% при бронхитах дозы препаратов были ниже рекомендуемых. Длительность приема в среднем составила 5 и 7 дней, лишь при бронхитах в 10,1% случаев 3 дня при приеме азитромицина.При остром тонзиллите антибактериальные препараты назнались обоснованно в 52,5%, детям старше 3 лет без катаральных явления и по воспалительным

изменениям крови, необоснованно было назначенно в 47,5% случаев. У 42,5% детей назначался стартовый антибиотик- амоксициллин, у 25,0% защищённые аминопенициллины. Макролиды назначались в 25,0% случаев, цефалоспорины в 7,5%, несмотря на то, что только 2,5% детей получали амоксициллин за предыдущие 3 мес. Дозировка препарата была ниже рекомендуемой у 30,0%. Длительность терапии лишь у 5,0% детей составила более 10 дней.При остром риносинусите в 66,6% антибиотитерапия назначалась обоснованно в связи с фебрильной лихорадкой, болевым синдромом более 3 дней и по рентгенологической картине. При выборе антибиотика амоксициллин назначался в 55,5%, хотя за предыдущие 3 месяца его получали уже 22,2% детей, цефалоспорины назначались в 1,1%, макролиды в 43,4%. Длительность терапии в 55,5% составила 7 дней, в 44,5%- 5 дней. Дозировка препарта были ниже рекомендуемых в 44,4% случаев.При остром отите в 100% антибактериальная терапия назначалась обоснованно, в связи с двухсторонним отитом и выраженной интоксикацией с болевым синдромом, отореей. Из препаратов амоксициллин назначался в 82,3% случаев, а защищённые аминопенициллины в 17,7%, за предыдущие 3 месяца лишь 6,0% детей получали амоксициллин. У 23,5% больных доза антибиотика была ниже рекомендуемой. Выводы. Наблюдается необоснованность назначения антибактериальный препаратов в 43,5% случаев. Стартовые антибиотики амоксициллин и защищённые аминопенициллины назначаются лишь у 61,0% детей при респираторной патологии. Дозы антибиотиков у части больных были ниже рекомендуемой. Часто не соблюдается при тонзиллитах и риносинуситах длительность курса антибактериальных препаратов, которая должна быть не менее 10 дней.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМИРОВАНИЕ ПРИ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Тухтаева М.М., Файзуллаева Х.Б.

Кафедра Неонатология СамМИ (зав.каф. к.м.н. доц. Лим В.И.)

Научный руководитель: доц. Лим. В.И.

Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного в течение многих лет находятся в центре внимания научных исследователей можно было бы объяснить значительной частотой патологии, высокой смертностью в периоде новорожденности, а также последующей инвалидностью с детства. Цель и задачи исследования: Изучение особенности ранней постнатальной адаптации, роли асфиксии при рождении и частоты ранних осложнений у новорожденных. Материал и методы исследования: Обследовано 30 доношенных новорожденных, на базе отделения патологии новорожденных областной многопрофильной детской больницы (СОДММЦ), родившихся в состоянии тяжелой и средней степени тяжести асфиксии. Для решения поставленных задач проводили исследования, включающие: сбор анамнестических данных; характера течения беременности и родов, осмотр невропатолога, НСГ. В группу составили – 15 детей, перенесшие острое гипоксическое воздействие, вторую – 15 новорожденных с хронической гипоксией, контрольную группу составили – 10 практически здоровых новорожденных детей.Результаты: дети, перенесшие острую гипоксию, родились преимущественно от первой беременности и родов, от матерей в возрасте до 23 лет. Наибольшее количество детей с хронической гипоксией родились от второй и последующих беременностей и вторых родов от матерей старше 26 лет. В 1 группе отягощенное течение беременности и родов отмечается у 66%, во 2 группе 80%. У всех, перенесших асфиксию, в раннем неонатальном периоде имелись симптомы нарушения мозгового кровообращения. Состояние детей, перенесших асфиксию в первые часы жизни расценивалось как тяжелое или средней тяжести. После периода угнетения функции ЦНС, через 2-3 ч наблюдалась повышенная нервно- рефлекторная возбудимость (тремор, мышечная дистония, нарушение рефлекторных реакций). У детей 1-й группы она сохранялась до 4-5-го дня жизни, тогда как у детей 2-й группы – до 8-9-го дня жизни. Результаты НСГ показали, что у новорожденных 1-й группы в первые сутки жизни наблюдался перивентрикулярный отек паренхимы головного мозга, который у большинства детей сохранялся до 5-го дня. У большинства детей 2-й группы отек перивентрикулярных зон сохранялся до конца 10 дня жизни, а у некоторых новорожденных было диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние 1-2 степени. Хроническая гипоксия в 68% случаев способствовала замедлению роста и развития плода. Выводы: Таким образом, обобщая результаты исследований, можно заключить, что гипоксия плода и новорожденного способна тяжело нарушить последующее развитие ребенка, особенно его мозга. Длительная гипоксия обусловливает более тяжелое состояние ребенка при рождении, более выраженное патологическое изменения в головном мозге.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Умерова Н. - студентка 501 группы СамМИ

Кафедра: Общественного здоровья и общей гигиены (зав.кафедры-Ph.d. доцент З.З.Аминов)

Научный руководитель:старший преподователь Мамасолиева Ш.А.

Во всем мире более, чем одна треть детей в грудного возраста и до 5 лет не получает достаточного и правильного питания, что проявляется в задержке роста и развития, микронутриентной недостаточности. Оптимальным продуктом питания для ребенка первых месяцев жизни является материнское молоко, соответствующее особенностям его пищеварительной системы и обмена веществ, обеспечивающее адекватное развитие детского организма при рациональном питании кормящей женщины. В связи с этим с целью обеспечения гармоничного развития, снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста является организация вскармливания грудного возраста. Грудное вскармливание оказывает положительное влияние на физическое, умственное, психоэмоциональное и речевое развитие ребенка, закладывает основы здоровья малыша на многие годы вперед, поэтому очень важно начать его как можно раньше и продолжить как можно дольше. повышение уровня грудного вскармливания является одним из наиболее эффективных путей решения комплексной проблемы снижения младенческой смертности вРеспублике. Целью работы являлось на основе опрашивание и анкетирования группы матерей изучить практику вскармливания детей грудного возраста для подготовки пакет документов и разработки профилактических сестринских рекомендаций по коррекции их питания. Материал и методы: объектами исследования были выбраны матери и их дети Семейной поликлиники №5, для которых было проведено опрашивание и анкетирование, состоящее из 12 вопросов. Результаты исследования: в анкетировании приняло участие 50 матерей: 26 матерей с одним ребенком, 19 матерей с двумя детьми и 5 матери с тремя детьми, всего получилось собрать информацию о вскармливании 63 детей. Выявлены имеющиеся ошибки матерей при вскармливании детей. Первым детям поздно вводили прикорм в 5,6 месяцев (средний возраст). Большинство детей получали глютен-содержащие каши в качестве первого прикорма, тогда как прикорм на основе злаков следует начинать с безглютеновых круп. 15 из 50 матерей вводили в рацион ребенка сразу 2 вида прикорма. Сравнительный анализ практики вскармливания первых и повторных детей: средняя длительность грудного вскармливания первых детей составляет 13,5 месяцев, а повторных 13,8 месяцев; средняя длительность искусственного вскармливания составляет: первые дети – 11 месяцев, повторные дети – 7,3 месяцев; средний возраст введения прикорма первым детям – 5,6 месяцев, повторным – 5,1 месяцев.Выводы: Достижения оптимизации организации грудного вскармливания со стороны работников здравоохранения на местах посредством своих профессиональных возможностей могут действовать как источники авторитетной информации о преимуществах грудного вскармливания, выступать как инициаторы формирования атмосферы повсеместной поддержки грудного вскармливания как внутри, так и вне службы здравоохранения. На основе проведённого опрашивание и анкетирования выявлено, что довольно много матерей вводило прикорм неправильно, по видимому, по совету родственников, а не медицинских работников - 44 детей, и лишь 19 детей, чьи мамы прислушивались к советам медицинских работников. Первые дети находятся на искусственном вскармливании дольше, чем повторные. И если проанализировать сроки введения прикорма, то первым детям его вводят позже, чем повторным детям. Это влияет на длительность искусственного вскармливания. Повторные дети получили прикорм в установленные сроки и на искусственном вскармливании находились соответственно меньше, так как они уже получали больше полноценной пищи и не нуждались в дополнительном питании смесями. На основании проведенного исследования были составлены рекомендации в виде памятки по правильной организации вскармливания детей.

УТОМЛЯЕМОСТЬ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ И МЕРЫ ПО ЕЁ УСТРАНЕНИЮ

Ураков Б.Ш.- преподаватель государственной специализированной общеобразовательной школы №2 Самаркандского района

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. кафедрой: д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: ст.преп. Мамасолиева Ш.А.

Время обучения в школе совпадает с периодом роста и развития ребёнка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию различных факторов окружающей среды. На формирование здоровья школьников оказывают влияние санитарно-гигиенические условия обучения в школе. Проблема профилактики утомления учащихся на уроке актуальна для любого возраста, но в начальной школе она приобретает первостепенное значение. У детей этого возраста не сформированы контроль и саморегуляция своего состояния, что приводит к быстрому нарастанию утомления. У детей в связи с анатомо-физиологическими особенностями организма утомление развивается быстрее, нередко даже без особо активной деятельности. Неправильная организация режима дня, однообразные виды деятельности на уроке также быстро приводят к утомлению. При повышенных нагрузках на занятиях особенно во вторую смену, при посещении нескольких кружков и дополнительных занятий, утомление легко переходит у детей в фазу переутомления. Именно переутомление создает предпосылки развития острых и хронических нарушений состояния здоровья, развития нервных, психосоматических и других заболеваний. Цель работы. Изучить теоретические предпосылки и уровни утомляемости у младших школьников и обосновать меры для профилактики утомления младших школьников на основе изучения факторов, влияющих на утомляемость учащихся.Материал и методы. С целью изучения уровней утомляемости было проведено валеолого-гигиенического тестирование среди учащихся начальных классов и их родителей. Для этого выбрана диагностическая методика «Утомляемость школьников», представляющая собой теппинг-тест, который позволяет оценить показатели работоспособности учащихся. Результаты: Как показали результаты проведенного исследования, высокий уровень утомляемости является преобладающим у школьников третьего класса-(55%),средний уровень характерен для 25% респондентов, низкий уровень у 20% опрошенных ,большинство обучающихся имеет высокий уровень утомляемости, которая наблюдалась на последних уроках в течение двух контролируемых днях. Обучающиеся со средним и низким уровнем утомляемости, в целом, активны и на последних уроках. Основные факторы, оказывающие влияние на утомляемость учащихся. Как показали результаты проведенного исследования, к основным факторам, которые влияют на утомляемость, учащиеся отнесли: посещение дополнительных занятий вне учреждения образования (кружки, музыкальная школа, школа искусств, спортивная школа)-(32,4%), посещение обязательных и факультативных занятий по учебным предметам-(51,2%), большой объем домашних заданий-(16,4%). Выводы.в ходе проведенного исследования было установлено, что у школьников третьего класса преобладает высокий уровень утомляемости-(55%). К факторам влияющим на уровень утомляемости учащихся отнесли: недельную учебную нагрузку (факультативные занятия; занятия в рамках платных образовательных услуг в учреждении общего среднего образования; занятия в музыкальной школе, в учреждениях дополнительного образования) и ее распределение в течение школьной недели. Основой профилактики утомления среди школьников является гигиенически правильная рациональная организация урока, которая обеспечивается: оптимальной сменой видов деятельности, наличием эмоциональных разрядок в середине учебного дня и организацией физкультминуток на уроке при появлении у школьников признаков утомления (снижение внимания, темпа работы; общее «двигательное беспокойство»).

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ - СОВМЕСТНАЯ РАБОТА ПЕДАГОГОВ И СЕМЬИ

Урунова С.Б., студентка 205 курса факультета ВСД

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - D.Ph. Аминов З.З.)

Научный руководитель ст. преп. Исраилова С.Б.

Главными социальными структурами, определяющими уровень здоровья детей, являются семья и детские дошкольные учреждения (ДДУ). Функции, задачи и цели ДДУ и семьи различны, но для полноценного воспитания и обучения детей желательно, и даже необходимо, их тесное взаимодействие. Методом реализации совместной работы воспитателя и семьи выступает организация их совместной деятельности в воспитании, где родители не просто наблюдатели, а активные, заинтересованные участники. Взаимодействуя семья и ДДУ, должны искать новые формы и методы к физическому и оздоровительному развитию детей, несмотря на содержание всей физкультурной программы детского сада, анализируя внешние воздействия и проведя мониторинг состояния здоровья всех детей, учитывая и используя особенности молодого организма. Цель работы: Обзор основных ценностей здорового образа жизни (ЗОЖ) у детей старшего дошкольного возраста посредством взаимодействия детских дошкольных учреждений (ДДУ) с семьей. Материал и методы исследования: Анкетирование было проведено в 70 семьях. Содержание анкет включало в себя перечень вопросов, касающихся соблюдения членами здорового образа жизни, где родители отвечали на вопросы положительно или отрицательно. Результаты:Родители ответили на вопросы в следующей последовательности - прислушиваются ли к педагогам и следуют ли их рекомендациям да - 40%, нет - 60%, поддерживают ли воспитатели семейные традиции в физическом воспитании детей: да - 35%, нет - 65%. Последовательна ли систематичность работы в течение всего учебного года в детском саду и во время пребывания ребёнка в домашних условиях да - 20%, нет - 80%. Участие в разработке новых программ, направленных на оздоровление детей - да - 45%, нет - 55%. Проведение санитарно-просветительской работы с родителями, пропаганды здорового образа жизни, ознакомление с правильным режимом дня с учётом особенностей молодого организма, правильным питанием, физкультурно-оздоровительными технологиями (закаливание, профилактика плоскостопия и т. д.) да - 30%, нет - 70%. Участие семьи в физкультурных мероприятиях, организация дней здоровья: да - 35%, нет - 65%. Выводы. Педагогам ДДУ необходимо доказать родителям и показать собственным примером, что занятия физической культурой является необходимым условием для того, чтобы дети росли физически здоровыми и крепкими. Большое значение имеет приобщение семьи к спортивным мероприятиям, ведь в будущем у них вырастет здоровый, занимающийся спортом человек. Необходимо участие родителей в жизни детского сада, где большую часть времени растут и развиваются их собственные дети, важна их помощь педагогам в осуществлении воспитательно-образовательного процесса. Привлечение родителей в жизнь детского сада принесет пользу и ДДУ, и родителям. Положительный результат от взаимодействия семьи и ДДУ во многом зависит от того, насколько воспитатель знает родителей, их взаимоотношения с собственными детьми, потребности, стремления каждого. Ведь только в таком союзе «Детский сад - Родители» можно воспитать гармоничную личность ребенка.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГЕННОЙ СТРУКТУРЫ ПО СИСТЕМЕ АВО У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В УСЛОВИЯХ ПАНМИКСИИ

Уткирова М.Р., 418–группа, I-Педиатрического факультета

Научный руководитель: Файзиев А.Н.

ТошПМИ, кафедра Амбулаторной медицины, физической воспитании

Проблемы, связанные с хроническими инфекционно-воспалительными, иммунопатологическими поражениями носоглотки у детей до настоящего времени продолжают сохранять свою чрезвычайную актуальность. Данное положение имеет место несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние годы в понимании этиопатогенетических и клинических закономерностей данной патологии в детском возрасте. Цель исследования: Исследовать частоту присутствия антигенов групп крови по системе АВО у больных хроническим тонзиллитом (ХТ).Материалы и методы. Проведены клинические наблюдения и специальные обследования 92 ребенка в возрасте от 4 до 14 лет, больных ХТ .Исследование проводились на базе 6 семейной поликлинике города Ташкента. Из общего числа больных обследовано 39 мальчиков и 53 девочек. Контрольную группу составили 41 ребенок аналогичного возраста. Всем детям при поступлении проводилось исследование морфологии периферической крови и СОЭ, анализ осадки

мочи, исследовались также присутствие в крови С- реактивного белка. Идентификация больных по системе АВО, устанавливали с помощью комплекса «резус -1» МРТУ 64-1-2781-68. Результаты и обсуждение. В настоящей работе установлено,анализ относительной частоты антигенов групп крови по системе АВО у больных ХТ в условиях панмиксии. Результаты исследований, дифференцированных в зависимости от пола больных. Как следует из данных, среди обследованного контингента здоровых детей имеет место регрессия частоты групп крови от первой до четвертой и указанный феномен не дифференцирован половой генетической структурой обследуемых детей. По всей видимости, данное положение можно рассматривать, как генетическую особенность популяции жителей регионов Узбекистана. Как следует из данных исследований, заболевание ХТ, то есть состояние лимфатического типа конституции и проявлений лимфатизма характеризуется определенной особенностью. Так, в частности, среди больных детей, как мальчиков, так и девочек с наибольшей частотой присутствует группа крови 0 (I) 38,0%. Далее по частоте представлена группа А (II) 27,6% и незначительно среди больных представлены группы крови В (III) 8,5% и АВ (IV) 5,7%.В целом можно отметить, что частота встречаемости антигенов системы АВО эритроцитов у больных детей по своим закономерностям синхронна с данными группы контроля, то есть подчиняется закономерностям популяционной генетикии статистической биологической детерминированности. Однако, анализ соотношения группы крови среди здоровых и больных детей выявил обратную тенденцию – рост частоты анализируемого коэффициента от первой группы крови к четвертой. Выводы. Генетические особенности популяции детского населения региона Узбекистана характеризуется стабильно-регрессивной тенденцией снижения частоты крови от 0 (I) до АВ (IV) по системе АВО. При этом наиболее высокий заболевания ХТ реализуется у детей с группой крови 0 (I) и А (II).

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Утяшева А.А., Поликарпов Е.А., студенты 625 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – к.м.н. Поздеева О.С.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Лекомцева О.И.

Цель: Выявить уровень медицинской информированности родителей детей с патологией бронхолегочной системы в городе Нефтекамск (Российская Федерация): выявить зависимость объема знаний о заболевании ребенка в зависимости от возраста родителей, от уровня образования; выявить уровень информированности о важности вакцинации; выявить предпочитаемый источник информации о заболевании ребенка; выявить уровень информированности о медицинских препаратах для лечения детей при первых признаках заболевания; выявить наиболее популярные методы профилактики заболеваний у детей; сформулировать практические рекомендации родителям детей с патологией дыхательной системы.Материал и методы исследования: Были изучены литературные данные по теме работы. Были проведены анкетирование родителей детей с патологией дыхательной системы и статистический анализ полученных данных. Был опрошен 91 родитель.Результаты: 83,5% опрошенных – женщины, 16,5% - мужчины. Возраст родителей: от 26 до 30 лет – 49,5% опрошенных, до 25 лет – 21,3%, более 40 лет – 16,7%, с 31 до 35 лет – 12,5%, с 36 до 40 лет – 12,5%. 100% родителей с высшим образованием информированы о заболевании ребенка, 100% родителей со средним общим образованием не информированы.. Со средним специальным образованием одинаковое количество информированных и не информированных родителей. В группе до 25 лет большинство родителей недостаточно информированы о заболевании ребенка, в остальных возрастных группах большинство родителей информированы о заболевании ребенка. Ребенок вакцинирован в 60,4% случаев, невакцинирован в 39,6% случаев. 56% родителей предпочитают получать информации о заболевании ребенка у врача-педиатра, 42% у врача-педиатра и из сети-интернет, 2% родителей предпочитают использовать только интернет. 58% опрошенных лечат ребенка самостоятельно, 42% - не лечатся самостоятельно. 55% родителей предпочитают витамины в качестве профилактики заболеваний, 12% - медицинские препараты, 7% - витамины и медицинские препараты, 26% - не профилактируют заболевания.Выводы: Выявлены следующие зависимости: чем выше уровень образования, тем выше медицинская информированность родителей относительно заболеваний детей; чем больше возраст родителей, тем выше их медицинская информированность. Большинство родителей информированы о важности прививок. В качестве источника информации о заболевании ребенка родители предпочитают консультации педиатра. В качестве профилактики чаще всего используют различные витаминные комплексы.

ФУНЦИЯ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСА ИММУНОДЕЦИТА У ДЕТЕЙ

Фаттоева Р.А. – аспирант кафедры социальной гигиены ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель: Саидов А.С. – д.ф.н., профессор

Как известно, проблема состояния здоровья подрастающего поколения вызывает серьёзную тревогу и озабоченность среди учёных и работников сферы здравоохранения на современном этапе развития человеческой цивилизации. Среди угроз здоровью детей часто упоминается распространение эпидемиивируса имуннодефицита человека (ВИЧ) в разных регионах и странах мира, которое всё больше возрастает, и она, независимо от возраста социального положения и профессии, состояние здоровья, затрагивает всех людей. Среди всех возрастных групп, естественно, самыми уязвимыми оказываются дети, и по оценкам специалистов Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), на нашей планете среди 39,5 млн. людей, живущих с ВИЧ, 2,5 млн. составляют дети до 15 лет.Совершенно обосновано утверждение Детского фонда ООН, что «Пока не будет должной заботы о детях, не разрешится ни одна из насущных проблем, над которыми уже давно бьется человечество». В этом плане важную функцию выполняет семья, которая обладает огромным материальным, социальным и культурным потенциалом в предотвращении распространения ВИЧ/СПИД-а среди подрастающего поколения. К сожалению, воспитательная функция семьи в настоящее время находится в глубоком кризисе, и её приспособление к новым социально-экономическим условиям (ухудшение материальной базы, утрата веры в будущее) приводит к серьезным изменениям, отрицательно влияет на ее отношения к образованию и воспитанию детей. Безусловно, распространение ВИЧ-инфекции среди детей в семье является одним вызовов благополучного её функционирования, так как семьи, в которых имеются такие больные, в большинстве случаев испытывают финансовые трудности, и они нуждаются в психологической и социальной поддержке. Более того, пятно СПИД-а настолько сильно, что даже после смерти больных детей, по причине этой болезни, окружающие продолжают осуждать их родителей. Последствия, вызванные ВИЧ/СПИД-ом, могут создать финансовый кризис и эмоциональный стресс в пострадавших семьях, и в преодолении возникших в этой первичной ячейки общества, проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, семья, опять таки, важную роль. Семья может действовать как система солидарностей, и, в случае возникновения каких-либо проблем, в том числе со здоровьем членов семьи, сможет обеспечить поддержку, сопереживание и сочувствие. Наряду с другими аспектами воспитания, семья должна уделять особое внимание таким проблемам, как разъяснение детям о трагических последствиях наркомании, которая является одним из главных причин заражения ВИЧ/СПИД-ом, отказ от беспорядочного и незащищённого специальными средствами, полового контакта и другие.Надо признаться, что в государствах Центральной Азии, в том числе - Таджикистане и Узбекистане, также имеется немалое количество детей, инфицированных ВИЧ, хотя традиционная восточная семья, в отличии о модернизированной западной, должна была не допускать этого. Тем не менее, бурный процесс глобализации и массовая трудовая миграция населения этих стран в РФ способствуют резкому возрастанию количество больных СПИД-ом среди взрослых в семье, что и становится основной причиной её передачи детям. Правительства Таджикистана и Узбекистана в настоящее время предпринимают всевозможные меры для профилактики и нераспространения ВИЧ/СПИД-а среди населения, особенно среди детей. Подтверждением этому служат, принятие Закона Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» в 2006 году, и утверждение президентом Узбекистана Шавкатом Мирзиёевым «Программу дополнительных мер по противодействию распространения ВИЧ-инфекции на 2018-2022 годы", стоимостью около 50 миллионов долларов, в июле 2018 года являются сказанному.

ДИАГНОСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Хайдаров М.Д., Фарзонаи У. студенты 306 группы медицинского факультета ХГМУ

Саидалиев Ш. студент 204 группы педиатричекского факультета ХГМУ

Кафедра терапевтических дисциплин (зав.каф. – к.м.н. Кузибаева Н.К)

Научный руководитель, доцент, к.м.н. Кузибаева Н.К.

Цель работы: показать важность ультразвукового метода исследования (УЗИ) сердца в диагностике врожденных пороков сердца у детей раннего возраста.Материалы и методы исследования.Работа основана на анализе результатов УЗИ обследования сердца и лечения 50 больных, детей раннего возраста врожденными пороками сердца, находящихся на стационарном лечении в отделении детской кардиоревматологии НМЦ РТ. Все обследуемые дети были в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. Из них мальчиков было – 22, девочек – 28.Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что в исследуемых группах средний размер дефекта межжелудочковой перегородки равен 1,77 мм. В основной группе средний размер у мальчиков составил - 1,60 мм, у девочек - 1,64 мм. В сравниваемых группах, частота заболевания у мальчиков составила 60%, что на 10% меньше, чем у девочек (70%). Средний размер дефекта мембранной части межжелудочковой перегородки равен 2,76 мм, средний размер дефекта мышечной части составил 2,38 мм. Частота патологии мембранной части межжелудочковой перегородки составила 60,0%, мышечной части 40,0%. Так же был проведен динамический анализ состояния пациентов с данным врожденным пороком сердца. У 32 пациентов обследуемой группы, было выявлено улучшение состояния, у 8 пациентов улучшение состояния не выявлено, ухудшение имелось у 10 больных. Ухудшение состояния больных было связано с частотой заболеваемости и наличием сопутствующей патологии. У большинства больных отмечены сопутствующие состояния: рахит, гипотрофия. Температура повышалась до 38-39 0 С, резкое беспокойство, кашель, затрудненное дыхание, У 9 детей вирусная инфекция протекала по типу обструктивного бронхита с явлениями дыхательной недостаточности. 5 детей страдали двухсторонней очаговой пневмонией, у которых, как было выяснено в анамнезе, они страдали неоднократно в течении года. У трех детей отмечался гастроэнтероколит, на фоне рахита и гпоксически - ишемической энцефалопатии.Учитывая превалирование встречаемости этой патологии сердца у лиц женского пола, необходимо отметить важность проведения УЗИ- скрининга не только в подростковом возрасте, но и у новорожденных, в перспективе сделав его обязательным. Данная процедура будет более выгодной, нежели затраты на обеспечение кардиохирургических операций.Выводы. Важным и зачастую единственным неинвазивным методом диагностики врожденных пороков сердца у детей раннего возраста является ультразвуковой метод исследования. Наиболее часто локализация дефекта отмечена в мышечной и в мембранной части межжелудочковой перегородки.При выявлении характеристик дефекта межжелудочковой перегородки была выявлена значимая зависимость динамики состояния пациентов от размера дефекта, его локализации. Дефект межжелудочковой перегородки у девочек встречается достоверно чаще, нежели у мальчиков.

БЕСПЕРЕРЫВНАЯТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Халикова М. Т., студент 525- группы лечебного факультета

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав.каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель асс. Игамова С.С.

Цель работы: Обосновать систему занятий подвижными играми с целью реабилитации детей с пре- и перинатальной патологией ЦНС до 1 года.Материалы и методы исследования: В исследовании включены дети первого года жизни с последствиями пре и перинатального поражения головного мозга, группа сравнения, здоровые дети. Все дети были рождены в отделении акушерства и в дальнейшем проходили реабилитацию в отделении детской неврологии и центра социальной адаптации. Критерием включения в исследование явилось наличие последствий пре- и перинатального поражения головного мозга. У детей первого года жизни основными моментами было изучение психоневрологического развития по месяцам, клинико-неврологический осмотр, из методов исследования, доступными считалось, нейросонография (НСГ), в некоторых необходимых случаях проводилась магнитно- резонансная томография (МРТ), биоэлектрическая активность головного мозга оценивалась методом электроэнцефалографии (ЭЭГ). Результаты исследования: Критериями включения в основную группу новорожденных детей была оценка Апгар ниже 6 баллов при рождении. Очаговая симптоматика присутствовала в виде нистагма у 17 детей, бульбарные нарушения у 6 детей; нарушения мышечного тонуса: гипотония (32), гипертонус у 21 ребенка, дистония у 11 детей, гиперрефлексия у 43 детей. Изменения безусловных рефлексов практически у всех детей. Нарушение сознания в первые сутки наблюдалось у 28 новорожденных детей. Синдром угнетения ЦНС был у 14 детей. Гипертензионный синдром был у 15 новорожденных. Этиологическими факторами выше перечисленных симптомов была асфиксия, родовая травма, внутриутробная инфекция, хронические заболевания матери. Умеренно выраженные изменения преобладали у детей основной первой подгруппы – 14,9%, во второй подгруппе были больше детей с общемозговыми диффузными изменениями. Снижение порога судорожной готовности было у детей основной группы (у 4 детей), клинических судорог не было, со слов матерей несколько раз были аффективно-респираторные симптомы. Оценивая результаты психоневрологических функций у детей основной I подгруппы получавших реабилитацию по стандартной программе ниже, чем во второй подгруппе (ЦРСА), на 20%. Дети во второй подгруппе по таким параметрам, как способность к контакту, внимание, несомненно были выше по сравнению с I подгруппой, приближенно к контрольной группе. Перенесенное ППЦНС оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья детей, неврологическое и психоречевое развитие. В результате обследования, отмечено положительным лечебно – корреляционное мероприятие по системе реабилитации центра социальной адаптации, в течении года дети восстановились до нормативного уровня, это связано с тем, что получали безперерывное наблюдение, методы и упражнения по схеме.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ

Халикова М.Т., студентка 515 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель – Аджаблаева Д.Н.

Цель. Установить причины развития туберкулѐза у детей, проживающих в очагах МЛУ ТБ. Материалы и методы. Анализированы карты диспансерного наблюдения 82 детей, проживающих в очагах МЛУ ТБ Самаркандской области.Результаты и обсуждение. Клинико-рентгенологические исследования 82 детей согласно стандартам диагностики туберкулѐза у детей путѐм выслеживания контакта показало наличие инфицированности туберкулѐзом по Диаскинтесту – у 43 (52,4%), локального туберкулѐза – у 11 (13,4%) обследованных. 9,7% пациентов страдали МЛУ формой заболевания, что подтверждено лабораторно. В развитии заболевания у детей, заболевших МЛУ ТБ, ведущее значение имел факт пребывание в очаге семейного туберкулѐза (73,1%) или в очаге смерти от туберкулѐза (11,5%). Оценка роли других факторов в развитии МЛУ ТБ у детей показали, что одной из ведущих причин развития заболевания является проживание ребѐнка в очаге массивного бактериовыделения, где среди контактных детей в 2 раза чаще регистрируется туберкулѐз, чем у детей в очагах со скудным бактериовыделением. При наличии социальной дезадаптации родителей в сочетании с обильным бактериовыделением, частота диагностики локальных форм увеличивалась почти в 2,5 раза. Химиопрофилактика назначена всем 82 детям по стандартной схеме. Однако, лишь 26 (31,7%) детей получили контролируемую химиопрофилактику без перерыва. С целью оценки роли данного фактора были сравнены отдалѐнные результаты химиопрофилактики в двух группах обследуемых: в первой группе анализированы результаты превентивного лечения 23 детей, получивших полноценно АБ препараты, а во второй группе –54 ребѐнка с дефектом в приѐме АБ препаратов. Через 1 год после проведѐнной химиопрофилактики при тщательном обследовании диагностирован локальный туберкулѐз у 1 (3,6±3,7) ребѐнка из первой

группы и у 3 (5,5±3,1) детей из второй группы. Таким образом, влияние качественной и некачественной химиопрофилактики на развитие локального туберкулѐза у детей из контакта МЛУ ТБ не установлено. Выводы. В развитии МЛУ ТБ ведущее значение имел контакт со взрослым больным МЛУ ТБ (82,6%) и неудовлетворительные жилищные условия (38,5%), проживание в очаге семейного туберкулѐза (34,6%), особенно в очаге с обильным бактериовыделением (53,8%). При этом качество проведѐнной химиопрофилактики не оказывает особого влияния на развитие заболевания у контактирующих детей.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2 ТИПА

Халикова А.О. магистр «Кардиологии» 1-курс, Мусаева М.А. магистры «Кардиологии» 1-курс,

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии

Научный руководитель: г.н.с. РСНПМЦК, д.м.н. Тригулова Р.Х.

Новый препарат сакубитрил/валсартан активирующий систему НУП и одновременно блокирующий АТ II рецепторы периферических тканей создан для лечения сердечной недостаточности.Имеются данные о его клинической эффективности и безопасности применения у больных АГ, включая лиц с нарушенной функцией почек.Цель исследования – анализ антигипертензивного и нефропротективного эффекта препарата сакубитрил/валсартан у больных с ХСН и СД 2 типа. Материал и методы.В исследование были включены15 пациентов (8 мужчин, 7 женщин) с ХСН ФК II-IV класса по NYHA, ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа, средний возраст 57,4±7,6 лет. Всем пациентам определялось содержание креатинина сыворотки, СКФ, ЭхоКГ. ОИМ в анамнезе встречался у 68% пациентов, артериальная гипертония 100%, сахарный диабет 50%. Из принимаемых препаратов до начала наблюдения: бета-блокаторы-100%; и-АПФ - 84%, ситаглиптин/метформин 100/1000 мг/сут соответственно. После проведения исследования пациенты переводились на прием сакубитрил/валсартан 102,8±97,2 мг/сут. Результаты. В зависимости от уровня СКФ больные были распределены по стадиям хронической болезни почек (ХБП): 1 группа ХБП 3а ст., 2 группа ХБП 3б ст. Средние исходные значения САД/ДАД в 1 и 2 группе составляли 167,4/114,6 мм рт. ст., и 157,6/84,3 мм рт. ст. соответственно. Уровень СКФ 1 - 54,0 мл/мин/1,73 м² и 2 групп 41,0 мл/мин/1,73 м² соответственно. Через 2 месяца наблюдения значения САД/ДАД 1 группы снизились на 32,8/19,1, а во 2 группе на 20,5 и 8,3 мм рт. ст. соответственно. Величина СКФ и содержание креатинина в сыворотке крови при этом значимо не изменились в обеих группах. Заключение. У пациентов с ХСН ФК II-IV по NYHA, с ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа терапия сакубитрилом/валсартаном оказывает клинически значимый антигипертензивный эффект, не влияя на показатели СКФ.

ОЦЕНКА ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ

Ханназаров Т., Бобомуродова М., Бойалиев А., студенты 305 гр педиатрического факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней СамМИ (зав.курсом - д.м.н., доц.Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Уралов Ш.М.

Одним из частых и тяжелых проявлений острых респираторных вирусных инфекций, сопровождающихся расстройством дыхания является острый стенозирующий ларинготрахеит. Летальность среди детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом колеблется от 0,4 до 5%, а при развитии терминальной стадии стеноза гортани достигает 70%. Немаловажную роль в развитии и рецидивирующем течении острых стенозирующих ларинготрахеитов играют ряд факторов риска, включая и неблагоприятную наследственность, которые могут повлиять на формирование заболевания. Пациенты, имеющие отягощенный по аллергии семейный анамнез болеют чаще в 30-40% случаев, что также характерно для детей, болеющих респираторными инфекциями более 6 раз за год. Цель исследования - определение диагностической ценности индекса отягощенности генеалогического анамнеза у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом. Материалы и методы. Исходя из принципов биоэтики нами было обследовано 122 детей в возрасте от 6 мес до 3 лет. I-группу составили 57 детей с повторными эпизодами ОСЛТ (рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит - РСЛТ). II-группу составили 65 пациентов с первым и единственным эпизодом ОСЛТ (первичный стенозирующий ларинготрахеит - ПСЛТ).Анализ генеалогического анамнеза проводился согласно индексу отягощенности Л.Н.Мачулиной с оценкой отягощенности семейного анамнеза по атопическими заболеваниями. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием методов биостатистики. Полученные результаты. Установлено, что у детей I-группы генеалогический атопический анамнез оказался отягощенным у 45,6% детей, у детей II-группы с ПСЛТ – у 56,9% больных (P>0,05). У детей с РСЛТ несколько чаще регистрировалась отягощенность аллерголо-гического анамнеза как по материнской (32,3%), так и по отцовской (21,5%) линиям, чем у детей с ПСЛТ (24,6% (P>0,05) и 15,8% (P>0,05) соответственно). Среди обследованных II-группы несколько чаще встречались дети с отягощенным генеалогическим атопическим анамнезом, но тенденция к высшему индексу отягощенности по данной патологии оказалась у детей I группы (0,21±0,018 у.е. против 0,19±0,017 у.е., P>0,05), что связано с большим процентом ближайших родственников, болевших атопическими заболеваниями. Индекс генетической отягощенности по атопическим заболеваниям более 0,2 у.е. как тест, указывающий на возможность развития бронхиальной астмы, характеризовался чувствительностью - 42% (95% ДИ 23–62), специфичностью - 67% (95% ДИ 49–81), прогностической ценностью положительного результата - 48% (95% ДИ 27–69), прогностической ценностью отрицательного результата - 62% (95% ДИ 45–77), с отношением правдоподобия положительного результата - 1,27. Вывод. Исходя из вышеизложенного, можно прийти к заключению о том, что тенденция к высшему индексу отягощенности по атопической патологии оказалась у детей с рецидивирующим течением острого стенозирующего ларинготрахеита.

ИЗУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ханова И.М. студент 310 группы 2 педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра фармакологии (Зав.каф.- д.м.н. Аминов С.Дж.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Зияева Ш.Т.

Цель работы: Оценить клинико-иммунологическую эффективность препарата полиоксидония (азоксимера бромида) при бронхиальной астме Материалы и методы исследования:Обследовано 30 подростков и юношей, страдающих бронхиальной астмой в возрасте от 12 до 19 лет Результат исследования: Клиническое наблюдение за больными проводилив отделении аллергологии и пульмонологии Самаркандского городского медицинского объединения. У подростков с бронхиальной астмой проведено комплексное исследование клинико-лабораторных показателей, функции внешнего дыхания, параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета, в динамике лечения заболевания. Проводилось комплексное клиническое лабораторное обследование, а также исследование вентиляционной функции легких на аппарате “SPIROSIFTSP-5000” с автоматической обработкой параметров. Определение иммунофенотипа лимфоцитов проведено с помощью моноклональных антител, а параметров гуморального иммунитета уровень Ig классов A, M, G. Соответственно поставленной цели нами изучена эффективность и безопасность использования иммуномодулирующего препарата полиоксидоний в комплексе базисного лечения больных бронхиальной астмой в подростковом возрасте. Полученные нами данные по результатам комплексного лечения больных подростков с бронхиальной астмой дополнительно полиоксидония указывают на значительно более выраженные изменения со стороны иммунной системы при данной схеме терапевтического лечения. Эффект включения в комплекс полиоксидония проявляется восстановлением параметров циркулирующих в периферической крови Т-лимфоцитов до уровня нормы. В отношении субпопуляции иммунорегуляторных Т-лимфоцитов при использованном способе лечения характерным можно считать достоверное повышение относительного содержания субпопуляций CD4+,CD8+-клеток. Включение в комплексную терапию полиоксидония отражается тенденцией к повышению уровня Ig классов A, M и G.Выводы: С учетом современных иммунологических концепций, а также поиска эффективных подходов к лечению бронхиальной астмы у подростков изучена клинико-иммунологическая эффективность препарата полиоксидония. Под влиянием полиоксидония происходит стимуляция функциональной активности

фагоцитов как циркулирующих, так и резидентных. Препарат оказывает модуляторные эффекты на клеточное и гуморальное звенья иммунитета, обладает выраженными детоксицирующим и антиоксидантным свойствами.У подростков с бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение с иммуномодулирующим препаратом - полиоксидоний, отмечалась нормализация большинства параметров иммунологической реактивности, достоверно улучшились показатели пикфлоуметрии, наступление клинической ремиссии заболевания. Применение полиоксидония при бронхиальной астмы у подростков позволяет достичь более эффективно критериев контроля над клиническими симптомами заболевания (отсутствие приступов удушья, необходимости применения бронходиллататоров короткого действия, затруднения дыхания при физической нагрузке). Эффективность комплексного лечения полиоксидонием, безопасность и доступность, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать широкое использование этого метода в комплексе лечебных мероприятий бронхиальной астме у подростков.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Хантураев Ш., Мейлиева М., Махмудова М. студенты 301 гр педиатрического факультета

Курс пропедевтики детских болезней СамМИ (зав.курсом - д.м.н., доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Уралов Ш.М.

Согласно данным ВОЗ около 20% летальных исходов в мире среди детей в возрасте до 5 лет обусловлено острой инфекцией нижних дыхательных путей, причем 90% из них связано с развитием пневмонии, ассоциированной бактериальной инфекцией. Изменение микробного пейзажа, нерациональное применение антибиотиков, появление резистентных форм возбудителей привело к отсутствию эффекта от традиционной антибактериальной терапии. Золотым стандартом диагностики пневмонии является обнаружение возбудителя заболевания и определение чувствительности к антибактериальному препарату. Первичными ориентирами для эмпирической терапии могут служить бактериоскопия окрашенного по Граму мазка экспресс методом. Цель исследования. Оценить эффективность экспресс метода выявления возбудителей пневмонии окраской по Граму, с последующим назначением ориентированной эмпирической антибактериальной терапии.Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 2 мес до 5 лет, поступивших на стационарное лечение по поводу острой пневмонии. 1-ю группу составили 20 детей, которые получали стандартное лечение. Во 2-ю группу включены 28 детей, которым была проведена экспресс методика определения возбудителей с последующим назначением ориентированной эмпирической антибиотикотерапии. Бактериоскопическим материалом послужил мазок из глотки или мокрота. Результаты исследования. Методика экспресс-диагностики бактериальных возбудителей, которая в общей совокупности занимает не более 12-15 минут, позволила быстро определить наличие и соотношение в материале грамположительных бактерий, окрашенных в темно-фиолетовый цвет и грамотрицательных микроорганизмов, окрашенных в темно-красный цвет. По результатам проведенных исследований были получены достоверные данные об эффективности назначения эмпирической антибиотикотерапии, ориентированной на результатах бактериоскопического метода. Так, во 2-й группе больных симптомы интоксикации, дыхательные расстройства были купированы намного раньше, по сравнению с контрольной группой. У 100% больных 2-й группы применялась моноантибиотикотерапия, тогда как в 1-й группе, ввиду неадекватности выбранного антибиотика, в 26% случаях приходилось назначить дополнительный антибиотик.Выводы. Использование данной методики позволяет в дебюте заболевания, в ранние сроки поступления больного в стационар назначить ориентированную эмпирическую антибиотикотерапию, которая способствует более раннему купированию клинических проявлений заболевания, сокращению времени пребывания больных в стационаре, снижению затрат на лечение. Применение данной методики можно рекомендовать для включения в стандарты диагностики и лечения внебольничных пневмоний у детей раннего возраста в областных детских многопрофильных медицинских центрах и областных центрах экстренной медицинской помощи, а также в их субфилиалах.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Харисова И.И., студентка 520-группы, педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель асс. каф. Ирмухамедов Т.Б

Цель исследования: изучить клинико-психологические особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами. Материал и методы исследования: в ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25мальчиков и 11девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.Результаты исследования: ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности малыша в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание. В контрольной группе особенности эмоциональной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка, которое происходит под эмоциональным контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания негативной избирательности приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации. Выводы: Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития эмоциональной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитарности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ШИГЕЛЛЕЗОМ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н., Хасанов С.М. ГДИБ №4

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Кафедра детский инфекции (зав.каф.-проф. Таджиев Б.М.)

Актуальность: Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста. Исключая небольшой спад заболеваемости в отдельные годы, она не имеет тенденции к снижению, а в структуре младенческой смертности в Ташкенте кишечные инфекции занимают одно из первых мест.Цель исследования: Установить клинико-иммунологические механизмы, особенности изменения активности метаболических ферментов лимфоцитов при шигеллезе и сальмонеллезе у детей и определить их прогностическую значимость. Задачи исследования. 1. Изучить особенности клинической картины шигеллеза и сальмонеллеза у детей г. Красноярска в зависимости от возраста детей, этиологии, формы

тяжести, характера течения и исхода заболевания. 2. Исследовать особенности иммунологических механизмов в патогенезе шигеллеза и сальмонеллеза в зависимости от возраста больных и характера клинических проявлений. 3. Выявить зависимость изменений активности метаболических ферментов лимфоцитов крови с учетом этиологии заболевания, возраста больных и клинических вариантов болезни. 4. Определить прогностическую значимость изученных показателей, выявить среди них наиболее информативные маркеры тяжести и неблагоприятного течения заболевания.Материалы и методы: Материалом для данной работы послужили наблюдения за 60 детьми в возрасте от 1 до 4 лет, больными шигеллезом и сальмонеллезом. Возрастной состав больных был следующим: дети от 1 года до 3 лет составили 51,3%, от 4 до 7 лет - 48,7%. Отбор больных осуществлялся методом сплошного наблюдения по мере поступления в стационар. Особое внимание уделялось анамнестическим данным, отражающим особенности состояния здоровья матери, течения беременности, периоду новорожденности и первого года жизни, перенесенным заболеваниям, а также истории развития настоящего заболевания. Динамичное наблюдение за больными осуществлялось на протяжении всего периода пребывания их в стационаре. Диагноз кишечной инфекции ставился на основании комплекса клинико-лабораторных и эпидемиологических данных. Шигеллез был зарегистрирован у (76,3%), сальмонеллез - у (23,7%) больных. Критериями оценки формы тяжести заболевания являлись выраженность синдрома интоксикации, степень поражения желудочно - кишечного тракта. Среди наблюдаемых больных преобладали среднетяжелые 48,8% и тяжелые 38,8% формы кишечной инфекции. Легкая форма заболевания имела место только у 12,4% детей.Результаты исследований и их обсуждение: Этиологическая структура наблюдаемых нами больных представлена следующим образом: больные шигеллезом составили 76,3%, сальмонеллезом - 23,7%. Таким образом, изучение клинической картины дизентерии и сальмонеллеза среди госпитализированных детей двух возрастных групп показало преобладание среднетяжелых и тяжелых форм заболеваний, существенное влияние на развитие которых оказывало не только изменение этиологической структуры и региональных свойств возбудителей, но и ряд других неблагоприятных факторов, способствующих нарушению иммунологической резистентности макроорганизма. Наиболее значимыми среди них являются нарушение преморбидного фона у большинства наблюдаемых больных (69,4%), порой поздняя госпитализация (38,7%), возможность супер - и микст -инфицирования в стационаре.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Хасанова Г.М. Ташкентский городской подростковый диспансер

ТашПМИ, кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания, заведующая кафедрой д.м.н., профессор Шамансурова Э.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Агзамова Ш.А.

Ожирение у детей и подростков в настоящее время представляет собой одну из злободневных проблем здравоохранения. В формировании ожирения участвуют многие факторы: перинатальные, генетические, внешнесредовые, нейроэндокринные и пр. С целью изучения этиологических факторов, способствующих формированию ожирения у детей, обследовано 50 пациентов с избыточным весом и ожирением различной степени. В исследование включено 22 девочки и28 мальчиков в возрасте от 14 до 17 лет. Группу сравнения составили 30 детей с нормальным весом, из них 15 девочек и 15 мальчиков. Проведено изучение перинатального и семейного анамнеза, антропометрическое обследование, сделан расчет избытка массы тела, оценено физическое и половое развитие. У всех детей основной группы значение ИМТ в среднем составило 29,27±0,51 кг/м^2. Среднее значение ИМТ в группе сравнения составило 17,44±0,47 кг/м^2. При выяснении анамнеза выявлена наследственная отягощенность по ожирению и ассоциированным с ним заболеваниям: гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет 2 типа (СД). У 78,2% детей имеются близкие родственники, страдающие ожирением, при этом у 27 детей (55,44%) один из родителей имел избыточную массу тела, и в 1,7 раз чаще это были матери. У девочек наследственность по ожирению была отягощена в 79,16% случаях, у мальчиков в 77,35%. Родственников, больных ГБ, имеют 35,64% детей, а 29,70% родственников с СД 2 типа. У 27,72% детей имеются родственники, страдающие ожирением в сочетании с ГБ, у 7,9% человек родственники с ожирением, СД и ГБ. Наследственность у мальчиков чаще отягощена по материнской линии, чем по отцовской.Изучение истории раннего развития позволило установить, что у 46 детей (93,06%) имелся неблагоприятный перинатальный анамнез. В перинатальный период матери детей с ожирением чаще имели токсикоз по сравнению с группой сравнения. Стоит указать, что медицинские аборты в анамнезе имели 41,58% матерей. С помощью кесарева сечения родилось 16,83% детей, преждевременные роды наблюдались в 8,91% случаев. Анализ питания в раннем возрасте показал, что в основной группе на естественном вскармливании, которое продолжалось в среднем до 6,26±0,8 месяцев, находилось 20,7% детей. В группе сравнения грудное вскармливание до 9,81±2,00 месяцев получали 43,75% детей. Остальные дети получали искусственные заменители грудного молока. Средний возраст манифестации ожирения в группе наблюдения составил 7,77±0,61 года, но у мальчиков отмечено более раннее начало заболевания, в 7,03±0,45 лет против 8,58±0,37 года у девочек. При опросе детей и родителей об образе жизни ребенка установлено, что только 10,89% детей с ожирением посещают спортивные секции, против 50% в группе сравнения, и в основном – мальчики. Просмотр телевизионных передач и пользование компьютером занимают более 3–4 часов у 96,03% детей. Анализ питания показал, что после 22 часов плотно едят 36,6% детей, в ежедневном рационе преобладает у 70,2%, сладости и выпечка у 61,3%, макароны и пельмени у 48,5%. Выводы. Ожирение детей можно рассматривать как семейное заболевание. Особого внимания требуют дети, имеющие родственников с факторами метаболического синдрома (МС), матери которых имели осложненное угрозой невынашивания, артериальной гипертонией течение беременности и аборты в анамнезе, раннее искусственное вскармливание. Очевидно, что пациенты с ожирением демонстрируют значительную наследственную отягощенность по основным компонентам МС и достоверно чаще испытывают воздействие гиподинамии, избыточного гиперкалорийного питания, потенцирующих развитие и прогрессию ожирения.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Хасанова Х.Г., магистр первого года обучения, ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: Главный детский психиатр МЗ РУ Сулейманов Ш.Р.

Актуальность проблемы: имеющиеся в настоящее время сведения о половых различиях суицидального поведения представляются недостаточными для четкого понимания закономерностей, проявляющихся на всех уровнях функционирования индивида – биологическом, психологическом и социальном. Это свидетельствует о необходимости углубленного исследования данной проблемы для создания профилактических и реабилитационных программ, дифференцированных по половому признаку (Менделевич В.Д., 2014; Пичиков А.А. 2015; HarringtonR., 2015; WassermanD., 2016). Цель исследования: изучить гендерные различия социально-психологических факторов, влияющих на формирование суицидального поведения у подростков.Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 юношей и 30 девочек-подростков с суицидальными тенденциями в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2., находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской Клинической Психиатрической Больницы города Ташкента. Для определения социально-психологических факторов и мотивов совершения суицидальных попыток проведено анкетирование пациентов по составленной карте обследования потенциальных суицидентов.Результаты исследования и обсуждения: в ходе исследования при оценке факторов суицидальных действий у всех подростков было выявлено, что наиболее частой причиной суицидальной попытки подростки называли проблемы в отношениях с родителями (40%), на втором месте по частоте встречались интимно-личностные проблемы (20%). Реже встречались конфликты на учебе (14%), унижение (10%), неуспеваемость на учебе (6%), усталость от жизни (5,5%) и крах личных планов (4,5%). Девочками-подростками достоверно чаще ($p<0,05$), чем юношами среди причин суицидальной попытки обозначались интимно-личностные проблемы (40% девушек и 10% юношей). У юношей по сравнению с девушками достоверно чаще выявлялись причины связанные с конфликтом на учебе (35% юношей и 6% девушек). Также у юношей чаще встречалась такая причина, как крах личных планов (9,5%). При анализе суицидальных мотивов у подростков было выявлено преобладание мотивов призыва к своей личности, так называемого «крика о помощи, желания обратить на себя внимание близких» (44,9%) и протеста как патохарактерологической реакции оппозиции (34,8%). Реже встречались такие мотивы, как избегание (11,3%), самонаказание (6,7%) и отказ от жизни (2,3%). Статистически значимые различия ($p<0,05$) в

мотивах призыва и протеста имели подростки мужского и женского пола: у девочек-подростков достоверно чаще встречался мотив призыва (55,3% девушек и 33,3% юношей), а у юношей достоверно чаще встречался мотив протеста (50,0% юношей и 15,0% девушек). Вывод:таким образом, анализ сравнительных характеристик факторов аутоагрессивных действий у подростков определил, что у юношей преобладает потенциальная опасность суицидального поведении, вызванная межличностными конфликтами и проявлением реакции протеста; а у девочек-подростков суицидальные тенденции спровоцированы интимно-личностными проблемами и желанием привлечь внимание к себе, мотивами призыва.

ФУНКЦИЯ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСА ИММУНОДЕЦИТА У ДЕТЕЙ

Хатамова М.Г. – аспирант кафедры социальной гигиены ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель: Саидов А.С. – д.ф.н., профессор

Как известно, проблема состояния здоровья подрастающего поколения вызывает серьёзную тревогу и озабоченность среди учёных и работников сферы здравоохранения на современном этапе развития человеческой цивилизации. Среди угроз здоровью детей часто упоминается распространение эпидемиивируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в разных регионах и странах мира, которое всё больше возрастает, и она, независимо от возраста социального положения и профессии, состояние здоровья, затрагивает всех людей. Среди всех возрастных групп, естественно, самыми уязвимыми оказываются дети, и по оценкам специалистов Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), на нашей планете среди 39,5 млн. людей, живущих с ВИЧ, 2,5 млн. составляют дети до 15 лет.Совершенно обосновано утверждение Детского фонда ООН, что «Пока не будет должной заботы о детях, не разрешится ни одна из насущных проблем, над которыми уже давно бьется человечество». В этом плане важную функцию выполняет семья, которая обладает огромным материальным, социальным и культурным потенциалом в предотвращении распространения ВИЧ/СПИД-а среди подрастающего поколения. К сожалению, воспитательная функция семьи в настоящее время находится в глубоком кризисе, и её приспособление к новым социально-экономическим условиям (ухудшение материальной базы, утрата веры в будущее) приводит к серьезным изменениям, отрицательно влияет на ее отношения к образованию и воспитанию детей.Безусловно, распространение ВИЧ-инфекции среди детей в семье является одним вызовов благополучного её функционирования, так как семьи, в которых имеются такие больные, в большинстве случаев испытывают финансовые трудности, и они нуждаются в психологической и социальной поддержке. Более того, пятно СПИД-а настолько сильно, что даже после смерти больных детей, по причине этой болезни, окружающие продолжают осуждать их родителей. Последствия, вызванные ВИЧ/СПИД-ом, могут создать финансовый кризис и эмоциональный стресс в пострадавших семьях, и в преодолении возникших в этой первичной ячейки общества, проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, семья, опять таки, важную роль. Семья может действовать как система солидарностей, и, в случае возникновения каких-либо проблем, в том числе со здоровьем членов семьи, сможет обеспечить поддержку, сопереживание и сочувствие. Наряду с другими аспектами воспитания, семья должна уделять особое внимание таким проблемам, как разъяснение детям о трагических последствиях наркомании, которая является одним из главных причин заражения ВИЧ/СПИД-ом, отказ от беспорядочного и незащищённого специальными средствами, полового контакта и другие.Надо признаться, что в государствах Центральной Азии, в том числе - Таджикистане и Узбекистане, также имеется немалое количество детей, инфицированных ВИЧ, хотя традиционная восточная семья, в отличии о модернизированной западной, должна была не допускать этого. Тем не менее, бурный процесс глобализации и массовая трудовая миграция населения этих стран в РФ способствуют резкому возрастанию количество больных СПИД-ом среди взрослых в семье, что и становится основной причиной её передачи детям. Правительства Таджикистана и Узбекистана в настоящее время предпринимают всевозможные меры для профилактики и нераспространения ВИЧ/СПИД-а среди населения, особенно среди детей. Подтверждением этому служат, принятие Закона Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» в 2006 году, и утверждение президентом Узбекистана Шавкатом Мирзиёевым «Программу дополнительных мер по противодействию распространения ВИЧ-инфекции на 2018-2022 годы", стоимостью около 50 миллионов долларов, в июле 2018 года являются сказанному.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ КРОВИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ходзинская Ю.Ю., Оныскив В.Н.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г.Черновцы

Научный руководитель: доц., к.мед.н., Тарнавская С.И.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении бронхиальной астмы (БА), следует признать, что с помощью стандартной противовоспалительной терапии не всегда удается удержать контроль над заболеванием, что связано с фенотипической неоднородностью БА у детей.Цель исследования. Для улучшения результатов лечения БА у детей, изучить диагностическую ценность воспалительных паттернов крови и показатели риска неблагоприятного течения заболевания.Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 120 детей, больных БА. В зависимости от содержания гранулоцитов крови сформированы 4 клинические группы. I группу составили 34 ребенка, страдающих БА с гипогранулоцитарным паттерном воспаления (содержание эозинофилов крови <250 клеток/мм ^{3} и нейтрофилов <5000 клеток/мм ^{3}), во II группу вошли 60 детей, больных БА с преимущественно эозинофильным паттерном воспаление крови (содержание эозинофилов крови ≥ 250 клеток/мм ^{3}), III группа - 14 детей с нейтрофильным паттерном крови (содержание нейтрофилов крови ≥ 5000 клеток/мм^3), IV группу составили 12 больных с гипергранулоцитарным паттерном воспалительного ответа (содержание эозинофилов крови ≥ 250 клеток/мм^3 и нейтрофилов ≥ 5000 клеток/мм^3). По основным клиническим характеристикам группы наблюдения были сопоставимы.Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований нами было установлено, что при наличии гипергранулоцитарного фенотипа воспаления у детей в сопоставлении с эозинофильной астмой показатели риска регистрации тяжелого течения заболевания составили: относительный риск (ОР) - 1,9 (95% ДИ: 1,3-2,8) при соотношении шансов (СШ) - 4,8 (95% ДИ: 2,6-8,8). Неконтролируемое течение заболевания у представителей IV группы характеризовалось высокими показатели риска применения быстродействующих β2-агонистов более 4 доз/день: ОР - 3,7 (95% ДИ: 2,9-4,7) при СШ - 5,4 (95% ДИ: 2,5-11,6); а также подтверждалось повышенной потребностью в стационарном лечении (более 3 раза / год): ВР - 2,1 (95% ДИ: 1,5-2,8) при СШ - 3,9 (95% ДИ: 2,1-7,0).Выводы. Гипергранулоцитарный воспалительный паттерн крови у детей, больных бронхиальной астмой ассоциировал с высокими показателями риска развития неконтролируемого варианта заболевания.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА: ВЛИЯНИЕПИТАНИЯ В РАННИЙ ПЕРИОД ДЕТСТВА

Холмурадова З.Э., Тураева Д.Х., Шамсиева Л.А. студентка 413 группы педиатрического факультета

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамМИ (зав. каф. доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доцент Гарифулина Л.М.

Актуальность исследования.Современные научные исследования раннего программирования метаболизма лишнего веса и связанных с ним метаболическими нарушениями сосредоточены на исследовании течения беременности и родов, здоровье матери, веса при рождении, усиленного роста и характера вскармливания в первые 2 года жизни ребенка, избыточном белковом питании т. д. Считается что здоровье ребенка программируется именно в первые 1000 дней жизни ребенка (теория раннего программирования метаболизма). В связи с этим целью нашей работы явилось: изучение характера питания у больных детей и подростков с ожирением соответственно теориям раннего программирования. Материалы и методы: обследовано 50 детей и подростков с ожирением и АГ, в возрасте от 10 до 18 лет. Проведено комплексное клинико-лабораторное исследование с

применением специального опросника. Контроль составили 40 здоровых детей и подростков аналогичного возраста.Результаты исследования: Так по нашим данным, в группе с ожирением на исключительно грудном вскармливании до 6 месяцев находилось 36,3% детей, а 61,6% – на смешанном и искусственном. В контрольной группе естественное вскармливание до 6 месяцев получали 75% детей и 25% – смешанное и искусственное. При этом дети с ожирением, находящиеся на искусственном или естественном вскармливании получали адаптированные смеси до 3 месяцев в 29,4% случаев, до 6 месяцев в 23,5%, после чего почти полностью переходили на каши, приготовленные на разведенном или цельном коровьем молоке (чаще манная, рисовая каша и т.д.). Средний возраст начала получения коровьего молока и молочных каш в виде прикорма и основного источника пищи составила в данной группе 3,7±0,2 месяца, при возрасте 7,2±0,3месяца в контроле.В амбулаторной документации обследованных детей и по расспросу родителей указания на использование кефира в питании присутствовали нередко, и зачастую именно в первом полугодии жизни. Молоко, молочные продукты в том числе и кефир являются источником избыточного потребления белка в детском организме, это является важным фактором в развитии ожирения у детей. Следует обратить особое внимание на то, что 36,5% респондентов группы детей с ожирением в качестве первого прикорма использовали кефир или йогурт. Средний возраст получения кефира или йогурта составил 4,2±0,1 месяц, тогда как в контрольной группе кефир назначался в среднем в возрасте 6,8±0,2 месяца. Также наблюдались случаи частого перекусов детей в виде печенья, хлеба и дачи сладкого чая у 48,0% детей до 1 года. При расчете показателя риска (RR) у детей сравниваемых групп с позиции перинатального метаболического программирования, было выявлено, что малая продолжительность грудного вскармливания и избыточное белковое питание значительно влияют на дальнейшее развитие ожирения у детей. Так показатель RR составил 2,889 и 1,875 соответственно (P<0,05 и P<0,05).Выводы: таким образом, дети с ожирением находящиеся на смешанном или искусственном вскармливании получали питание основанное на коровьем молоке (кефир, молочные каши), и тем самым получали избыточное количество белка, подтверждая теорию влияния употребления избыточного количества белка в ранний период жизни, на развитие ожирения в дельнейшем, что было подтверждено высокими показателя риска.

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХДЕТЕЙ, С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Худайбердиева И.Т. 615- группа 2-го -Педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания

Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор Шамансурова Э.А.

Научный руководитель: ассистент Н.Х. Исаханова

Актуальность. Первоочередной задачей в реабилитации часто болеющих детей является направленность терапии на снижение интенсивности антигенного воздействия (санацию очагов хронической инфекции, восстановление целостности эпителиального покрова респираторного тракта) и повышение резистентности макроорганизма с целью повышения эффективности иммунных факторов защиты. Цель исследования: изучение эффективности иммуннокоррекции в сравнительном аспекте. Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование по изучению эффективности лечения часто болеющих детей в возрасте от3 до 7 лет с патологией околоносовых пазух рациональной терапией, включающей Рибомунил + аевит с комплексной терапией. Группу сравнения составили 20 детей, имеющих эпизоды обострения менее 2 раз в год, т.е. группа редко болеющих детей. Контрольная группа представлена 20 практически здоровыми детьми аналогичного возраста. Были изучены цитокины IL-1β, IL-4, TNF-α в смывах носа до начало терапии через 7, 15 и 30 дней после терапии. Результаты исследования. Как показывают результаты исследования через 7 дней после проведенной терапии достоверно значимых сдвигов изучаемых параметров не произошло ни в группе с традиционной терапией, ни в группе с применением иммунокоррекции, что, возможно, свидетельствует о сохранении дисбаланса иммунной системы и/или недостаточном времени воздействия лечебных мероприятий. Через 15 дней от начала лечения мы наблюдали достоверные результаты в группе часто болеющих детей, получавших комплексную терапию Рибомунил + аевит по всем трем изучаемым параметрам в сравнении с данными этой группы до проведения терапии, P<0,05 – 0,001. Выявлена также достоверное снижение уровня TNF-α в этой группе больных по сравнению с группой ЧБД, получивших только традиционную терапию, P»0,001.Через 30 дней динамика показателей была аналогичной в группе ЧБД с комплексной терапией Рибомунил + аевит произошло достижение контрольных значений уровня TNF-α, 74 причем достоверность отмечена как в отношении значений до лечения, так и в отношении применения только традиционного метода лечения. Динамика секреции IL-1β в результате проведенного лечения у редко болеющих детей практически не изменена на протяжении всего периода лечения, что связано с отсутствием грубых нарушений в иммунной системе до лечения. У ЧБД IL-1β на фоне комплексного лечения снижение выражено через 30 дней от момента начала лечения – для сравнения: через 7 дней показатель составил 20,5 ± 1,1 пкг/мл, через 15 дней - 17,2 ± 1,3 пкг/мл, P<0,05, через 30 дней - 16,0 ± 0,5 пкг/мл, P<0,001 в сравнении со значениями до лечения - 22,9 ± 1,6 пкг/мл. Вывод. Результаты проведенных нами исследований показали, что применение Рибомунила в комплексной терапии часто болеющих детей с патологией околоносовых пазух, обладающего иммунокорригирующей активностью, индуцирует структурные изменения в состоянии иммунной системы и тем самым приводит к уменьшению частоты заболеваемости; снижению числа детей, относящихся к группе часто и длительно болеющих; снижению длительности и облегчению тяжести заболевания, практически отсутствие побочных эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МАГНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ

Хужанов Н., студент 302 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав.курсом – д.м.н., доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – асс. Облокулов Х.М.

Общеизвестно, что физиологическое значение магния для человека многогранно и как кофактор его катионы входят в структуру более 300 ферментов. Наиболее важно участие ионов магния в биоэнергетических процессах: медь является компонентом многих витаминов, входит в состав гормонов, формирует активные центры ферментов, участвует в образовании дыхательных молекул, в том числе тканевого дыхания, регулирует процессы обмена веществ и т.д. Цель работы. Изучить содержание магния при острой пневмонии у детей на фоне хронических расстройств питания. Материал и методы. На базе пульмонологического отделения областной многопрофильного детского медицинского центра (ОМДМЦ) уровень магния в сыворотке крови обследован у 36 больных с тяжелой пневмонией, протекающей на фоне хронических расстройств питания, методом набор - производство Германии (E-Нитап). Magnesium liquicolor Фотокалорометрический тест Magnestima с Lipid Clearing Factor (LCF). Контрольную группу составили 24 здоровых детей грудного возраста (от 6 мес.- до 2-х лет). Результаты. У здоровых детей уровень магния в сыворотке крови колебался в пределах 0,90±0,13 ммоль/л, что соответствовала норме. Больным детям, у которых тяжелая пневмония на фоне хронических расстройств питания осложнилась кардио-респираторным синдромом (n=24 детей - 66,6%) выявлено уменьшение концентрации магния в сыворотке крови до 0,83 ммоль/л, при пневмонии с дыхательной недостаточностью (n=10 детей - 27,8%), также выявлено уменьшение уровня магния, но ее количество было статистически не достоверным. У 2-х больных (5,6%) с судорожным синдромом отмечалось значительное уменьшение магния в сыворотке крови - до 0,78 ммоль/л. Выводы. Исследования содержание магния в сыворотке крови указывает на то, что при тяжелой острой пневмонии на фоне хронических расстройств питания у детей раннего возраста в зависимости от клинических синдромов осложнения, изменяется уровень магния в сыворотке крови. Значительная гипомагнемия наблюдалась при кардио-респираторном, судорожном синдроме и дыхательной недостаточности, которые нужно учитывать при терапии данного заболевания.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хузина Л.Ф., Назмиева А.Ш., 305 и 312 группы 3 курса лечебного факультета,

Духтанов И.В. ассист. кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав.каф. – профессор, д.м.н. Попова Н.М.),

кафедра гигиены (зав.каф. – профессор, д.м.н. Чураков А.Н.)

Научные руководители профессор, д.м.н. Попова Н.М., профессор, д.м.н. Павлова Г.В.

Цель работы: выявить частоту встречаемости йоддефицитных состояний (ЙДС) у детей школьного возраста и определить группу риска по ЙДС с помощью прогностической таблицы, включающая тесты, цветовую диагностику, активность буккального эпителия (БЭ).Материалы и методы исследования: объект наблюдения – дети школьного возраста с 7 до 12 лет. Общий объем наблюдений составил 201 ребенок, проанализированы результаты 101 из них. Для характеристики психологического статуса и умственной работоспособности были использованы восьмицветовой тест Люшера, в котором выделяют 2 спектра цветов: веселый (желтый, красный, зеленый) и грустный (синий, фиолетовый, серый), и корректурная таблица Анфимова в модификации С.М.Громбаха. Общекинетическую активность БЭ определяли под воздействием переменного электрического поля и с добавлением «Йодинола». Для распределения детей по группам использовали методику, разработанную Хлебниковой Л.Н., которая представляет собой скрининговую таблицу с данными о здоровье и диагностическим коэффициентом (ДК), который является суммарным показателем здоровья. Полученные данные обрабатывались параметрическими методами статистического анализа. Для определения разностного критерия Стьюдента вычисляли: средне-арифметическую разность, стандартное отклонение разности, стандартную ошибку разности средних, t-достоверность, p-уровень значимости (вероятность ошибки); при $t<2$ ($p>0,05$) – различия статистически не значимы; при $t>2$ ($p<0,05$) – различия статистически значимы, при $t>2,6$ ($p<0.01$), при $t>3,3$ ($p<0,001$). Результаты: на основе прогностической таблицы по сумме ДК из 101 обследованных детей, 11,9% (12 детей) - вошли в группу риска (ГР), 79,2% (80 детей) – в группу, тяготеющую к риску (ГТР), 8,9% (9 детей) - в группу здоровых детей. Дети с ЙДС имели более низкие показатели физического развития – 66,7%, по сравнению со здоровыми детьми – 83,3%. Гармонично развиты 50,0% (6 детей) ГР и 88,9% (8 детей) в группе здоровых детей. Дисгармоничное и резко дисгармоничное развитие в ГР и группе здоровых детей – соответственно 50,0% (6 детей) и 11,1% (1 ребенок) ($p<0,05$). В ГР и ГТР детей, имеющих хронические заболевания, было больше чем в группе здоровых – соответственно 50,0% (46 детей) и 22,2% (2 детей). В ГР и ГТР – 3,3% (3 детей) детей с миопией, в группе здоровых – детей с миопией составило 0%. В группе ГР и ГТР детей с плоскостопием было достоверно больше, чем в группе здоровых – соответственно 22,8% и 0% ($p<0,001$). Среднее количество ошибок на синем фоне у детей ГР – 7,6, у здоровых – 7,1, у ТГР – 5; на белом фоне соответственно – 10,8; 11,5 и 5,7. По тесту Люшера были получены следующие данные: дети ГР 100% (12 чел.) выбрали цвета грустного спектр; в группе здоровых детей – 11,1% (1 чел.) выбрали грустного, 88,9% (8 чел.) веселого спектра ($p<0,001$), в ТГР – 61% (49 чел.) выбрали веселого, 39% (31 чел.) грустного спектра ($p<0,05$). У детей с ЙДС, в отличие от здоровых, размеры клеток БЭ были больше по диаметру, отмечалась сниженная активность БЭ на воздействие переменного электрического поля и более значимая реакция клеток БЭ на «Йодинол». Поступление в клетку йода и повышение электрического потенциала структур клетки можно рассматривать как основополагающую причину увеличения общей кинетической активности БЭ. Выводы: таким образом, больше половины протестированных нами детей вошли в группу, тяготеющую к риску, что говорит о высокой распространенности ЙДС. Данные диагностические приемы, включающие тесты, цветовую диагностику, активность БЭ, можно использовать при профосмотрах детей школьного возраста для ранней диагностики ЙДС.

ОБ ИЗУЧЕНИИ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К ЗДОРОВЬЮ РЕБЕНКА, КАК ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Хусаинов Э., Худойкулова З., Сафарова С., студенты 305 гр педиатрического факультета Самаркандского медицинского института

Курс пропедевтики детских болезней СамМИ (зав.курсом - д.м.н., доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Уралов Ш.М.

Уровень медицинской грамотности населения, в особенности информированность матерей о собственном здоровье и о причинах развития заболеваний у детей, о здоровом образе жизни, рациональном питании, современных методах диагностики, принципов лечения и профилактики основных заболеваний у детей во многом диктуют об уровне заболеваемости в отдельно взятом регионе. Лояльность матерей в этих жизненно-важных вопросах диктует необходимость повышения уровня медицинской грамотности среди матерей, проведения эффективной санитарно-просветительской работы, активной пропаганды здорового образа жизни и среди населения в целом.Цель работы: Выяснение отношения матерей к здоровью своих детей. Материалы и методы: Нами проведено анкетирование 100 матерей больных детей, из числа госпитализированных в Самаркандском областном детском многопрофильном медицинском центре, по заранее подготовленным на кафедре вопросам, которые характеризовали их осведомленность в вопросах собственного здоровья и здоровья детей, об их практических знаниях по физиологии и патологических состояниях детского возраста, об уровне знаний принципов современной диагностики и лечения основных заболеваний и угрожающих состояний среди детей.Результаты. Поводом для обращения в стационар явились сочетания нескольких серьезных клинических симптомов, среди которых чаще всего фигурировали повышение температуры тела, судорожный синдром, дыхательная недостаточность, кашель, рвота и диарея. Несмотря на то, что у 58 детей были выявлены явные нарушения в росто-весовых показателях, отставание в нервно-психическом развитии, расстройства питания, анемия и рахит, мамы не включили в свои жалобы изменения в состоянии собственного ребенка, связанные с этими заболеваниями.На вопрос «Считаете ли Вы себя здоровой?» 83% матерей ответили, что они считают себя здоровыми, 17% - предъявили жалобы, связанные с различными соматическими хроническими заболеваниями. Среди матерей, считавших себя здоровыми, у 42 была выявлена анемия различной степени, патология щитовидной железы, хроническая гастодуоденальная патология, различные заболевания зубов.На вопрос «Какие факторы оказывают наибольшее влияние на здоровье Вашего ребенка?» почти все (95%) ответили, что связывают заболевание своего ребенка с метеофакторами (суточными перепадами температуры окружающей среды, переохлаждением, перегреванием и др.). В процессе изучения анкет нами выявлено, что в разгар заболевания, большинство матерей, из числа проживающих в отдаленных районах сельской местности, поздно обращаются за медицинской помощью, занимаются самолечением, используют средства и методы народной медицины, так как на вопрос «На какой день заболевания Вы обратились за медицинской помощью?», 78% матерей ответили на 3-4 сутки, а до этого времени посещали знахарей и лечили детей самостоятельно. Выводы. Результаты анкетирования показали, что матери в недостаточной степени информированы о здоровом образе жизни, о причинах развития заболеваний, современных методах диагностики, принципов лечения и профилактики основных заболеваний и патологических состояний не только у себя, но и у своих детей. Все это диктует необходимость повышения эффективности проводимой санитарно-просветительской работы среди матерей и медицинской грамотности населения, а также активной пропаганды здорового образа жизни, для снижения уровня заболеваемости детей и населения в целом.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Хусенова Ф.А., студентка 609 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра 2-педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. – доцент, Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: Ст. преподаватель Маматкулова Ф.Х.

Цель работы Изучить патогенетические механизмы развития и разработать ранней способ диагностики вторичной остеопатии у детей, больных с хроническим бронхитом (ХБ).Материалы и методыисследования:Под нашим наблюдением находились 55 больных с хроническим бронхитом (ХБ) в возрасте от 10 до 6 лет. Биохимическое исследование включало определение содержание Ca^{+}, фосфора и общей щелочной фосфатазы (ОЩФ)

в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов фирмы «Human» (Германия). Определение уровня FNO–α, IL-1b, IL-6 в сыворотки крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для ИФА «ИФА - FNO – α, IL -1 β, IL-6» («Вектор-Бест», Россия, 2009). Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) измеряли методом остеоденситометрии пяточной кости на аппарате «SONOST 3000», оснащенного детской программой (Южная Корея). Критерием остеопении считали снижение МПКТ от –1 до –2,5 SD по Z-критерию, а снижение SD более –2,5 расценивали как остеопороз.Результаты и их обсуждение. Снижение минеральной плотности костной ткани диагностировано у 41(74,5%). Остеопения выявлена у 24(23,1%) детей, у 17 (16,4%) остеопороз. У больных, у которых выявлялся остеопороз, отмечались тяжелое течение основного заболевания, раннее начало клинических проявлений, частые обострения хронического бронхита, стойкая гипоксемия с выраженными нарушениями проходимости бронхов.Результаты исследований минерального обмена показали, что содержание кальция в группе здоровых детей составило 2,5±0,03 ммоль/л. Уровень неорганического фосфора у здоровых детей составлял 1,25± 0,02 ммоль/л. При рассмотрении показателей уровня Са и неорганического фосфора у больных с хроническим бронхитом обнаружено снижение во всех возрастных группах. При дифференциальном анализе выявлено недостоверное снижение Са и Р в возрасте 11-12 лет (Р> 0,1) по сравнению с другими возрастами (р<0,001).Выявленное в процессе обследования содержание в сыворотке крови больных провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α значительно превышало их уровни у здоровых детей. Отчетливо выделялось увеличение концентрации ИЛ-1β - 229,6±5,4 пг/м, который в 10,5 раз был выше контрольного значения 21,5±2,2 пг/мл. ИЛ-6 был 4-4,3 раз выше уровня контроля 119,6±6,2 пг/мл. Также статистически значимо это касалось уровня ФНО-α. Этот цитокин в 4,3 раз был выше уровня контроля 120,1±4,6 пг/мл (р< 0,001). Проведенное в нашей работе исследование показывает, что к нарушению процессов ремоделирования костной ткани при ХБ может привести преждевременной апоптотической гибели остеобластов, стимуляторами которой, по видимому, являются ИЛ-1β и TNF-α.Вывод: Таким образом, патогенез нарушений роста при хронических заболеваниях легких у детей является комплексным. Выявленные закономерности снижение минерализации костной ткани, повышенный уровень провоспалительных цитокинов и тканевая гипоксия у детей с ХБ определяют необходимость разработки целенаправленных программ вторичной профилактики.

ИЗУЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Цой К.Л., Эгамбердиева М.Э., студентки 6 курса пед. факультета

Кафедра общей практики/семейной медицины (зав. каф. – доц. Хусинова Ш.А.)

Научный руководитель: Рахимова Х.М.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники железодефицитной анемии (ЖДА) у детей раннего возраста. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 140 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 54, от 1 года до 2-х лет - 41, от 2 до 3 лет - 45 детей. Диагноз ЖДА устанавливали на основании на основание клинических и лабораторных данных.При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 90 ребенка (60%), со средней тяжестью - 49 детей (32,7%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 11 ребенка (7,3,3%). Результаты и обсуждение. Среди симптомов наиболее часто отмечали отсутствие аппетита – у 115 (76%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела – у 98 (65%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых выявлена почти у всех больных - 135 детей (90%), также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 78 (52%). Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 115 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 49 детей в возрасте до 1 года (32%). Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Чубаков М.А., БУЗ УР «РОКБ МЗ УР» г.Ижевск, врач-офтальмолог детского офтальмологического отделения

Кафедра офтальмологии Ижевской государственной медицинской академии, зав. кафедрой доцент Корепанов А.В.,

Актуальность. Дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении являются группой риска развития ретинопатии недоношенных (РН)- одной из ведущих причин слепоты и слабовидения с детства.Цель исследования Анализ результатов работы по диагностике РН и лечению ее пороговых стадий, оценка эффективности организационной модели оказания специализированной помощи детям, входящим в группу риска по РН в Удмуртской Республике (УР) за 5 лет.Материалы и методыВ 2012 году 10,8% выявленных случаев РН в УР заканчивались отслойкой сетчатки.С 2013 года в УР организована система скрининга недоношенных детей группы риска и РН, а также лечение пороговых стадий РН.Скрининг, наблюдение и лечение РН проводится в УР на основании приказа МЗ РФ №442 н от 25 октября 2012 года в отделениях патологии новорожденных трех ЛПУ, в кабинетах катамнеза по достижении детьми возраста 1 года. Далее, дети, наблюдаются офтальмологами ЛПУ по месту медицинского обслуживания.Результаты и обсуждениеЗа период 2013-2017 гг. в УР родилось 104873 ребенка, из них недоношенными 6504 ребенка (6,2%).Детей с ЭНМТ за тот же период родилось 398, из них выживших 235 детей (59%).Имеется тенденция к увеличению относительного числа выживших детей с ЭНМТ от 22,9% в 2013 году до 78,3% в 2017 г. Также наблюдается сдвиг относительного количества в сторону РН I стадии от 48,01% в 2013 году к 57,6% в 2017 году, уменьшение количества случаев достижения пороговых стадий с 32,5% в 2013 до 13,5% случаев от выявленной РН. Число проводимых процедур ЛКС уменьшилось со 120 в 2013 году до 33 в 2017 гг. Эффективность лазерного лечения составляет за период 2013-2017 гг.в среднем 87,2%. Развитие РН до IV и V стадии активной фазы составило от 2,9% в 2013 году до 2,5% в 2017 году.Дети, нуждающиеся в проведении витреоретинальных вмешательств направлены на оказание данного вида помощи в федеральные центры.Выводыорганизация помощи детям с РН в УР является системной, предусматривающей единые требования к диагностике, лечению; этапной, позволяющей сохранять преемственность наблюдения за данной категорией детей.Предпринимаемые меры позволяют уменьшать и предотвращать инвалидизацию детей с РН.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Шамсиева Л.А. студентка 413 группы педиатрического факультета, Саттаров А.Ш. студент 421,

Насырова Д.А. студентка 306 группы медико-профилактического факультета СамМИ.

Кафедра Педиатрии лечебного факультета(зав. каф. – доц. Гарифулина Л.М.)

Научный руководитель: доц. Гарифулина Л.М.

Цель работы: изучить особенности физического развития и характер питания у детей с избыточной массой тела и ожирением в различные возрастные периоды. Материал и методы: проведено обследование 48 детей с избыточной массой тела и ожирением. Все дети на основании определения индекса массы тела (ИМТ, кг/м²) с последующей оценкой по центильным таблицам в соответствии с полом и возрастом были распределены на 2 группы. I группа 28 детей с избытком массы, средний возраст детей 12,13±0,34 лет. II группа 20 детей с ожирением I-II степени, средний возраст 13,14±0,26 лет, ИМТ - 32,32±1,14. Группу сравнения составили 20 детей, сопоставимых по возрасту и полу с нормальным показателем ИМТ - 18,4±0,98. У всех детей проводилось изучение анамнестических сведений на основании оригинальной разработанной анкеты, заполнявшейся родителями в присутствии врача. Оценка особенностей физического развития детей проводилась ретроспективно на основании изучения амбулаторных карт детей (Ф 112/у) в различные возрастные периоды. Результаты исследования: Физическое развитие исследуемых групп детей в различные периоды жизни характеризовалось следующими особенностями: вес при рождении у детей. I группы и группы сравнения практически не различался — 3185±321,3 г и

3289±363,1 г соответственно, тогда как во II группе у 20% детей отмечался низкий вес при рождении — 2130±314,18 г, а у остальных новорожденных был существенно выше (4529±329,3 г) по сравнению с детьми других исследуемых групп. При оценке физического развития в первые два года жизни выявлено, что в группе детей с ожирением в 20% случаев имел место дефицит массы тела I степени (7,1% в 1 группе). При оценке физического развития детей на первом году жизни выявлена существенная разница темпов прибавки массы тела у детей исследуемых групп в возрасте 4-6 мес. (время введения прикормов и коровьего молока) и 8-10 мес., что можно связать с введением новых продуктов питания и разнообразием рациона. В первые два года жизни число детей с избыточным весом в исследуемых группах было незначительным и встречалось с одинаковой частотой — 10,7% и 10%. В последующие возрастные периоды для детей с ожирением характерна более быстрая и ранняя прибавка массы тела (в среднем на 3 года раньше) — в 6,8±1,18 года, тогда как у детей с избыточной массой тела — в возрасте 9,74±1,43 лет (p<0,0001). Темпы роста у детей с избытком массы тела и ожирением существенно не отличались и соответствовали средним показателям (25-75% центильный интервал). Были выявлены следующие особенности, касающиеся продолжительности грудного вскармливания и времени введения коровьего молока у детей с метаболическими нарушениями. Дети исследуемых групп были приложены к груди позднее, чем дети группы сравнения в среднем 1 сутки, что положительно коррелировало с осложненным течением интранатального периода (r=0,603, p<0,05). К другим характерным особенностям можно отнести раннее начало искусственного вскармливания — с 4 мес. у детей с ожирением и с 6 мес. у детей с избытком массы тела, введение в рацион питания коровьего молока. Нами выявлена положительная корреляционная связь между небольшой продолжительностью грудного вскармливания и развитием ожирения (r=0,64, p<0,05). Выводы: на первом году жизни: в группе детей с ожирением, в отличие от детей с избытком массы тела и группой сравнения, чаще выявлялись как низкая масса тела при рождении, так и повышенная масса тела - более 4 кг не менее чем у половины детей, на 1 году жизни у них отмечались более быстрые прибавки в массе тела на сроках 4-6 и 8-10 месяцев

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамуратов М.Г., студент группы 421В педиатрического факультета УФ ТМА

Кафедра детской хирургии, анестезиологии реаниматологии (зав.каф.- д.м.н. Сапаев О.К.)

Научный руководитель асс. Юсупова З.К.

Синдром Лайелла (острый или токсический эпидермальный некролиз) - тяжелое полиэтиологическое заболевание аллергической природы, характеризующееся острым нарушением общего состояния пациента, буллезным поражением всего кожного покрова и слизистых. Быстрое развитие обезвоживания, токсическое поражение почек и других внутренних органов, присоединение инфекционного процесса часто приводят к летальному исходу заболевания. Наиболее частой, но не единственной, причиной синдрома Лайелла является применение лекарственных средств. Продромальный период длится от нескольких часов до 2 - 3 дней и проявляется общими симптомами интоксикации. Критический период является наиболее ярким и специфическим: выражены кожные поражения, характерно отслоение эпидермиса с положительным симптомом Никольского. Особенностями синдрома Лайелла, отличающими его от других токсикодермий, является стремительное прогрессирование, отсутствие наследственной отягощенности и отсутствие в катамнезе повторных эпизодов. Ребенок А. от 3 беременности, 1 срочных родов. Вскармливание с первых дней жизни - искусственное «НАН». Введение первого прикорма с 4 месяцев – овощное пюре, фруктовое пюре: яблоко, груша. Аллергологический анамнез – без особенностей. 08.01.17 ввели в рацион около ½ чайной ложки фруктового пюре. 09.01.17. Кожа ребенка с покраснениями в области от носа до подбородка, на щеках и носу сухие, кровяные следы от расчесов. На спине небольшая мелкоточечная сыпь, бледная. На животе, сбоку – шелушение (как будто облезает кожа). 10.01.17. Высыпаний стало больше. В области губ, рта кожа шершавая, потрескалась. В 20:00 вызвали СМП и с катастрофическим ухудшением доставлены в ОДММЦ.При поступлении: состояние тяжелое, по всей поверхности кожи множественные эрозии. На коже рук, ног, спины, груди, живота (общая площадь 44%) участки лопнувших кожных пузырей. Симптом Никольского положительный на всей поверхности кожи. ЧДД = 36 в минуту. ЧСС = 128 в минуту. Диагноз: токсический эпидермолиз (синдром Лайелла). Получал лечение: димедрол, дексаметазон, преднизолон, супрастин, цефтриаксон – в/в, смекта – внутрь. Инфузионная терапия. Местно: перевязки с солкосерилом, йодопироном; бепантен, адвантан. Состояние ребенка после выписки: с улучшением. Кожа бледно - розовая, очагов эпидермолиза нет. ЧД = 32 в минуту. ЧСС = 124 в минуту. Выводы: Синдром Лайелла - острая тяжелая токсико-аллергическая реакция кожи и слизистых. Заболевание у данного ребенка можно считать спровоцированным пищевым аллергеном. Своевременная диагностика и раннее начало терапии сыграли ключевую роль в успешном исходе данного случая.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТЬ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА

Шахова О.А., ассистент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней,

ВГОУ Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (зав. каф. – д.м.н., профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель д.мед.н., профессор Колоскова Е.К.

Цель.Оценить показатели неспецифической реактивности бронхов у детей, страдающих астмой физического усилия, с учетом ацетиляторного статуса пациентов.Материалы и методы. Обследовано 50 детей, страдающих бронхиальной астмой физического усилия. Исследование гиперреактивности бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометрического теста с гистамином (ПК20Г) с учетом рекомендаций по стандартизации исследования. Показатели неспецифической гипервосприимчивости бронхов исследовали с учетом их лабильности в ответ на физическую нагрузку и бронхорасширяющий эффект сальбутамола. Кроме того, определяли генетический маркер – тип ацетилирования методом В.М. Пребстинг – В.И. Гаврилова в модификации Тимофеевой, который характеризовал особенности II фазы системы биотрансформации ксенобиотиков.Результаты. Установлено, что для детей, страдающих бронхиальной астмой физического усилия, с медленным ацетиляторным фенотипом свойственна более выраженная лабильность на всех уровнях бронхов как за счет бронхоспазма, так и дилятационной компоненты. Так же отмечено, что у детей с фенотипом астмы физического усилия с медленным ацетиляторным статусом наблюдалась более выраженная гипервосприимчивость дыхательных путей к гистамину. Отмечено, что медленный ацетиляторний фенотип ассоциировал с относительным риском выраженной дилятационной реакции дыхательных путей в 1,5 раза [95% ДИ: 0,9-2,5], при соотношении шансов - 2,0 [95% ДИ: 0,6-6,3].Выводы. Таким образом, у детей с бронхиальной астмой физического усилия, увеличивается риск развития неспецифической гипервосприимчивости бронхов при медленном характере ацетилирования как за счет лабильности бронхов, так и гиперчувствительности дыхательных путей, что можно использовать в клинической практике при верификации полной клинико-инструментальной ремиссии заболевания.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА

Шутова А.А., студентка 507 группы, Столбова М.С., студентка 602 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Горбунов Ю.В.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Шкляев А.Е.

Цель работы: оценка качества жизни детей с нарушением зрения, обучающихся в учреждениях закрытого типа Удмуртской Республики.Материалы и методы: с помощью опросника PediatricQualityofLifeInventory (PedsQL 4.0, русская версия) было обследовано 40 воспитанников МКОУ «Якшур-Бодьинская школа-интернат» в возрастных категориях 8-12 и 13-18 лет. Опросник состоит из 23 вопросов, объединенных в шкалы, описывающие физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование ребенка, и имеет формы для заполнения детьми и их преподавателями. Подсчет баллов произведен по 100 бальной шкале, чем выше балл, тем выше качество жизни.Результаты: Анализ полученных данных показал, что оценка

преподавателей общего качества жизни детей с нарушением зрения (54,9) значительно ниже, чем собственная оценка детей (65,8). Возможно, это связано с высокими требованиями преподавателей к своим воспитанникам. По всем показателям оценка качества жизни в старшей возрастной группе выше (68,8), чем в младшей (60,7). Что может быть обусловлено более длительным пребыванием старших школьников в специализированном учебном заведении. Также имеются различия между слепыми и слабовидящими детьми. По шкалам «Физическое функционирование» и «Социальное функционирование» результаты детей с глубокими нарушениями зрения несколько выше, чем слабовидящих, что обусловлено компенсаторным завышением самооценки своего физического и социального благополучия. Напротив, по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» - ниже. Кроме этого, в исследовании учтены гендерные особенности. Мальчики и девочки в равной степени социально адаптированы, так как находятся в равных условиях. По данным опроса мальчики физически активнее девочек. Качество жизни девочек по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Школьное функционирование» ниже, так как от общего числа девочек 40% - слепые, процент данной категории мальчиков составил 24%. Выводы: на основании результатов проведенного исследования выявлено, что для детей с глубокими нарушениями зрения характерны более высокие оценки качества жизни в отличие от слабовидящих сверстников. Дети с нарушениями зрения оценивают качество жизни выше в сравнении с оценками их преподавателей.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Эргашев А.А.- 2 педиатрический факультет 5 курс, 523 группа, ТМА

Кафедра Детских инфекционных болезней, (заведующий кафедрой Таджиев Б.М., д.м.н., профессор)

Научный руководитель: Юсупов А.С., к.м.н., доцент

Актуальностьисследования: Ветряная оспа вызывается вирусом герпеса, который обладает очень высокой способностью передаваться воздушно-капельным путем от больных к здоровым не болевшим детям.Увеличение заболеваемости среди детей обуславливают необходимость дальнейшего совершенствования методов диагностики и лечения.Цель исследования: изучение клинической эффективности циклоферона в лечении детей с ветряной оспой.Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 30 детей, перенесшие ветряную оспу. Среди заболевших больных, преобладали мальчики (61.9%), средний возраст составил 3.1±0,3 года. Диагноз был подтвержден клинико-эпидемиологическим путем, общего анализа крови и серологическими методами. Больные первой группы в острый период заболевания получали циклоферон в иньекционной форме по схеме, 10 инъекций в возрастных дозах; дети, получавшие ацикловир, составляли вторую группу – группу сравнения.Результаты: В 8,1% случаев заболевание протекало в тяжелой форме, 63,3% случаев среднетяжелой форме и 28,6% случаев – в легкой форме заболевания. У больных первой группы эффект циклоферона проявлялся обратным развитием клинической картины заболевания – снижение температуры тела, уменьшение интоксикации и высыпаний. После проведения курса лечения циклофероном у больных первой группы со среднетяжелой формой болезни в течение 7 - 8 сутки содержимое везикул подсыхало с образованием поверхностной корочки, которая быстро отпадала. У больных с тяжелой формой заболевания на 8 – 9 сутки болезни элементы сыпи высыхались.Выводы: На основании полученных данных можно сделать вывод о целесообразности назначения препарата циклоферон в терапии больных детей с ветряной оспой.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ МАТЕРЕЙ О ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЕТЯМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Эргашева Ч.Б, студент 3 курса факультета ВСД ТашПМИ

Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания (зав. каф.- д.м.н. Шамансурова Э.А.)

Научный руководитель: асс. Кутлумуратова З.Р.

Актуальность. Организм у детей находится в процессе постоянного и непрерывного роста и развития, а нарушение его нормального хода следует рассматривать как показатель неблагополучия в состоянии их здоровья. Именно поэтому необходимо получение своевременной информации о состоянии питания подрастающего поколения. В связи с этим очень важно повысить роль и ответственность медсестры с высшим образованием в обучении матерей детей грудного возраста правилам введения прикорма, которая является одним из значимых составляющих в обеспечении гармоничного развития детей первых лет жизни.Цель исследования – изучить влияние деятельности медицинской сестры с высшим образованием на уровень знаний и умений матерей правилам введения прикорма детям грудного возраста. Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились18 матерейдетей раннего возраста. У всех матерей было проведено анкетирование, для определения уровня знаний матерей о правилах введения прикорма. Анкетирование проводилось опросником состоящим из 14 вопросов по прикорму. Также, проводили обучение матерей, у которых был дефицит знаний о прикорме и правилах его введения, по стандартам, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения. Программа обучения включала в себя: понятие о прикорме и сроках его введения; суточный объем пищи и количество кормлений детей грудного возраста; продукты и блюда прикорма; о правилах введения прикорма; ведению пищевого дневник ребенка грудного возраста; о приготовлении различных блюд прикорма и правильной обработке продуктов для его приготовления, посуда для прикорма. Полученные результаты и обсуждение. Результаты анкетирования по оценке уровня знаний матерей о правилах введения прикорма показало, что 28% респондентов вводили его не в срок, 61% не правильно выбрали продукты прикорма, а 33% не знали блюд прикорма. Все матери были разделены на 2 группы путем рандомизации по 9 человек в каждой. 1 группа – контрольная группа, которым обучение не проводилось; 2 группа – группа сравнения, которым проводили обучение.Сравнительный анализ данных проведенных исследований в 1 и 2 группе, после обучения, показал, что у матерей 2 группы повысился уровень знаний и навыков о правилах введения прикорма детям грудного возраста. Они хорошо усвоили информацию о прикорме и сроках его введения, о суточном объёме пищи и количестве кормлений детей грудного возраста, о продуктах и блюдах прикорма. Матери 2 группы приобрели навыки ведения пищевого дневника ребенка, а также навыки приготовлении различных блюд прикорма и правильной обработки продуктов для его приготовления. Положительные результаты проведенной работы, возможно, были связаны с тем, что матери были предельно мотивированы по данному вопросу. Немаловажным являлся навык выбора посуды для прикорма, который способствует развитию эстетического вкуса ребёнка.Выводы.Таким образом, роль медицинской сестры в повышении уровня знаний и навыков матерей о правилах введения прикорма детям грудного возраста является: проведение обучающих бесед с матерями, обеспечение памятками и брошюрами, разработка стендовой информации учреждения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ С УРАТУРИЕЙ

Юлдашева Д., студентка 308 группы лечебного факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом. – доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: ассистент Абдукадирова Н.Б.

Актуальность. Интерстициальный нефрит- это патологический процесс, который характеризуется острым и хроническим неинфекционным воспалением интерстициальной ткани и канальцев почек. Интерстициальный нефрит не сопровождается деструктивными изменениями почечной ткани, а воспалительный процесс не распространяется на чашки и лоханки почки.Научный прогресс и совершенствование технологий обусловили появление таких новых направлений педиатрической науки и практики как метаболическая педиатрия, экологическая педиатрия. В последние годы отмечается увеличение частоты почечной патологии в детском возрасте. Особенностью нозологической структуры заболеваний почек за последние десятилетия является значительное возрастание частоты дисметаболических нефропатий, удельный вес которых составляет, по данным разных авторов от 29 до 40%. Изучаются особенности течения и корригирующей терапии пиелонефрита, развившегося на фоне обменных нарушений. Наиболее

изученной из числа дисметаболических нефропатий является так называемая дисметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией, которая оказалась полигенно наследуемой полиорганной мембранопатией с семейной нестабильностью цитомембран. В последние годы привлекает внимание исследователей дисметаболические хронические интерстициальные нефриты, среди которых особое место занимают уратные нефропатии. Частота уратных нефропатий в общей детской популяции составляет- 4,2%, а среди учтенной почечной патологии-9,9%. При поздней диагностике могут возникнуть осложнения, ухудшающие здоровье и качество жизни. Поэтому так важно уделять больше внимания этой проблеме в современном мире, улучшать качество её диагностики и создавать условия для пациентов, в которых их здоровье будетмаксимальнозащищено.Цель исследования: оценить особенности клинического течения интерстициального нефрита развившегося у детей с уратурией. Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 82 больных в возрасте от 2 до 14 лет, находящихся на стационарном лечении в ОДММЦ с интерстициальным нефритом на фоне уратурии. Результаты исследования: В ходе исследования было установлено, что из 82 детей 37 были направлены с диагнозом острый и хронический гломерулонефрит (45,1%), 24 острый пиелонефрит (29,3%) и 21 рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (25,6%), 80% больных от 1 мес до 2 лет получали общепринятое лечение согласно устанавливаемым диагнозам без устойчивого эффекта.Интерстициальный нефрит на фоне уратурии характеризуется ранней манифестацией в виде изолированного мочевого синдрома, отсутствием на ранних этапах внепочечных признаков (отеков, гипертензии). Мочевой синдром выявлен впервые у 42 детей в возрасте до 3 лет (51,2%), у 27 (32,9%) 4-7 лет и у 13 детей после 8 лет (15,8%) на фоне острых респираторно-вирусных инфекций, пневмонии и желудочно-кишечных заболеваний в 62 случаях (75,6%), а остальные выявлены случайно при обследовании по другому поводу. У 8 детей наблюдался (9,8%) энурез, абдоминальный синдром у 21 (25,6%). Дети в физическом развитии не отставали от сверстников, самочувствие больных детей оставалось удовлетворительным, дети активные. У всех детей гематурия преобладала над лейкоцитоурией, у 12 детей отмечалась транзиторная макрогематурия. Умеренная пастозность лица, преимущественно по утрам имела место у детей (20,7%).Вывод: Таким образом, в результате нашего исследования было установлено, что дисметаболический интерстициальный нефрит характеризуется манифестацией в раннем возрасте, отсутствием в дебюте экстраренальных симптомов при наличии изолированного мочевого синдрома.

РЕНТГЕНОЛОГИК КУЗАТИШЛАР БУЙИЧА БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ МОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШИ

Аллабердиев Х., Самарқанд давлат медицина институти “Тиббий педагогика” факултети 301-гурух студенти

Болалар касалликлари пропедевтикаси курси, Курс мудири: т.ф.д., доц. Раббимова Д.Т.

Илмий рахбар: доцент Язданов А.Я.

Кириш: Охирги йилларда болаларда пневмония касаллиги сонининг барқарор усиши кузатилмоқда. Шу билан бирга турли ёшдаги болаларда унинг морфологик шакллари, хилма хиллиги ортмоқда. Шунинг учун рентгенограмма натижаларига кура инфильтрацион узгаришларнинг хусусиятларини ўрганиш катта ахамият касб этади.Мақсад: Рентгенологик кузатишлар натижалари бўйича болаларда пневмониянинг морфологик тузилишини ўрганиш.Материллар ва текшириш усуллари: Шифохонага касалхонадан ташқари пневмонияга шубха билан госпитализация килинган 7 - 14 ёшгача бўлган 161 та бемор болаларнинг касаллик тарихи тахлил килиб курилди. Улардан 93 та беморда пневмония рентгенологик маълумотларга асосан тасдиқланган.Натижалар: Натижалар шуни аниқладики 7 – 14 ёшгача бўлган болаларда пневмония касаллиги кўпроқ учрайди. Уларнинг 68,4% ўғил болаларни ташкил этади. Жараён кўпроқ бир томонлама эканлиги - 90%, асосан ўпканинг унг булаги зарарланганлиги - 65%, икки томонлама зарарланиш - 12% беморларда кайд килинди. Ушбу факт инфекциянинг бронхоген йул билан тарқалиши асосий йул эканлиги ва пневмониянинг унг томонлама ривожланиши ва унг бронхнинг узига хос тузилиши билан боғлиқлигини асослаб берди.Морфологик шаклига қараб пневмониялар асосан учоқли (48%) ва сегментар (36%) турлари кузатилади. Полисегментар вариант фақатгина (14%), бўлакли шакли (2%) ни ташкил этди. Ўпканинг плеврал асоратлари фақатгина иккита беморларда кузатилди (1.2%). Ташхис қуйилгандан кейин 10-чи куни рентгенологик текширув утказилганда 66% беморларда тўлиқ тузалиш, 16% беморларда ўпка паренхимасининг мусбат динамикаси фонида қолдиқ инфильтрацияси сақланиб қолганлиги кузатилади. 18% беморларда эса ўпка суратининг кучайиши ва қалинлашиши кузатилди. Бу эса уз навбатида ўтказилаётган терапияни кайта кўриб чиқишни талаб қилди.Хулоса: Ўтказилган текширувлар учоқли ва сегментар пневмониялар болаларда кўпроқ учраши ва улар асосан унг томонда локализацияниши аникланди ва касалхонада даволаниб чикган беморлар поликлиника шароитида албатта назоратга туришлари лозимлигини курсатади.

АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН ОҒИР ХОЛАТДАГИ ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЦЕРЕБРАЛ ВА МАРКАЗИЙ ГЕМОДИНАМИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ БАҲОЛАШ

Ахмадалиев Ш.Ш. болалар анестезиологияси ва реаниматологияси йўналиши бўйича 1-босқич магистратура талабаси, АндМИ

Болалар хирургияси, анестезиологияси ва реаниматологияси кафедраси (кафедра мудири: т.ф.н., доцент Мирзакаримов Б.Х.)

Илмий рахбар: т.ф.н., доцент Тошбоев Ш.О.

Тадқиқот мақсади: Интенсив терапия бўлими шароитида оғир асфиксия билан етук туғилган чақалоқлар марказий гемодинамик кўрсаткичлари ва бу кўрсаткичларга сунъий ўпка вентиляциясининг таъсирини баҳолаш.Тадқиқот материали: Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази АРИТ бўлимига ётқизилган 38 нафар оғир асфиксия билан туғилган етук чақалоқлар ўрганилди. Уларнинг ўртача гестацион ёши 38,6±1,2 ҳафтани, туғилгандаги вазни 3270±820 г. ни ташкил қилди. Чақалоқлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: биринчиси – асфиксия билан туғилган, оғир респиратор дистресс, турғун ўпка гипертензияси мавжуд бўлган 22 нафар етук чақалоқлар, иккинчиси – асфиксия билан туғилган интакт ўпкали 16 нафар етук чақалоқлар. Тадқиқот биринчи АРИТ бўлимига ётқизилгандан сўнг биринчи 24 ва 48 соатларда ўтказилди. Барча маълумотлар “Philips» ультратовуш аппарати ёрдамида қайд қилинди. Мияда қон айланишининг асосий кўрсаткичлари ўрта мия артериясида (АСМ, см/сек) ва Гален венасида (VG, см/сек) ўрганилди. Ушбу кўрсаткичлар асосида церебрал перфузион босим (CPP) ва қон томирлар резистентлик индекси (RI) ҳисоблаб чиқилди. Эхокардиографик текшириш усули, стандарт усулда импульсли допплерэхокардиография қўлланилган ҳолда ўтказилди. ЭхоКГ кўрсаткичлари сифатида юракнинг чиқариш (CO, L/min/kg), чап қоринчанинг зарб ҳажми ва хайдалиш фракцияси (EF,%) аниқланди. Вентиляцион кўрсаткичлар (PIP, PEEP, MAP) Babylog 8000 plus 5.n (Германия) сунъий ўпка вентиляцияси аппарати ва ЮМ-300 (Ютас, Украина) график дисплеи ёрдамида қайд қилинди. Шу билан бирга каппиляр қон газ таркибининг pH, BE (ммоль/л), PO_2(mm Hg), PCO_2 (mm Hg) каби кщрсаткичлари.....Pro аппарати ёрдамида аниқланди.Натижалар. Барча чақалоқларда ўрта мия аретриясида қон айланишининг (I гуруҳда - 7,0±0,17 см/сек; II гуруҳда – 10,3±1,3 см/сек) ва резистентлик индексининг (0,46±0,14) пасайганлиги аниқланди. Шунингдек Гален венасида қон айланишининг пасайиши ҳам кузатилди (6,3±0,22 см/сек). Церебрал перфузион босим (CPP) I гуруҳда сезиларли даражада (5,0±0,88 mm Hg) пасайган, II гуруҳда эса ушбу кўрсаткич 8,9±0,75 mm Hg ни ташкил қилди. Хар икки гуруҳ чақалоқларда систолик ва диастолик дисфункция билан кечувчи чап қоринча етишмовчилиги аниқланди. Мазкур гуруҳларда бўлимга ётқизилган пайтда юрак индексининг сезиларли пасайганлиги кузатилди (0,18±0,09 ва 0,19±0,17 L/min/kg). Бу эса монотерапия шаклида допутамин (10,1±1,6 мкг/кг/мин) ёки комбинация шаклида дофамин (8,5±1,5 мкг/кг/мин.) билан қувватлаб туришга кўрсатма бўлиб хисобланди. Ўтказилган муолажа фонида систолик артериал босимнинг кўтарилиши ва юракнинг насос функциясини яхшилашга эришилди: 48 соатдан сўнг II гуруҳ чақалоқларда марказий гемодинамик кўрсаткичларнинг меъёрий даражагача қайтганлиги кузатилди, I гуруҳ чақалоқларда эса миокард дисфункцияси бир оз сақланиб қолди. Хулосалар: 1) мияда қон айланиши ва CPP каби кўрсаткичлар бош мияда кечган гипоксия-ишемия холатларининг оғирлик даражаси ва церебрал гемодинамиканинг бузилиш даражаларини ифодалайди ва ўтказилган церебрал ресусцитация адекватлигини баҳолаш мезонлари бўлиб хисобланади. 2) САБ, юракнинг зарб хажми ва мия ичида қон айланишининг ўзаро боғлиқлиги эрта постишемик даврда церебрал перфузиянинг ауторегуляция механизмларини сақланганлик даражасини намойиш қилади. CPP, САБ ва юрак зарб хажми ўртасидаги боғлиқликнинг бўлмаслиги эса бош мия қон томирлари тонусининг чуқур дизрегуляцияси тўғрисида маълумот беради ва прогностик жиҳатдан номақбул белги бўлиб ҳисобланади.

БОЛАЛАРДА ЭПИФИЗАР ОСТЕОМИЕЛИТ КАСАЛЛИГИ

Ғаниева М.Ж. 208-гуруҳ талабаси, даволаш иши факультети, ТошПТИ

Клиник анатомия ва оператив хирургия кафедраси (кафедра мудири-проф. Ахмедов Ш.М.)

Илмий раҳбар- асс.Акрамова М.Ю.

Долзарблиги: Замонавий диагностика ва даво усуллари яратилишига қарамасдан болалар хирургиясида ўткир эпифизар остеомиелит касаллигини аниқлаш ва эрта ташхис қўйиш ҳамон долзарб бўлмоқда. Ҳозирги кунда чаноқ-сон бўғими касалликлари жуда кўп учрамоқда, хусусан, туғма сон-чиқишлар, дисплазия, чаноқ-сон бўғимининг эпифизар остеомиелити ва х.к. бу касалликлар хаттоки ногиронликка олиб келмоқда.Касалликнинг этиологияси ва патогенези хилма- хил бўлиши диагностик хатолар келтириб чиқаради. Маълумотларда эпифизар остеомиелитнинг диагностик хатолари 30-35% ташкил этса Қишлоқ врачлик пунктларида 60%гача ташкил этади. Бу хатоликлар касалликнинг оғир кечишига ва соматик нуқсонлар келтириб чиқаришига сабаб бўлмоқда.Мақсад: Касалликнинг яширин атипик кечишига қарамасдан унинг клиникаси ва нуқсонларини яхши ўрганиш билан бирга эрта ташхис қўйиш, даво чораларини самарадорлигини ошириш, соғлом турмуш тарзини ошириш ва унинг клиник, топографик анатомиясини яхши билиш мақсад қилиб олинди. 2010-2015 йилларда 31 болада шу касаллик қайд қилинган бўлиб, уларнинг 19 (63%) сон суягида 6 (19,3%) у елка суягида 3 (9,7%) катта болдир суягида қайд қилинган, уларнинг келиб чиқиш сабаблари 51,6% да аниқланган. 9 беъмор ОРВИ 7 нафари травма куйиш терининг йирингли касалликлари ташкил этади. 15 нафарида этиология аниқланмади.Олинган натижалар: Ўткир эпифизар остеомиелит касаллиги бўйича тушган 31 болаларни ёшига қараб таҳлил қилсак: 3 ойгача 8 (23,8%), 3-6 ой 2(6,5%), 6-9 ой 6(19,2%), 9-12 ой 2 (6,5%), 1-2 ёш 5 (16%), 2-3 ёш 4 (13%), 3-5 ёш 4 (13%). Жинси бўйича ўғил болалар қизларга қараганда 2 баробар кўп касалланадилар. 21 ўғил (67,7%), 10 қиз (32,3%).Касалликнинг маҳаллий формаси 26 (83,6%), ташкил этса, оғир генерелазияциялашган формаси 5 (16.2%) ташкил этади. Касалликнинг клиник кечиши хам ёшга қараб ўзгаради. Бир ёшгача бўлган болаларда 18 (58%) клиник кўринишини аниқлаш қийинроқ. Уларда тана харорати субфебрил 6 (33,3%), 11(61%) тана харорати нормада кечган 50% беморларда бетоқатланиш кузатилган. 100% беъморларда харакатланиш чегараланиши асосий клиник симптом бўлиб хисобланади. Касалликнинг 3-кунида махаллий шишилар кузатилган. Икки нафар беъморда шишлар аниқланмади. Диагностик хатолик артрит билан янглишиш ва касалликнинг генералератрон формага айланишига олиб келади.Хулоса: Бу статистик кўрсаткичлардан шу маълумки, ўткир эпифизар остеомиелит касаллиги 1 ёшгача бўлган болаларда яширин ва хилма-хил клиник кўринишда кечади. Бу болаларнинг ўзига хос АФХ билан боғлиқлиги яқол кўриниб турибди. Касалликка тўғри ташхис қўйишда унинг клиникасини яхши билиш ва ўз вақтида диагноз қўйиб даволаш кўзда тутилади.ташхис қўйишда рентгенологик усулда 2 проекцияли тасвирни олиш, қон тахлили, анамнез, объектив кўриш, бактеро-цитологик текширувларни қўллаш лозим бўлади.

БОЛАЛАРДА СИЛНИ ТАШҲИСЛАШДА ДИАСКИНТЕСТНИНГ АҲАМИЯТИ

Маматова Н.Т.

СамМИ 1-Ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси ўқитувчиси

1-Ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси (каф.мудири-т.ф.д., проф. Тоиров Э.С.)

Илмий раҳбар – катта ўқит. Ходжаева С.А.

Мақсад: Силбилан зарарланган болаларда Диаскинтест (ДСТ) тери синамасини 2 ТБ Манту (МС) синамасига нисбатан ахборотчанлигини баҳолаш. Материал ва методлар. Силга қарши курашиш диспансерининг болалар бўлимида 2015-2018 йилларда даволанган 125 та беморнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Текшириш натижалари. 125 та беморнинг 7 (46,2%) тасида Диаскинтест текшируви бўйича сил микобактериялари билан зарарланиш аниқланмади: 3 та беморда зотилжам, 4 та беморда эса БЦЖ билан эмлаш оқибатида асорат кузатилган. Сил микобактериялари билан инфицирланган 118 та беморнинг 47 (35,7%) тасида сил касаллигининг клиник ва лаборатор белгилари кузатилмади, 71 (62,3%) тасида ўпка сили ва ўпкадан ташқари аъзолар силининг локал шакллари кузатилди. Сил касаллигининг клиник ва лаборатор белгилари кузатилмаган 47 та беморнинг 11 (23,4%) тасида туберкулин синамасининг вираж ҳолати, 20 (42,6%) та беморда эса туберкулин синамасига гиперергик натижа кузатилган. Ўтган йилларда сил микобактериялари билан инфицирланиш ҳолати (МС дўмбоқча ўлчами 10,4мм) 16 (34%) та болада кузатилган, Диаскинтест натижаси 8 та болада манфий бўлган, қолган 8 та болада дўмбоқча ўлчами – 6,1 мм. Силнинг локал шакллари кузатилган 71 та беморнинг 57 (82,7%) тасида ўпка сили, 14 (17,3%) та беморда эса ўпкадан ташқари аъзолар сили кузатилган. Ўпка сили аниқланган 57 та беморнинг 30 (54,8%) тасида бирламчи сил шакллари кузатилган. Химиотерапия бошланишидан олдин Диаскинтест ўтказилганда дўмбоқча ўлчами ўртача 15,1 мм, Манту синамасининг натижаси эса – 13,5 мм. Ўпка силининг бирламчи шакллари кузатилган болаларга химиотерапия ўтказилган сўнг Диаскинтестгадўмбоқча ўлчами кичрайиб, ўртача 10,1 мм, Манту синамаси ўтказилганда эса дўмбоқча ўлчами деярли ўзгармади (13,1 мм). Ўпка силининг иккиламчи шакллари кузатилган 37 та беморда химиотерапия бошланишидан олдин Диаскинтест ва Манту синамаси дўмбоқча ўлчами 8,3 ва 10,8 мм, химиотерапия ўтказилгандан сўнг Диаскинтестга дўмбоқча улчами 6,2 мм, Манту синамасига дўмбоқча ўлчами эса 8,9 мм бўлган. Ўпкадан ташқари аъзолар сили кузатилган 14 та беморнинг иккитасида сил мезаденити аниқланиб, Диаскинтест гиперергик натижа берган (МС натижаси 15 мм), қолган 12 та беморда Диаскинтест манфий натижа кўрсатган бўлса, Манту синамаси эса мусбат натижа кўрсатган (12,1 мм). Хулоса. Нафас аъзолари силининг бирламчи шакллари ва бирламчи силнинг эрта даврида Диаскинтестнинг ахборотчанлиги Манту синамасига нисбатана анча юқорилиги аниқланди. Шунингдек, даволаниш натижаларини аниқлашда хам Диаскинтест синамаси Манту синамасига нисбатан сезгир эканлигини кўрсатди.

БОЛАЛАРДА НЕВРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Мардиев А. 303-гуруҳ студенти, тиббий педагогика факультети, СамДТИ

Болалар касалликлари пропедевтикаси курси

Курс мудири: т.ф.д. доцент Раббимова Д.Т.

Илмий рахбар: т.ф.н. Жалилов А.Х.

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги кунда болалар ўртасида неврологик касалликлар билан касалланиш ва ўлим ҳолатларининг юқорилиги туфайли бутун дунё соғлиқни сақлаш тизимининг диққат марказида турибди. Бутун жаҳон бўйлаб ҳомиладор аёлларнинг тахминан 10% и ва туғруқни бошидан кечирган аёлларнинг 13% руҳий касалликлар, биринчи навбатда депрессияни бошидан кечирмоқда. Бу эса болаларнинг ўсиш ва ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Дунё бўйлаб болалар ва ўсмирларнинг 10-20% неврологик касалликлар билан азият чекади. Ҳозирги кунда 0-13 ёшгача бўлган болаларнинг ҳар 10 минг нафаридан 4950 нафари неврологик касалликларга чалинган. Мақсад: Болаларда неврологик касалликларни келиб чиқиш сабабларини ўрганиш. Маълумот ва текширув усуллари: Биз 2019-йил январь-февраль ойида Самарканд вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказининг неврология бўлимида ётиб даволанган 169 дан ортиқ бемор болаларни касаллик тарихини Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг 2003-йилда қабул қилинган таснифига асосан тахлил қилдик. Текшириш жараёнида сўраб-суриштириш, касалликнинг клиник,лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида тахлил орқали қуйидагиларни аниқладик: Нерв системаси касалликларининг асосий келиб чиқиш сабаблари ҳомиладорлик пайтидаги депрессия, туғруқнинг қийин кечиши, ҳомиладорлар анемияси, грипп ва кучли токсикозни кечиши, ҳомиладор аёлларда TORCh инфекциясининг кечиши, баъзан эса улар эрта туғруқларга сабаб бўлиши кайд этилган. Олинган натижалар тахлили:Болаларда учраётган неврологик касалликлар бўйича:Болалар церебрал фалажлиги – 67 та – 40%, Талваса синдроми – 19 та – 11%, Мононевропатия – 9 та – 5,3%, Асаб тизимининг

перинатал зарарланиши – 12 та– 7,1%, Хромосома касаллиги(Даун синдроми) – 7 та – 4,1%, Психомотор ривожланишдан орқада қолиш – 6 та – 3,5%, Менингоэнцефалит – 9 та – 5,3%, Бош мияда қон айланишининг бузилиши– 3 та – 1,7%, Микроцефалия – 5 та – 3%, Эпилепсия – 3 та – 1,8%, Спинал амиотрофия – 2 та– 1,2%, Чап томонлама юз неврити – 5 та – 3%. Болаларда касалликларнинг ёш кесимида учраши бўйича: Жами: 169 нафар. 0-12 ой – 29 нафар (17%), 2 ёш – 28 нафар (16,5%), 3 ёш – 23 нафар (14%),4 ёш – 25 нафар (15%),5 ёш – 16нафар (9,5%), 6 ёш – 14нафар (8%), 7 ёш –5нафар (3%), 8 ёш – 17нафар (10%), 9 ёш – 12 нафар (7%) Хулоса: Текшириш натижалари шуни кўрсатдики, қуйидаги неврологик касалликлар: болалар церебрал фалажлиги, талваса синдроми, психомотор ривожланишдан орқада қолиш, Даун касаллиги асосан 4 ёшгача бўлган болалар орасида кенг тарқалган. Ҳозирда болаларда учраётган неврологик касалликларининг асосий сабаблари оналарда ҳомиладорликнинг оғир ўтиши сабаб бўлмоқда. Шунинг учун эрта диагностик ва профилактик тадбирларни ўз вақтида олиб бориш неврологик касалликларнинг камайишига ёрдам беради.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР ОРАСИДА КАМҚОНЛИК ТАРҚАЛГАНЛИГИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Неъматов И., даволаш факультети 317-гурух студенти, Бахтиёрова Г.Г. даволаш факультети 420-гурух студенти СамМИ,

Физиология ва патологик физиология кафедраси (каф.муд. – т.ф.д., доц. Самиева Г.У.)

Илмий рахбар: ассистент Лапасова З.Х.

Тадқиқот мақсади. Камқонлик касаллигини болалар орасида тарқалганлигини аниқлаш. Материал ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари Самарқанд шаҳар оилавий поликлиникининг 2-та участкаларида олиб борилди. Участкаларга қарашли аҳолининг умумий сони 7464 тани ташкил қилади. Булардан болалар сони 3115 та (47,7%). Камқонлик касаллиги кўп ҳолда 5 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Шунинг учун бизлар тадқиқот учун шу ёшга мансуб болаларни танлаб олдик. 1 ёшдан 5 ёшгача болаларнинг сони 751 нафарини ташкил қилди (23,6%).Кейинги босқичда бизлар камқонлик касаллигига чалинган диспансер назоратига олинган болаларнинг амбулатор карталарини ретроспектив усулда текшириб чиқдик. Маълумотларни йиғиш услублари қуйидагича эди:амбулатор карталарни, ҳисоботларни ва касалларни руйхатга олиш журналларни текшириш ва таҳлил килиш, камқонлик касаллигига чалинган болаларнинг ота–оналари билан индивидуал равишда суҳбат ўтказиш, лабораторияда мавжуд бўлган асбобускуналарни текшириш. Натижалар. Тадқиқот учун олинган 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган 765 нафар болаларнинг амбулатор карталарини текширган пайтимизда 436 таси (61,2%) камқонлик касаллиги туфайли диспансер назоратига олинган. Уларда мазкур касалликка хос бўлган клиник белгилар топилди. Яъни тахипноэ, тахикардия, тез чарчашлик, хуруж қилиб турадиган бош оғриғи, тери қопламларининг рангпарлиги кузатилди. Камқонлик касаллигига хос бўлган клиник белгилари топилган болаларда лаборатор текширишлар ўтказилган. Маълумки ЖССТ ва ЮНИСЕФ маълумотларига асосан 5 ёшгача бўлган болаларда нормада гемоглобин миқдори 110 г/л бўлиши шарт. Гематокрит миқдори эса 33% ни ташкил қилади. Тадқиқот давомида 5 ёшгача бўлган болалардан олинган қон умумий таҳлили натижаларини кўриб чиққанимизда деярли ҳаммасида гемоглобин миқдори 110 г/л-дан паст бўлиб чиқди.Камқонликлар гемоглобин кўрсаткичига қараб, енгил, ўртача оғир ва оғир даражаларга бўлинади.Енгил даражали камқонликда (гемоглобин миқдори 90 г/л-дан паст); ўртача оғир даражали камқонлик (гемоглобин миқдори 90-70 г/л-га тенг бўлса); оғир даражали камқонлик (гемоглобин миқдори 70 г/л-дан кам бўлса). Тадқиқот давомида камқонлик касаллигига чалинган болаларни бизлар аниқланган Нв миқдорига қараб оғирлик даражаларига таснифладик. Енгил даражали камқонликка чалинган бемор болаларнинг умумий сони 303 тани (65,4%) ташкил этди. Ўртача оғир даражали камқонлик касаллиги аниқланган бемор болалар сони 108 тани (23,3%) ташкил этди. Оғир даражали камқонлик касаллиги топилган беморлар умумий сони 52 нафарини (11,3%) ташкил этди. Хулосалар. Камқонлик касаллиги болалар орасида кенг тарқалган бўлиб, ҳозирги кунда жиддий муаммо ҳисобланади. Шунинг учун бу касалликни эффектив равишда аниқлаш керак. Камқонлик касаллиги мавжуд бўлган бемор болаларга ўз вақтида даволаш муолажаларини олиб бориш зарур. Хар бир бирламчи тиббий бўғинларни камқонлик касаллиги диагностикаси ва даволаши бўйича тиббиёт далилларига асосланган клиник протоколлар ва стандартлар билан таъминланиши шарт. Камқонликни даволашда темир дори–воситаларидан ва фолат кислотасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. Камқонлик касаллигига дучор бўлган болалар орасида рационал овқатланиш принципларини тарғибот қилиш ва амалда ишлатиш зарур. Мазкур принципларни бемор болалар ота–оналарига тушунтириш зарур. Бунинг учун маҳаллаларда маърузалар ўқиш керак, радио-телевидение орқали чиқиш қилиш керак, буклетлар ва ҳар хил тарқатма материаллар тарқатиш шарт аҳолини ўртасида.

МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИНИ БАҲОЛАШ

Турдиева А.М.

204-гурух талабаси олий ҳамширалик иши факультети 2-курс, Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Амбулатория тиббиёти ва жисмония тарбия кафедраси (кафедра мудири, профессор Шамансурова Э.А.)

Илмий раҳбар: ассистент Шайхова М.И.

Долзарблиги. Норационал овқатланиш бугунги кунда долзарб масалалардан биридир, у кўпгина касалликларнинг ривожланишида жиддий хавф омили бўлиб ҳисобланади. Сўнгги йил маълумотларига кўра ёшлар орасида ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир тизими касалликлари,, қандли диабет ва бошқа касалликлар, шунингдек ортиқча вазнга эга бўлиш кўп учрамоқда. Буларнинг барчасини соғлом турмуш тарзини кечириш, биринчи навбатда, тўғри овқатланиш билан олдини олиш мумкин. Текширув мақсади. Мактаб ўқувчиларининг овқатланиш тартибини баҳолаш ва уларни коррекция қилиш.Текширув усуллари. Текширув Тошкент шаҳридаги Юнус обод туманида жойлашган 105-ўрта мактабнинг юқори синф ўқувчиларида ўтказилди. Ўқувчиларнинг овқатланиш тартибини баҳолаш мақсадида сўровнома ўтказилди. Сўровномада 125 нафар ўқувчи иштирок этишди. Уларнинг кўпроқ қандай озуқа маҳсулотларини истеъмол қилишларини билиш учун тавсия этиладиган (нон, картошка, сабзавот ва кўкатлар, ҳўл мевалар, сут ва сут маҳсулотлари, гўшт, балиқ, дуккакликлар) ва тавсия этилмайдиган (колбаса, сосискалар, қандолат маҳсулотлари, турли газланган ширин ичимликлар, чипслар) озуқа маҳсулотларининг рўйхати тақдим этилди. Шунингдек ҳар бир маҳсулот қаршисида айнан шу маҳсулотни нима мақсадда истеъмол қилишларини билдирувчи 4 та вариантлардан бирини танлашлари таклиф қилинди: а-қоринни тўйдириш учун; б- мазали бўлганлиги учун; в- соғлом бўлиш учун; г-уйда бор бўлганлиги учун. Олинган натижалар. Ўтказилган сўровнома натижасида таомномада ҳам озуқа маҳсулотлари ва ҳамда микроэлементлар дисбаланси аниқланди. Тавсия этиладиган озуқа маҳсулотлари рўйхатидан ўқувчилар бошқа жавоб вариантларига (“б”- 21,0%, “в”- 18,5%, “г” – 11,8%) нисбатан “а” вариантини кўпроқ (48,7%) танлаганлар, тавсия этилмайдиган озуқа маҳсулотлари рўйхатидан эса ўқувчилар бошқа жавоб вариантларига (“а”-20,0%; “в”-9,0%; “г” – 25,6%) нисбатан “б” вариантини кўпроқ (45,4%) танлаганлар. Ўқувчиларга рационал овқатланиш тамойиллари ва уларнинг соғлом ўсиши ва ривожланишида катта аҳамиятга эга эканлиги ҳақида маълумот берилди. Хулоса. Шундай қилиб, мактаб ўқувчиларининг овқатланиш тартиби рационал овқатланиш тамойилларига мос келмайди.

ЧАҚАЛОҚЛАР НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИНИ ПРЕНАТАЛ ТАШХИСЛАШНИНГ БИОХИМЁВИЙ АХАМИЯТИ

Халимова С.А., Файзуллаева Х.Б., Муртазаева Н.К., Ўктамов М.

СамМИ медицина ва биологик химия кафедраси (каф. мудири т.ф.н.доц. Халиков К.М.)

Янги туғилан чақалокларда Нафас Бузилиш Синдроми ёки «респиратор дистресс синдром»,суфактантнинг бирламчи дефицити билан боғлик равишда, бола хаётининг 1 кунидан оғир нафас бузилиши билан намоён булади. Сурфактант 80-90% липидлардан ташкил топган булиб, асосий кисми фосфолипидлардир, 10%- оқсиллар апопротеинлар, 10%- углеводлар. Сурфактант фосфолипидларининг асосий вакиллари фосфатидилхолин (70–75%), фосфатидилглицерол (5–10%), фосфатидилинозитол, фосфатидилсерин, фосфатидилэтаноламин, сфингомиелин хисобланади. Фосфатидилхолин (лецитин) – липидлар синфининг бош вакили булиб, 70-80% дипальмитоилфосфатидилхолин (туйинган фосфатидилхолин) таркиб топган ва

Гольджи аппаратида хужайра ичи гликогенидан синтезланади. Фосфатидилхолин глицерофосфолипидлар билан бирга миллионлаб альвеолалар суюқлик қавати юзаки танглигин камайтириб, ўпка тўқимасининг юқори даражада кенгайишини таъминлайди. Бу унинг асосий функцияси хисобланади.Изланиш мақсади. Хомила олди сувини биохимёвий текшириш йули билан нафас бузилиш синдромини ташхишлаш.Текшириш материали ва усули. Изланиш Самарканд шахар 1сон тугрукхонасида, 26 нафар турли гестацион ёшдаги чала тугилган чакалоклар орасида олиб борилдиХулоса. Пренатал ташхис шунга асосландики, хомиланинг ўпка суюқлиги хаво утказувчи йуллар орқали қоғоноқ сувига тушади, унинг фосфолипид таркибига кўра хомила упкасининг етилган ёки етилмаганлиги тугрисида хулоса чикаришимиз мумкин. Хомила олди суви амниоцентез йули билан хамда онанинг туғруқ йўлидан оқаётган сувдан йиғилди. фосфатидилхолин билан тўйинган хомила олди сувида лецитин ва ва сфингомиелин миқдори 5мг/лдан юқори ёки фосфатидилглицерин миқдори -3мкмоль/л булганда, НБС жуда кам холларда ривожланди (1% кам холатларда). Лецитин/сфингомиелин боғликлиги 2,0ундан юқори холларда- НБС 2%, 2,0 дан кам аммо 1,0 дан юқори кўрсаткичларда-50%, 1,0 дан кам кўрсаткичларда -75% холларда чақалоқлар нафас бузилиш синдроми ташхисланди ва профилактик чора тадбирларни кўришда мухим ахамият касб этди.

БОЛАЛАРДА ЛЯМБЛИОЗНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ

Хидиров А.М., 313-гурух педиатрия факултети студенти СамМИ

Кафедра педиатрия №2 неонатология ваболалар касалликлари пропидевтикаси (зав.каф.- д.м.н. доцент Раббимова Д.Т.)

Илмий раҳбар: к.м.н. доцент Рамазанова А.Б.

Ҳозирги кунгачалямблиозкенг тарқалган касаллик ҳисобланади. ВОЗ експерт қўмитаси маьлумотларига кўра Осиё, Африка, Лотин Америкаси давлатларида ҳар йили 50 000 га яқин инсон лямблиоз билан касалланади. Лямблиоз Марказий Осиё давлатлари айниқса Ўзбекистон учун актуал муаммолардан биридир.Ишнинг мақсади: Болаларда лямблиознинг клиник кўринишларини ўрганиш.Метод ва услублар. Бизнинг кузатувимизда 36 бола латент, 78 бола субклиник, 62 бола клиник шакл бўйича лямблиоз билан касалланган. Лямблиознинг диагностикаси беморнинг шикоятига, анамнезига, лямблиознинг клиник белгиларига шунингдек кенгайтирилган енг оддий дастур орқали аниқлаш яни нажасда формалин-ефир бойитиш методларига асосланган.Натижа: Бизнинг иш асосида аниқ тарзда лямблиознинг латент, субклиник, клиник кўринишларини учратдик. Лямблиознинг турли хил шакллари орасида инвазия қилувчи шакли симптомсиз ҳисобланади. Бизнинг кузатишларимиз орқали 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган 36 нафар болада лямблиознинг латент шакли топилди. Кузатилган болаларнинг ҳеч қандай шикоятлари мавжуд емас ва умумий клиник тадқиқотда паталогия пайдо бўлмади. Беморларнинг жисмоний ривожланиши уларнинг ёшига мост келади. Бу болаларда ўт кислота ажралиши 0,5 дан 0,7 цистгача, кўриладиган майдонда еса ўртача 0,6 цист ўт суйуқлигини ташкил қилади. Лямблиознинг субклиник шакли 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган 78 болада кузатилди. Бу болаларда баьзан қоринда тўсатдан оғриқ (66-84,6%да),"ичак" синдроми (52-66,7%да) ва "ошқозон" бузилиши диспепсия (25-32,1%)да кузатилди. Лямблиознинг субклиник шаклида болаларнинг жисмоний ривожланиши центил жадвали методи орқали баҳоланди. Лямблиознинг субклиник шаклида болаларда тана массаси ўлчанганда (64та болада (82%) ўртача масса), (8та болада (10,2%) паст ўртача масса), (4та болада (5,1%) юқори ўртача масса) кузатилди. Субклиник шаклда ўт кислота ажралиши 0,7 дан 2,2 цист, кўриладиган майдонда ўртача 1,5 цист ўт суюқлиги бўлади. 3 ёшдан 15 ёшгача булган клиник аниқ шаклдаги лямблиоз билан касалланган 62 та бемор бизнинг кузатувимиз остида булди. Субклиник шаклдаги беморлар билан таққослаганда бу гуруҳдаги барча болаларда қоринда интенсий оғриқ, "меьда" ва "ичак" диспепсиялари кўпроқ кузатилади. 62 боладан (37та болада (59,7%) ўртача масса),(17 та болада (27,4%) паст ўртача масса), (7 та болада (11,2%) паст масса) кузатилди. Лямблиознинг клиник шаклида (62 боладан 24 тасида – 38,7%) кўпинча дисгармоник ривожланиш кузатилади. Клиник аниқ шаклдаги лямблиозда ўт кислотанинг ажралиши 2,2 дан 2,8 цистгача, кўриладиган майдонда эса ўртача 2,5 цист ни ташкил қилади.Хулоса: Шундай қилиб, лямблиоз асосида болаларда кўп шаклдаги клиник кўринишлар – (аниқ шаклдан оғир шакл)гача юзага келади.Лямблиознинг латент субклиник ва клиник шаклларида лямблиозга қарши медикаментоз терапия диета терапия қўллаш тавсия етилади.

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ УЧРАШИНИ ЎРГАНИШ

Исматова М. I-педиатрия факультети, 6 курс, 613-гурух талабаси, ТошПТИ

Амбулатория тиббиёти ва жисмоний тарбия кафедраси мудири, профессор Шамансурова Э.А.

Илмий раҳбар: ассистент Шайхова М.И.

Долзарблиги. Нафас йўллари инфекциялари мактаб ёшидаги болалар орасида энг кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади ва барча касалланишларнинг 70-85% ни ташкил қилади.Ўткир респиратор касаллик билан оғриган болаларни даволаш ва уларни парваришлашга сарф қилинадиган харажатлар нафақат бола оиласига, балки мамлакат бюджетига ҳам сезиларли таъсир кўрсатади. Мактаб ўқувчилари орасида бошланғич синф ўқувчилари ЎРИ барча ҳолатларининг 50% гача респиратор инфекцияларга кўпроқ чалинадилар. Текширув мақсади. Мактаб ёшидаги болаларда юқори нафас йўллари инфекцияларининг учрашини ўрганиш.Текширув усуллари. Аденовирусли инфекция ва парагрипп вируси бўлган ўткир респиратор инфекциялар билан оғриган мактаб ёшидаги 40 нафар болаларнинг касаллик тарихи ўрганилди. Вируслар антитана титрларининиг ошиб боришини аниқлашнинг серологик усули билан ташхисланган. Текшириш учун беморлардан қон икки марта, яъни касаллик зўрайган даврида ва соғайиш даврида олинган. Параллел тарзда патоген флорани аниқлаш учун томоқ ва бурун шиллиқ қаватидан суртма олинган ва бактериологик текширув ўтказилган.Олинган натижалар. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, 2 бемордааденовирусга бўлган антитаналар титри 1,5 мартага, 20 та беморда (50%) парагриппга бўлган антитаналар бир неча мартага ошган. Касалликнинг клиник кўриниши 15 та беморда (37,5%) фарингит билан, 7 нафар беморда (17,5%) – ринит билан намоён бўлган. Фарингит билан оғриган беморлар ютинганда томоқ оғриши, иситма кўтарилиши, бош оғриғига шикоят қилганлар. Кўрувда бемор томоғи қизарган, бодом безлари катталашган,оқ караш билан қопланган, бўйин соҳасида лимфа тугунлари катталашган. Ринит билан оғриган беморларда холсизлик, субфебрил ҳарорат, бурун битиши, аксириш, бурундан сероз ажралма келиши каби белгилар кузатилган.Аденовирусли инфекция конъюнктивит билан кечган. 12 нафар беморда (30%) парагриппоз инфекция бактериал инфекция билан бирга кечган: томоқ ва бурун шиллиқ қаватидан олинган суртмада стрептококкли флора аниқланган. Хулоса. Шундай қилиб, парагрипп вируси ва бактериал инфекция мактаб ёшидаги болаларда юқори нафас йўллари инфекцияларининг ривожланишида катта рол ўйнайди.

БОЛАЛИК ДАВРИДА СЕМИЗЛИК РИВОЖЛАНИШИГА САБАБ БУЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.

Холмурадова З.Э., Шамсиева Л.А. педиатрия факультети 413 гурух талабаси,

Шовхиддинова А. даволаш факультети 520 гурух талабаси СамТИ

Даволаш факультети педиатрия кафедраси(каф. мудири доц. Гарифулина Л.М.)

Илмий рахбар: доц. Гарифулина Л.М.

Ишнинг максади: Семизлиги бор болаларда метаболик синдромни ташкил этувчиларни ва хавф омилларини учраш частотасини аниклаш. Текширувнинг материаллари ва усуллари: Вилоят эндокринология диспансери руйхатида турган 14 ёшдан 17 ёшгача булган 48 та экзоген-конституционал семизлиги бор болалар текширилди. 21 та киз бола ва 27 та угил бола булиб, уртача 15,32 ± 0,11 ёшни ташкил килди. Куйидаги клиник текширувлар утказилди: хаёт анамнезини урганиш, антропометрия, ортикча тана массасини фоизларда хисоблаш, ТМИ, бел айланаси (БА). Бел айланаси курсатгичларига караб абдоминал семизлик аникланди (АС). Семизлиги бор болалар абдоминал семизлигига караб гурухларга ажратилди. I гурухга 18 та тананинг барча кисмларида бир хил типдаги семириш билан болалар киритилди, 2 гурухга абдоминал семизлиги бор 30 та бола киритилди. Шунингдек 20 та 14 ёшдан 16 ёшгача булган ортикча вазинга эга булмаган соглом болалар назорат гурухини ташкил этди. Текширув натижалари: ТМИ Iгурухда

26,74 ±0,48 кг/м² ни ташкил этди; II гурухда у нисбатдан юкори курсатгичларда эди 31,12±0,50 кг/м². Семизлик даражаси ошиши билан бел айланасининг ошиши исботланган (r = +0,654). ТМИ солиштирма гурухда уртача 18,14±0,41кг/м² ни ташкил килди. Текширилаётган болалар ва уларнинг ота оналарининг овкатланиш тартиби урганилганда улар кунлик рационининг асосини ковурилган картошка ва ковурилган ёгли таомлар - у 83,3% ни, ширинлик ва пириклар 81,2% ни, макарон ва бошка ун махсулотлари 77,8% ни ташкил этди. Тез тайёр буладиган Фаст-фуд махсулотларини 2 чи гурух болалари диярли тулик кабул килишган (96,6%). Семизлик билан азият чекаётган болаларнинг купчилигида 1 гурухда хам 2 гурухда хам гиподинамик хаёт кузатилган (83,3% ва 93,3%). Болаларнинг 10,1% гина спортнинг баъзи турлари билан шугилланишган, солиштирма гурух болалари орасида эса спорт билан шугулланувчилар сони купрок 60% ни ташкил этади. Хар куни компьютер ва теливизор ёнида 3 соатдан ортик утирадиганлар 93,03% ташкил этди. АКБ даражасиI гурухда тананнинг барча кисмларини бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизликда ёшга мос курсатгичларда эди ва САКБ - 108±3,31 ва ДАКБ- 68,09±2,47 мм рт. ст.ни ташкил килди. II гурухдаги болаларнинг АКБ САКБ - 123,63 ± 1,41 ва ДАКБ - 78,51 ±1,31 мм рт. ст. (P<0,01). АКБ бу гурухдаги болаларда чегаравий курсатгичларда булиб, келажакда АГ га утиш хавфи булган омиллар гурухига киради. Абдоминал семизлиги бор болаларда СК ошганлиги 0,389±0,012ммоль/л гача аникланди; тананнинг барча кисмларини бир хил даражада ортиши билан кечадиган семизлиги бор болаларга нисбатдан- 0,223±0,011ммоль/л ни ташкил этди. АКБ чегаравий холатда булган болаларда СК даражаси хам баландлиги аникланди (0,402± 0,130 ммоль/л). Исботланган мусбат корреляция СК ва ТМИ, хамда АКБ уртасида аникланди. Асосий гурух болаларида глюкозанинг нохордаги даражаси 5,08±0,04 ммоль/л ни ташкил этди, семириш типидан каттий назар, солиштирма гурухда бу курсатгич анча паст - 4,71± 0,08 ммоль/л ни ташкил этди. Шу гурухда ТМИ нинг ортиши хам ИРИ нинг (r= +0,608) ва СКнинг даражасини (r = +0,201) ошиши билан кечган. Шунингдек бу гурухда ИРИ ошиши билан липидлар алмашинувининг бузилиши, β-липопротеидлар (r= +0,758), триглицеридлар (r = +0,740) микдорининг ортиши кузатилган. Аникландики МСнинг хавф гурухига (АС + 1 критерия: углевод ёки липидли маркер, ёки АГ) 8 (30%) болаларда кузатилган булса, тулик МС (АС + 2 ва ундан куп кушимча критериялар) 6 та болада (20%) кузатилди. Хулосалар: Болаларда семизликга олиб келувчи хавф омилларига гиподинамия, юкори калорияли овкатлар сабаб булади. Абдоминал семизлик липидлар алмашинувининг бузилиши, АКБ нинг ошиши, инсулинга резистентликнинг ортиши билан намоён булади. АС бор болаларнинг 1/5 да тулик метаболик синдром аникланди, 1/3 кисм абдоминал семизлиги бор булган болаларда 1 та кушимча критерияси аникланди ва бу эса бу гурухдаги болаларни метаболик синдром юзага чикиш хавфи бор болалар гурухига киритишга асос булади.

FEATURES OF IMMUNAL RESISTANCE IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH INFECTIOUS INFLAMMATORY DISEASES

Abdukamilova M.M. pediatrics, 6th year student, group 624, UCCH №1

TashPMI, Department of Hospital Pediatrics D.Sc. Alieva N.R.

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, PhD, Docent Turdieva D.E.

The relevance of the study: One of the urgent problems of pediatrics is infectious-inflammatory diseases (IVZ) in young children. At the same time, it is the simultaneous evaluation of the main links of the immunity (T and B systems and nonspecific protection) in their relationship during this period.Purpose of the study: on the basis of the study of the main links of the immune system to determine the features of the immune resistance of young children with infectious and inflammatory diseases.Materials and methods: 36 young children were examined with clinical manifestations of infectious and inflammatory diseases at the stage of treatment. The control group consisted of 20 healthy young children.Immunological studies included: the definition of immunophenotypes of subpopulations of T-lymphocytes and B-lymphocytes.The results of the study: The analysis of the content of T-lymphocytes in the blood of young children with IVZ showed a significant decrease in their relative numbers in the heat and stabilization phase 39.7 ± 0.91 and 42.2 ± 0.86%, respectively, compared with the control group 52, 4 ± 1.40% (P <0.05). When analyzing the content of CD4 cells, a significant decrease in their relative content in both phases of the IVZ was found to be 23.3 ± 0.48 and 25.4 ± 0.28% versus 27.8 ± 0.80% in the control.In the quantitative study of B-lymphocytes expressing the marker receptor CD19, a tendency to increase in the height of the peak and a significant increase in the stabilization phase were found. Conclusions:Thus, manifestations of the immune response in young children with IVZ are characterized, on the one hand, by the intensity of a number of indicators, and, on the other hand, by adequate reactions, at the level of the humoral link. These indicators indicate that in young children with this pathology, an immunodeficiency state develops, requiring preventive immunocorrective measures.

PECULIARITIESOFUNCOMPLICATED COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA INCHILDRENCONSIDERINGBLOODLEUKOCYTICINDICES

Antipova T.M., Hodzinska J.Y.

Department of Pediatrics and Infectious Diseases of Children

HSEI «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Scientific supervisor: associate professor Tarnavska S.I.

Objective: to improve the results of treatment of children suffering from community-acquired pneumonia (CAP) by means of studying diagnostic value of the blood leukocytic indices as risk markers of an unfavourable course of the disease. Materials and methods. 72 children suffering from CAP underwent a comprehensive examination. Considering the mean value of blood leukocyte shift index (BLSI) the children were divided into two clinical groups. I group included 28 children suffering from uncomplicated community-acquired pneumonia with BLSI ≥ 2,0 standard units (an average age - 7,8±1,6 years, including - 57,2±3,6% boys).II group included 44 children suffering from uncomplicated community-acquired pneumonia with BLSI <2,0 standard units (an average age - 6,8±1,1 years (p>0,05), including - 59,1±2,2% boys, (p>0,05). The groups of the study were comparable by the main clinical characteristics. Resultsanddiscussion. Theanalysisofthedataobtainedshowedthatthecourseof CAP amongchildrenoflgroupwithamarkedleukocyteformulaleftshift (BLSI ≥ 2 standardunits) was more frequently associatedwithseverityofcommunity-acquiredpneumonia>78 points by PSI scale, signs of pneumonia with confluent foci and segmental pneumonia on X-ray films. At the same time, the chances of a severe course of the disease 2,5 times increased reliably. The representatives of I group developed more frequent cases of complications in the form of exudative pleuritis, which chances of development 3,4 times increased. Atthesametimepatientsfrom I group, in spite of relatively lower frequency of development of febrile fever, developed a longer course of pneumonia, and the signs of bronchial obstructive syndrome were registered more often. ContrarytochildrenwithCAPandBLSI<2 standardunits, focalformsofpneumoniaonX-rayfilmswerefoundmorefrequently, andacuteinfectious-inflammatory process was more often localized on the level of the upper respiratory tractin the for mof suppurative sinusitis.Conclusions. In case of a marked value of intoxication index (leukocyte shift indexi≥2 standard units) the chances of an unfavourable course of community-acquired pneumonia in children 2,5 times increased.

EFFECT OF THE LONG-TERM USAGE OF INHALATION GLUCOCORTICOSTEROIDS ON PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

Bohdanova L.O., intern-pediatrician of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Pediatrics and pediatric infectious diseases (the chief of the department – PhD, MD, professor Koloskova O.K.)

Scientific adviser PhD, MD, ass. professor Ortemenka Ye.P.

The aim. To analyze retrospectively the probable effect of the long-term use of inhaled glucocorticosteroids (IGCS) on the physical development of school-age children with bronchial asthma. Material and method. On the basis of the pulmonological department of the the Regional children clinical hospital in Chernivtsi there has been conducted the retrospective analysis of the physical development of 50 asthma school-age patients who were under prolonged usage of IGCS. The assessment of physical development of patients has been performed by a centile method, taking into account the age of patients (using percentile tables "anthropometric indices to age").Results.Analysis of the data has showed that against the background of prolonged (on average 5.6 ± 0.5 years) usage of

IGCS, a height below (10-25 percentiles) average regarding to the age was recorded in 12% of all examined patients, and, as well, an low (5-10 percentile) or very low (<5 percentiles) height were noted in only 4 patients (6% and 2% respectively among all patients). At the same time, a very weak negative correlation between the duration of use of IGCS and the rate of patients' height (in percentiles) was registered (r = -0,2; P = 0,18).At the same time, overweight (body mass index (BMI)> 25 kg/m^2) was noted only in 5 of examined patients (10%), out which only one person (2%) had clinically significant (BMI> 30 kg/m^2) obesity. Simultaneously, a very weak positive (r = 0.3) and statistically unlikely (P = 0.06) association between the duration of IGCS treatment and the rate of BMI has been registered.Conclusion. It was established that prolonged usage of IGCS did not have a statistically significant effect on the physical development of asthmatic school-age children.

CLINICAL AND ETIOLOGICAL PICTURE OF COMMUNITY PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Jafarova M.A. pediatrics, 6th year student, group 624, UCCH №1

TashPMI, Department of Hospital Pediatrics D.Sc. Alieva N.R.

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, PhD, Docent Turdieva D.E.

Relevance of the study: Pneumonia is a serious public health problem due to its high prevalence, especially among young children. The urgency of this problem is also determined by the constant growth of antibiotic-resistant strains of key pathogens of community-acquired pneumonia. Purpose of the study: To study clinical and etiological picture of community-acquired pneumonia in young children in order to develop an effective scheme of antibacterial therapy.Materials and methods: 58 children were examined totally. 26 of them were children from 1 to 3 months and 32 of them were over 3 months. The material for bacteriological research was a pharyngeal smear and sputum. The results of the study: According to the results of etiological monitoring, the leading etiotropic flora of community-acquired pneumonia from the pharynx was Kl.pneumonia (24.5%). The high sensitivity of St.pneumonia to ceftrioxon, cefotaximehas has been found. The second most important causative agent was St. aureus (20.7%), the highest sensitivity of which was detected to gentamicin (83%).The leading etiotropic flora of community-acquired sputum pneumonia was St. pneumoniae (46.9%). High sensitivity of St.pneumoniae to ceftrioxon, cefotaxime. Cefazolin (42.8%) was prescribed as a starting antibiotic, and cefotaxime (37.4%) was used as an alternative antibiotic very often. Penicillin and ampicillin were prescribed less frequently. Combined antibiotic therapy was carried out in 29.4% of patients. The negative clinical effect of the prescription of the above antibacterial drugs in 19% of children older than 3 months required the appointment of a second course of antibiotic therapy. Ceftrioxon was used as the second course, gentamicin was in the second place. In all observed cases, clinical recovery was achieved.Conclusions:Themicroflora isolated from the pharynx and sputum, had different sensitivity to the action of antibacterial drugs. Preparations of choice for Kl.pneumoniae, St.pneumoniae, St. aureus should be considered ceftrioxone, cefotaxime and gentamicin.

CLINIC SALMONELLES IN CHILDREN

Khasanova G. A., Ibragimova X. N., Khasanov S.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute City Infectious Clinical Hospital № 4.

Department "Children's Infectious Diseases" (professor Tadjiev B.M.)

Acute intestinal infection in children in terms of incidence and prevalence occupy second place after acute respiratory viral infections. A modern feature of acute infectious diarrhea is the reduction of the role of bacterial pathogens, including Salmonella, Shigella, diarhegenic Escherichia.Objective: To describe the features of the clinical symptoms of modern salmonellosis in children.Material and methods: A one-time cross-sectional study of the clinical and epidemiological peculiarities of acute intestinal infections in children hospitalized in a specialized department was conducted on the basis of the Children's Infectious Diseases Hospital № 4 in Tashkent from January to December 2018. The etiology of the disease was determined using bacteriological examination of feces for pathogenic microflora, rotavirus antigens in feces were detected by the immunochromatographic method. All patients underwent paraclinical research methods, according to indications prescribed a biochemical study, determined the acid-base status, the level of electrolytes in the blood. A total of 205 patients with the clinic of acute infectious diarrhea were examined. Salmonellosis was diagnosed in 7.12% of children. Of these, monoinfection was recorded in 75.2% of patients. Mixed infection was most often a combination of salmonellosis with rotavirus infection (22.9%), rarely with campylobacteriosis (1.3%).A simultaneous course of all three infections was detected in one patient (0.6%). In 29.7% of cases, Salmonella was isolated from the intestines of children of the first year of life. In children from one year to three years, this figure was the same - 29.7%.Results and discussion: Among all cases of salmonellosis, occurring as monoinfection, children older than three years were registered in 40.6% of cases. Most often, children were hospitalized on the 3-4th day of illness. The seasonality characteristic of salmonellosis remained: during the winter months, 15.3% of patients were identified, in the spring - 18.6%, in the summer months - 31.4%, in the autumn - 34.7%. That is, the main rise in the incidence occurred in the summer-autumn period. In 6 patients, salmonellosis was severe; in one child, it was generalized (with enteritis, mesadenitis, pyelonephritis). 94% of hospitalized suffered this infection in moderate form. Mild forms of the disease were not registered, because these patients receive outpatient treatment. Gastritic gastrointestinal lesion was detected in one patient 0.8%, gastroenteritic - in 18.6%. The defeat of the gastrointestinal tract throughout its length was diagnosed in 19.5% of patients. Enteritis clinic was registered in 5.9% of children, enterocolitis - in 12.7%. Hemocolitis was observed most often in 41.5%. It was detected in all cases in combination with lesions of the small intestine (enterohemocolitis), or of the small intestine and stomach (gastroenterohemocolitis). The disease always began acutely - with a rise in temperature to febrile numbers (38.7 C). Stool frequency during the period of pronounced clinical manifestations of salmonellosis was on average (9.2 ± 5.4) times per day, the duration of diarrhea syndrome - (7.98 ± 4) days. Vomiting was recorded in 70 children with salmonellosis (59.3%), its frequency averaged (3.97 ± 3.2) episodes per day, duration - (2.1 ± 1.9) days. 71 (60.2%) children complained of flatulence, flatulence symptoms, 60 (50.8%) patients worried about abdominal pain. 54.2% of those hospitalized needed prescription of infusion therapy.

FEATURES OF FLOW AND CLINICAL MANIFESTATIONS IN ORAL ALLERGIC SYNDROME (OAS) IN CHILDREN

Makhkamova R.I.

Department of Allergology, Clinical Immunology, Microbiology Supervisor: Assistant Ph.D. Tukhtaeva O.T.

Mgr. Of department: prof. Yuldashov I.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute

The urgency of the problem. Clinical manifestations of food allergies in children cover a wide range of diseases of the skin, gastrointestinal and respiratory tracts, among which one of the most frequent is the oral allergic syndrome associated with pollen and food sensitization.The prevalence of oral allergic syndrome in different climatic and geographical regions is different. Thus, in children with an allergic background in different countries, a history of allergy symptoms to at least one product, and more than half of children with OAS, suffer from intolerance to more than two types of plant products. According to the results of clinical observations, several similar associations have been described: between poplar pollen and fruit of the Rosaceae family, wormwood pollen and celery, strawberries, ambrosia pollen, melons and grapes. It is established that the probability of developing OAS is higher in girls, and in patients with bronchial asthma.Purpose of the study. To study the clinical manifestations and features of of OAS in children.Material and research methods. A comprehensive clinical and laboratory examination of 42 children (aged 2-14 years, among them 31 girls and 11 boys) with oral allergic syndrome who were treated at the 1st Urban Children's Hospital for the period from 09.2018-02.2019 was conducted.The results of the study. In most of the patients studied, oral allergic symptoms develop in the first minutes after consuming fresh fruits or vegetables, less often after one or two hours. Characterized by the appearance of puffiness, tingling, itching and burning in the area of the tongue, gums, palate, lips, and erythematous elements in the perioral region, on the neck. Often there is nasal congestion, runny nose, sneezing, conjunctivitis. In most cases, the symptoms are short-term and stop themselves, but in some cases it is possible to combine with broncho-obstructive

syndrome, systemic reactions. Thus, the study found that in 36% of children with cross-food sensitization, a history of systemic manifestations without gastrointestinal symptoms was noted, 56% had gastrointestinal or respiratory symptoms in the absence of typical oral signs, and 2.0% of children had anaphylactic shock.Findings. Based on the above, given the volatility of symptoms, and lack of awareness of parents about them, children with an allergic background, having sensitization to various allergens, do not always complain about the manifestations of OAS associated with the use of food. In this regard, it is necessary to inform patients suffering from various forms of oral allergic syndrome about the likelihood of developing hypersensitivity to food allergens and to prevent the manifestations of anaphylactic shock.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICIENCY OF NONINVASIVE TREATMENT IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES

Makhkamova R.I. pediatrics, 6th year student, group 624, UCCH №1

TashPMI, Department of Hospital Pediatrics D.Sc. Alieva N.R.

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, PhD, Docent Turdieva D.E.

The relevance of the study: Recently, throughout the world there is a tendency to limit the use of drug therapy. In this regard, in the rehabilitation and treatment of young children, non-pharmacological methods of influence play a leading role, which have a milder, more gentle load on the body than drug therapy, affecting the entire body at the same time.Purpose of the study: Assessment of immunocorrective effectiveness of point phototherapy in young children with infectious and inflammatory diseases (IID).Materials and Methods: 46 young children were examined with an IID.A decrease in some indicators (interleukins) of the immune status of the examined patients was found in comparison with healthy children. During the study, two treatment regimens were developed and, depending on this, children were divided into two groups.The results of the study: The first group consisted of 22 young children who, in addition to the basic therapy, conducted single point phototherapy sessions. The second group of children consisted of 24 children who, in addition to the basic therapy, received point phototherapy sessions twice a day. Treatment of children who received a two-time phototherapy session in comparison with traditional treatment turned out to be more effective both in terms of clinical and immune status indicators. At the same time, the studied immunological parameters in this group achieved the indicators of healthy children and the change in blood hemoglobin in a positive way.The study of the dynamics of the indicators revealed that the children who received phototherapy sessions in a significantly earlier period, eliminated the local infection centers and decreased the bed days. They rarely developed anemia and malnutrition.Conclusions: Thus, the sessions of point phototherapy have a pronounced positive clinical and immunomodulatory effects on young children with IIDs.

EFFICIENCY OF PHYSICAL REHABILITATION IN CHILDREN

Makhmudova M., Bozorova M. students 302 groups of the pediatric faculty SamMI

Course of a propaedeutics of children's diseases (head of the course – doc. Rabbimova D.T.)

Supervisor: doc. Ibatova Sh.M.

Relevance. Rickets is a disease of infants and young children with bone formation disorder and insufficient bone mineralization, the leading pathogenetic link of which is deficiency of vitamin D and its active metabolites during the period of the most intensive growth of the organism. When the disease occurs, the deformation of the musculoskeletal system, affects the muscular system due to insufficient flow of energy-rich phosphorus compounds into the muscles. As a result, muscle laxity, bloating, anxiety, poor sleep, and sweating are noted. When rickets pronounced rachitic myopathy, looseness of the joints, chest deformity.Purpose of the study. Study of the effectiveness of physical rehabilitation of children with rickets. Studies were conducted in the family polyclinic №2 of Samarkand.Material and research methods. A total of 49 children with rickets were examined in the conditions of the family polyclinic №2 in Samarkand. Grade 1 disease was diagnosed in -23 (47%), and P degree y - 26 (53%) children. The acute course of the disease was observed in 21 (43%) children, subacute in 28 (57%) children. Along with the complex treatment of the disease, all children were given activities for their physical rehabilitation (physical therapy, therapeutic exercises, therapeutic massage). The greatest importance was attached to massage, which has a pronounced calming effect on the child, reflexively contributes to the normalization of breathing, improves the condition of the skin and muscles. Stroking massage was performed in the abdomen, back and limbs. When appointing gymnastic exercises to a child, classes began and ended with massage techniques.The results of the study. It has been established that in the examined children with rickets, the rehabilitation measures carried out improve the metabolic processes, prevent the progression of the disease, the deformation of the musculoskeletal system, stimulate the redox processes in the muscles and normalize sleep. Rehabilitation activities in children were carried out strictly individually, depending on the severity and period of the disease, the age and development of the child were also taken into account. Thanks to the exercises of physical therapy and therapeutic gymnastics, as well as massage, the examined children normalized the psychomotor development of the child and significantly stopped the development of bone and cartilage deformities, which contributed to the timely formation of motor skills.Findings. Thus, with rickets in children, along with the organization of proper feeding and complex treatment, it is imperative that physical rehabilitation be carried out. Children are recommended to have hardening procedures, therapeutic gymnastics, therapeutic massage and physical therapy, which favorably affect the physical and neuropsychic development of young children, contribute to the timely formation of motor skills and their consistent improvement. Physical rehabilitation along with complex treatment contributed to the strengthening of the body and contributed to the overall development of children with rickets.

EFFICIENCY OF PHYSICAL REHABILITATION IN CHILDREN WITH VITAMIN D-DEFICIENT RACHITIS

Makhmudova M., Bozorova M. students 302 groups of the pediatric faculty SamMI

Course of apropaedeutics of children's diseases (head of the course – doc. Rabbimova D.T.)

Supervisor: doc. IbatovaSh.M.

Relevance. Rickets is a disease of infants and young children with bone formation disorder and insufficient bone mineralization, the leading pathogenetic link of which is deficiency of vitamin D and its active metabolites during the period of the most intensive growth of the organism. When the disease occurs, the deformation of the musculoskeletal system, affects the muscular system due to insufficient flow of energy-rich phosphorus compounds into the muscles. As a result, muscle laxity, bloating, anxiety, poor sleep, and sweating are noted. When rickets pronounced rachitic myopathy, looseness of the joints, chest deformity.Purpose of the study.Study of the effectiveness of physical rehabilitation of children with rickets. Studies were conducted in the family polyclinic №2 of Samarkand.Material and research methods. A total of 49 children with rickets were examined in the conditions of the family polyclinic №2 in Samarkand. Grade 1 disease was diagnosed in -23 (47%), and P degree y - 26 (53%) children. The acute course of the disease was observed in 21 (43%) children, subacute in 28 (57%) children. Along with the complex treatment of the disease, all children were given activities for their physical rehabilitation (physical therapy, therapeutic exercises, therapeutic massage). The greatest importance was attached to massage, which has a pronounced calming effect on the child, reflexively contributes to the normalization of breathing, improves the condition of the skin and muscles. Stroking massage was performed in the abdomen, back and limbs. When appointing gymnastic exercises to a child, classes began and ended with massage techniques.The results of the study. It has been established that in the examined children with rickets, the rehabilitation measures carried out improve the metabolic processes, prevent the progression of the disease, the deformation of the musculoskeletal system, stimulate the redox processes in the muscles and normalize sleep. Rehabilitation activities in children were carried out strictly individually, depending on the severity and period of the disease, the age and development of the child were also taken into account. Thanks to the exercises of physical therapy and therapeutic gymnastics, as well as massage, the examined children normalized the psychomotor development of the child and significantly stopped the development of bone and cartilage deformities, which contributed to the timely formation of motor skills.Findings. Thus, with rickets in children, along

with the organization of proper feeding and complex treatment, it is imperative that physical rehabilitation be carried out. Children are recommended to have hardening procedures, therapeutic gymnastics, therapeutic massage and physical therapy, which favorably affect the physical and neuropsychic development of young children, contribute to the timely formation of motor skills and their consistent improvement. Physical rehabilitation along with complex treatment contributed to the strengthening of the body and contributed to the overall development of children with rickets.

DYNAMICS OF INCIDENCE AND PREVALENCE OF DISEASES AMONG CHILDREN IN UKRAINE

Mikalyuk. L.V. Department of Social Medicine and Public Health

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Introduction. It is known that the health of the nation is determined by the health of children. The level of development of the younger generation, its physical and mental potential, is a prerequisite for the country's exit from the socio-economic crisis. Indicators of the health of women and children, as well as mortality rates, are considered as the most important indicators of social well-being of the population. Due to the socio-economic disadvantages of recent years, the dynamics of the health of children's population of our country has a negative trend. The number of children with chronic pathology is increasing, children's disability is increasing.Aim. To estimate dynamics of incidence and prevalence of children morbidity in 2013-2018 in Ukraine.Results. Against the backdrop of a decrease in the number of children (8003281 children 0-17 years in 2013 and 718512 in 2018), the incidence and prevalence of illness remains high: the incidence of diseases was 1980.54 in 2013 and 1742.3 in 2018. per 1000 children of the corresponding age, and the incidence - 1440.09 and 1274.76, respectively.If by 2012 both the incidence and the prevalence of diseases increased, then from 2013 there was a tendency to decrease them. Our analysis of the dynamics of morbidity and prevalence of diseases in the main classes of diseases has shown that the decrease in both the incidence and prevalence of diseases in children 0-17 years old occurred in all classes, with the exception of neoplasms. More intensive rates of disease prevalence decline are characteristic of some infectious and parasitic diseases and mental and behavioral disorders (21.5% and 20.5% respectively), and lower incidence - for endocrine diseases, nutritional disorders and metabolic disorders and circulatory system diseases (by 25.5% and 24.1% respectively).In the structure of the incidence of children 0-17 years in 2018, as in previous years, respiratory diseases (67.11%), skin and subcutaneous tissue (5.14%), some infectious and parasitic diseases (3.58%), injuries, poisoning and some other effects of external factors (3.87%), diseases of the digestive system (3.6%), eyes and adnexa (3.39%).During all five years, the incidence and prevalence of disease in certain age groups had its own peculiarities. Thus, in Ukraine in general, the incidence rate of children under six years of age exceeded the incidence of children in the first year of life (1377.24 and 1249.18 per 1,000 children of the corresponding age in 2018) with a subsequent decrease in the age of 7-14 and at the age of 15-17 years (1198.33 and 1188.6 per 1000 and 10,000 respectively), and the prevalence of diseases increased with age (1589.9 in children 0-6 years old, 1776.78 in children 7-14 years old and 2083.2 in adolescence).Conclusion. Such a situation of morbidity and prevalence of illnesses suggests that the increase in morbidity is related to the social, environmental and economic factors that are pivotal in the political and social development of the country, and the need for close attention to solving problems, both at the state level and at the level of health care.

FEATURES NAIL BED CAPILLARIES IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS AND ARTERIALHYPERTENSION

Mikhieieva T., PhD, assistant of the department of pediatrics, neonatology and perinatal medicine of BSMU

Department of pediatrics, neonatology and perinatal medicine (chef of the department - professor Nechytailo Yu.N.)

Bukovinian state medical University, Ukraine

Scientific advisor: professor Nechytailo Yu.N.

Background: Among digestive diseases in children gastroduodenal lesions dominated areas, ie gastroduodenitis. Today we know that chronic diseases pathogenesis of gastroduodenal complex and multifaceted. Of particular importance in the development of this disease belongs to a group of disorders of microcirculation. Microcirculation responsive to the action of various pathological factors, so it is a violation can be an early sign, and prolonged action - persistent and often the only sign of the disease. Proved that microcirculatory changes determined gastroduodenitis option and is quite early marker of the degree of target organ damage. Methods:It examined 80 children who were hospitalized in the gastroenterology department of Children's Clinical Hospital in Chernivtsi. Their average age amounted 13,6±0,12 years. We used the following methods: clinical, anthropometric, laboratory, and statistical tools. To assess microcirculation children spent capillary microscopy nail bed with a digital microscope with 400- fold magnification. Saved photos were evaluated on a portable computer with a special program. Results:In children surveyed the distribution of chronic gastroduodenal pathology and arterial hypertension in them. All children to evaluate the microcirculation conducted biomicroscopy capillary nail bed and found the following changes: pathological tortuosity of capillaries, spazmovanist capillaries, slowing blood flow, the phenomenon of "sladge" abnormal form capillaries changes arteriovenous ratio changes caliber, reducing the total number of capillaries per unit area, the availability of additional anastomoses. Reviewed by: perivascular changes, vascular changes (venules, arterioles and capillaries), intravascular changes (venules, arterioles and capillaries). Most children from the first group of nail bed capillaries had a standard U- shaped arrangement of parallel capillaries. Most children from the second group capillaries nail bed also had a standard U-shaped with parallel arrangement of capillaries, pathological tortuosity of capillaries observed in six children (20%), spazmovanist capillaries - in four children (13%), slowing blood flow was observed in one child (3%), the phenomenon of "sladge" - in one child (3%). Conclusion:Thus, the above changes in the nail bed capillaries in school age children with chronic gastroduodenal pathology may be early signs of diseases of the stomach and duodenum.

THE LEVEL OF ANXIETY IN SCHOOLAGE CHILDREN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Nechytailo D., PhD, associate professor of the department of pediatrics, neonatology and perinatal medicine of BSMU

Department of pediatrics, neonatology and perinatal medicine (chef of the department - professor Nechytailo Yu.N.)

Bukovinian state medical University, Ukraine

Scientific advisor: professor Nechytailo Yu.N.

Background:In the last time cardiovascular diseases have one of the leading positions in the world among children deseases. Typically, hypertension in children is the result of autonomic dysfunction, which in turn is closely linked to the psychological state of the child and the level of anxiety.Methods: We examined 30 school age children (average age 14.7 years) from. Chernivtsi-city. The children were divided into two groups: basic and control. The basic group (20 children) includes children with diagnosed arterial hypertension. In the control group (10 children) were healthy children. To assess the level of anxiety was used scale of Spielberger-Hanin.Results:The average level of situational anxiety in children of the basic group was 35.4 points, which is a moderate level of anxiety. The average level of anxiety in children of the control group was low (27.6 points). A similar pattern was observed when assessing the level of personal anxiety. Average level of personal anxiety in children from basic group was 42.6 points, which is actually border with high level of anxiety. In addition, 4 (25%) children personal anxiety level was above 40 points, that mean high index. In the control group the average level of personal anxiety was low and had 28.7 points.Conclusion:Thus school age children with arterial hypertension observed significantly higher levels of both personal and situational anxiety that have negative impact on prognosis of the disease course. In addition, for more effective treatment of hypertension in school age children, special attention should be given to methods of reducing anxiety in these children.

APPLICATION OF PREPARATIONS OF VALPROIC ACID FOR TREATMENT OF EPILEPSY IN CHILDREN

Sattarova M.M., Nishonova E.Kh., 315- group students, 2 pediatric faculty, TashPMI

Department of Pharmacology, Physiology (Head of Department – DSc. Aminov S.J.)

Supervisor - Associate Professor, Candidate of Medical Sciences (Ph.D) Ziyayeva Sh.T.

Relevance. Epilepsy is one of the most common diseases of the nervous system. 0.5-1% of the population suffer from this disease. Epileptic seizures can debut at any age - from the neonatal period to very old age. The most common epileptic seizures occur in children up to 15 years.Objective. The main goal of the treatment of epilepsy is to prevent the development of epileptic seizures and cognitive deficits, which is achieved by using antiepileptic medicines with ensuring their constant adequate concentration in the blood. For this purpose, the medicine Convulex is currently widely used.Materials and methods. Convulex is available in the form of syrups for children 50 mg / 1 ml in vials in combination with a measuring syringe or in the form of a tablet of prolonged action by G.L.PHARMA, GmbH Austria. The active substance is valproic acid. During the work, the results of the protocols and clinical data were studied, the scientific literature and the Internet data were analyzed.Results. Valproic acid has been found to increase the synthesis and release of GABA, the main inhibitory mediator of the central nervous system due to inhibition of the enzyme GABA transferase and potentiates GABA-ergic transmission in certain regions of the brain. It was also found that valproic acid reduces the release of excitatory β-hydroxybutyric acid and weakens the process of excitation caused by the activation of N-methyl-D-aspartate (NMDA) glutamate receptors. In addition, valproic acid directly affects excitable cell membranes and reduces the paroxysmal discharges of neurons, blocking voltage-dependent Na+ channels and Ca+ channels. There is an assumption that the medicine affects dopaminergic and serotonergic transmission, which makes it effective in a number of nervous and mental diseases. Valproic acid is not only a GABA-ergic medicine, but also has a complex mechanism of action, affecting different parts of epileptogenesis. In this regard, the medicine is effective in attacks of different types, both partial and generalized, and can also be successfully administered in the starting monotherapy for patients with an unidentified form of epilepsy. They do not have the phenomenon of “addiction” and in the case of the effectiveness of therapy in process does not require an increase in dose. There are following contraindications of the medicine: hypersensitivity to valproic acid and its salts or components of the drug, liver failure, acute and chronic hepatitis, dysfunction of the pancreas, porphyria, severe thrombocytopenia, combination with mefloquine, hunter perforated, lamotrigine, impaired urine exchange, lactation.The activity of valproic acid (N-dipropyl acetic acid or 2-propylpentanoic acid) has been proven in relation to the most different types of epileptic seizures. According to numerous studies inmonotherapy with valproic acid, persistent long-term remission can be obtained in more than 50% of patients also used as monotherapy - 52%, in patients with generalized forms of epilepsy -59%, in patients with partial forms - 44.5%, in patients with idiopathic generalized epilepsy - 85% and more than 90% of cases in certain forms of idiopathic generalized infection, such as childhood abscess epilepsy and epilepsy with generalized convulsive seizures on waking.Findings. Thus, Convulex is successfully used in children, in various forms of epilepsy and types of seizures, both in mono - and in polytherapy. The medicine is characterized by good tolerability, is associated with a low frequency of drug complications, and most side effects are dose-dependent and do not require discontinuation of the drug.

DIAGNOSTIC VALUE OF NONSPECIFIC BRONCHIAL HYPERRESPONSIVENESS IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT SEVERITY SCORES OF BRONCHIAL ASTHMA ATTACKS

Shakhova O.A., assistant of the department of pediatrics and pediatric infectious diseases

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine (Scientific leader – prof. Olena Koloskova)

Head of the department prof. Olena Koloskova

The Aim. Rate indices of nonspecific bronchial hyperresponsiveness to direct and indirect stimuli in adolescents with varying severity of asthma attacks was evaluated.Materials and methods. 42 teens suffering from bronchial asthma were examined in postattack period. At admission to hospital severity of bronchial obstruction was studied using point scale: increasing of manifestations of bronchial obstruction was displayed with increasing of total attack score. Study of bronchial hyperreactivity was performed using standardized inhaled histamine spirometric test ($PC_{20}H$) taking into account the recommendations for the standardization of research. Indices of bronchial nonspecific hyperresponsiveness were investigated with regard to their lability in response to exercise and bronchodilatory effect of salbutamol on average during 4.6 months of prospective observation before the development asthma attack.The Results.There was estimated that in a severe attack rate of bronchial lability, showing the severity of bronchospasm on physical stress and bronchodilatory effect of salbutamol was 37,3±4,9% (95% CI:13,2-29,3), as compared to a mild attack: 17,6±2,9% (95% CI:6,7-16,7), ($P < 0,05$). To determine the probability of severe asthma attack the sensitivity of index of $PC_{20}H$ test less than 1.0 mg/ml was 71,4%, and the sensitivity of bronchial reactivity to this direct bronhospasmogenic stimulus – 60,0%. These results suggest, that on the background of the basic treatment in adolescents presence of bronchospasm to physical stress more than 15,0% is a highly specific test (90,9%), which increases the post-test probability of severe asthma attack by 35,6%, with the significant odds ratio of the event 11,6.Conclusion. The sensitivity of the bronchi to histamine at concentrations less than 1,0 mg/ml can be used to screen and index of the bronchial lability more than 15% - to confirm the possibility of severe asthma attack in the nearest catamnesis.

OFTEN ILL CHILDREN (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS)

Sobirova F.O.

Supervisor: assistant Amanova N.A

Department of hospital Pediatrics №1 with the basics of alternative medicine

Tashkent Pediatric Medical Institute

Often and long-term ill children - one of the most important medical and social problems of Pediatrics. According to the recommendations of the research Institute of Pediatrics, the group often ill are children who in the 1st year of life registered up to 5 or more acute diseases and exacerbations of chronic diseases, in the 2nd and 3rd years -6 or more, in the 4th year -5 or more, in the 5th and 6th years-4 or more, in the 7th year of life and then -3 or more diseases during the year. Some authors consider that different criteria of frequency of acute diseases depending on age are necessary.Often ill children in the first 7 years of life account for 49.5% of all reported cases. The level of morbidity among often ill children is 3.5 times higher than among occasionally ill, its peak falls on the first 5 years of life. In the comprehensive assessment of health status according to the 5 - group principle proposed by the Institute of hygiene of children and adolescents to 3 and 4 groups of health was attributed almost 2 times more often ill children than occasionally ill. Often ill children are a threatened contingent in terms of the formation of chronic diseases and an increased level of the total morbidity of the child population.According to the results of a social survey of parents of children attending preschool institutions, there are 3 main groups of risk factors for frequent diseases: perinatal, social and hygienic (incorrect mode of life of the child in the family, insufficient stay in the fresh air, low mobility during a walk), others (frequent diseases of the child at the 1st year of life, early artificial feeding). The results of our research revealed more than 15 Exo and endogenous factors contributing to the occurrence of frequent diseases in organized preschool children.The morbidity of young children is greatly influenced by the place of education of the child and the age at which he began to attend kindergarten. The later children begin to visit the institution, the less they get sick. Thus, children who are brought up in a manger are sick 3-5 times more often than their peers who are brought up at home. Unfavorable premorbid background (anemia, rickets, anomalies of the Constitution, dystrophy) among often ill children occurs 1.5-2 times more often than among occasionally ill children.

Акушерство и гинекология

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИММУН-5» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Акбаров С.А. студент 405 группы медико-педагогического факультета ТашПМИ

Совместная Узбекско-Российская клиника "Andromed Elite"

Научные руководители: профессор Маматкулов И.Х., к.м.н. Акбаров А.С., проф., д.б.н. Игнатов П.Е.

Цель работы: Определить место и значение отечественного иммунокорректора «Иммун-5» в комплексном лечении мужского бесплодия Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 50 пациентов с диагнозом: «Первичное бесплодие» в возрасте от 25 до 32 лет. У 100 процентов, обследованных регистрировалось наличие ассоциации в виде двух и более инфекционных ТОРЧ-агентов (хламидия и токсоплазмоз, уреаплазмоз и микоплазмоз, токсоплазмоз и ЦМВ-инфекция). Лабораторными критериями для оценки качества исследования были определены ИФА-диагностика в качестве скрининга и ПЦР-диагностика в качестве контроля излеченности. При этом у них была исключена эндокринная патология, которая могла бы привести к снижению фертильности спермы. Всем испытуемым в комплекс лечебных мероприятий, помимо антибактериальной и антивирусной терапии был применен отечественный иммунокорректор «Иммун-5», представляющий собой тканевой гидролизат, который является мощным активатором гуморального звена иммунитета, а также фагоцитоза, что способствует повышению сопротивляемости организма к инфекционным заболеваниям различной этиологии. Данный препарат хорошо зарекомендовал себя при лечении ВИЧ-инфекции, бруцеллёза, гепатита С. Препарат был назначен в виде 15-дневного курса по одной капсуле два раза в день после еды. Переносимость препарата у всех пациентов была абсолютной, каких-либо побочных эффектов отмечено не было. Результаты: Установлена лучшая переносимость антибактериальной и антивирусной терапии у пациентов с ТОРЧ-инфекцией, принимающих Иммун-5 в сравнении с контрольной группой. Показатели фертильности спермы (количество сперматозоидов в 1 мл, процент активно подвижных и живых сперматозоидов, морфологические показатели) также оказались на порядок выше по сравнению с контрольной группой пациентов, принимающих антибактериальную терапию без каких-либо иммуномодуляторов. Выводы: Таким образом, отечественный иммунокорректор Иммун-5 рекомендован к применению в комплексной терапии ТОРЧ-инфекций при мужском бесплодии для более эффективного лечения, лучшей переносимости антибактериальной терапии и более быстрого восстановления фертильности спермы. Препарат рекомендован к широкому применению при наличии любой из ТОРЧ-инфекций, имеющей место при бесплодном статусе.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ TORCH – ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Аслонова М.Ш. 506 – группа, факультет педиатрии ТашПМИ

Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней

Научный руководитель: Атамухамедова Д.М.

Цель исследований: изучить проявлений эпидемического процесса TORCH-инфекций у беременных и совершенствования мер профилактики. Материалы и методы. Ретроспективный анализ 5733 беременных женщин на TORCH–инфекцию за 2009-2014 гг. из г. Ташкента, из них в I-триместре беременности 1872 женщин, во II-триместре - 1723 и в III-триместре 2138 беременных женщин. Результаты и обсуждение. Анализом результатов исследований установлено, что у беременных женщин частота выявления маркеров хронической инфекции хламидиоза – 15,3%, уреоплазмоза – 21,1%, микоплазмоза – 22,9%, токсоплазмоза – 13,4%, ЦМВ – 91,7%, ВПГ – 90,8%. Как видно из представленных данных наиболее распространенными являются цитомегаловирусная инфекция и простой герпес. Исследования, проведенные на наличие текущей острой инфекции у беременных женщин показали, что частота выявления маркеров острой TORCH–инфекции была значительно меньше: хламидиоз – 9,7%, уреоплазмоз – 2,1%, микоплазмоз – 2,0%, токсоплазмоз – 2,1%, ЦМВ – 2,6%, ВПГ – 10,6%. Низкая регистрация может быть объяснена коротким сроком - до 3-х месяцев существования антител класса М, вялым течением инфекционного процесса и поздним обращением и лабораторным обследованием инфицированных лиц. Из 5733 обследованных беременных женщин маркеры хронических TORCH-инфекций были выявлены у 2604 (45,4%). Вывод. Частота выявления маркеров острой TORCH-инфекции нарастает по мере увеличения количество беременностей и беременность является одним из факторов, определяющих интенсивность эпидемического процесса ТОРЧ-инфекций и распространенность маркеров этих инфекций среди женщин коррелируется со счетом их беременностей. Маркеры острой TORCH-инфекции были выявлены у 4,2% первородящих и у 5,8% повторнородящих женщин.

РОЛЬ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ПОДГОТОВКЕ И ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

Газиева Х.Ш., Нурмухамедов А.И., Юсупова И.Ш., Абдуллаева М.А., Мирзаева Б.М., Юнусова Л.И. младшие научные сотрудники,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научный руководитель - к.м.н., старший научный сотрудник Нурмухамедов А. И.

Цель работы – изучить влияние витаминно-минерального комплекса Бейбинорм пренатал на течении беременности у женщин. Материал и методы исследования. Пациенткам (20) с первичным бесплодием на фоне основного базисного лечения(по показаниям - гормональная и противовоспалительная терапия) назначали витаминно-минеральный комплекс Бейбинорм пренатал (ООО «Vitamore», Узбекистан) по 1 таблетке 1 раз в сутки(основная группа). Группу сравнения составили пациентки, получавшие только основную стандартную базисную терапию. Лечение проводили в соответствии с индивидуальными особенностями каждой женщины, с учётом анамнеза, возраста, климатических условий и условий труда. Обязательно учитывали профессию, соматический анамнез, условия окружающей среды и, питание. Особое внимание уделяли заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Результаты. При воспалительных изменениях нарушались абсорбция питательных веществ, что в итоге сказывалось на здоровье женщины и плода. На ранних сроках беременности потребности женского организма были практически такие же, как до беременности, но была необходимость в витаминах и микроэлементах. Во время беременности меняли не только количество необходимых организму женщины микронутриентов, но и их соотношение. В сравнении с пациентками, получавшими только основную стандартную базисную терапию без продукта Бейбинорм пренатал, у женщин основной группы чаще и раньше(на более ранних стадиях лечения) наступала беременность за счет укрепления защитных сил организма и профилактики отрицательного влияния вредных экзогенных и эндогенных факторов. По-видимому, оптимальное содержание в составе таблетки Бейбинорм пренатал витаминов A, E, D3, C, B1, B2, B5, B6, B9, B12, PP и микроэлементов магния, железа, меди, цинка, марганца, йода, молибдена, селена, хрома, оказывает благоприятное многокомпонентное влияние на различные сложные физиологические процессы в организме женщины. Это влияние на железы внутренней секреции, минеральный, белковый, жировой и углеводный обмен, на процесс кроветворения, синтез гемоглобина. Важнейшей медико-социальной задачей любого государства является охрана здоровья матери и ребенка. Рациональное питание женщин до и во время беременности определяет здоровье будущей матери и полноценное развитие ребенка. Для беременных потребность в микронутриентах на 25% больше, чем у небеременных женщин того же возраста, а дефицит микронутриентов имеется до 50% у беременных женщин. Высокая частота встречаемости полигиповитаминозных состояний у беременных женщин, в том числе с высоким социально-экономическим уровнем жизни, обуславливает необходимость регулярного применения поливитаминных комплексов на протяжении всей беременности и во время планирования беременности и лактации. Использования витаминов с профилактической целью подтверждается снижением риска рождения детей с врожденными пороками развития, недоношенных детей и детей с сердечнососудистой патологией. Необходимо поддерживать баланс витаминов и минералов в организме беременной или готовящейся к зачатию женщины. Выводы. Применение витаминно-минерального комплекса Бейбинорм пренатал не только обеспечивает благоприятное течение беременности, формирование здорового плода, но и минимизирует риски осложнений беременности.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДВУРОГОЙ МАТКОЙ

Гофурова М.Н., студентка 516 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав.каф. – д.м.н. проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель ассистент Ким В.О.

Цель работы: Изучить исходы беременности и родов у женщин с двурогой маткой. Материал и методы исследования: Нами были проспективно и ретроспективно обследованы и изучены истории болезней и родов 13 беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в родильном комплексе №3 и в Областном Перинатальном центре г. Самарканд за 2017-2019 года, у которых достоверно диагностировано наличие аномалии развития половых органов в анамнезе или же в процессе обследования при обращении к врачу. Результаты: Среди обследованных нами женщин возрастной диапазон составил 21-29 лет. Паритет составил: 9 - повторнобеременных и 4 – первобеременных. В анамнезе у женщин бесплодие, невынашивания беременностей, у 1 женщины – метропластика. Мы наблюдали 1 случай дизиготной многоплодной беременности в 2 рогах матки, в процессе развития которой один плод погиб на сроке 7-8 недель, а второй родился преждевременно на сроке 32 недели путем кесарева сечения. Грозное осложнение, такое как разрыв матки было у одной беременной, у которой был летальный исход для ее самой и для плода. У 2 женщин были повторные операции кесарева сечения по поводу диагностированных ранее аномалий развития матки при первой беременности: у 1 из них операция была выполнена в сроках 34-35 недель из-за несостоятельности послеоперационного рубца, у другой в 33 недели, вследствие начавшегося кровотечения из низко расположенной плаценты. Выводы: Основываясь на результатах исследования, видно, что ни беременность, ни роды у женщин с аномалиями развития матки не протекают без осложнений. Приоритетным остается своевременная диагностика аномалий развития матки, чтобы снизить, и по возможности, предотвратить такой исход, как летальность.

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ТРАНСМИССИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования. Анализ эффективности проводимой специфической антиретровирусной терапии в профилактике пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 21 истории родов, обменных карт и историй новорожденных за 2016-2018 год в Перинатальном центре. Результаты исследования. В 2016-2018 году у 21 ВИЧ- инфицированной женщины беременность завершилась родами. Всего родилось живыми 21 детей с перинатальным контактом по ВИЧ инфекции. Число ВИЧ-инфицированных женщин, которым был проведен полный курс антиретровирусной терапии во время беременности, составило 86%. Первый этап специфической профилактики не проводился в случаях отсутствия диспансерного наблюдения вовремя беременности, при поздней постановке диагноза или отказа женщины принимать препараты. Антиретровирусную терапию в родах проводили у 30 женщин, что составило 96,7%. Во всех случаях грудное вскармливание не проводилось. Выводы. Проведение специфической антиретровирусной терапии позволяет существенно снизить риск вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Наиболее эффективно проведение АРВ терапии на сроках беременности начиная с 14 недели, но не позднее 28 недель беременности. Своевременное начало антиретровирусной терапии у женщины планирующей беременность – один из критериев эффективности профилактических мероприятий.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Закирова К.Г. - 206 М, Б.З.Кудратова 206 М, Басмои Хаким – 307 П

Хатлонский Государственный медицинский университет, Таджикистан

Кафедра фармакологии и микробиологии Научный руководитель - к.м.н. Исоева Б.И.

Цель исследования. Изучение эффективности применения препарата магния у женщин предменструальном синдроме. Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 40 женщин с ПМС. У всех обследованных проведен анализ течения ПМС. Средний возраст женщин в группах был 21,6±2,4 и 22,2±2,7 лет соответственно. Все женщины были разделены на две группы, сопоставимые по основным характеристикам. Первую группу (основную) составили 20 женщин, которым назначался препарат магния В6 в течение 2 недель перед менструацией. Женщинам второй группы терапия препаратами магния не проводилась. Результаты исследования. В результате проведенных психодиагностических исследований выявлено, что практически у всех больных с ПМС имеются психопатологические изменения, наиболее выраженные при сочетании с отягощённым репродуктивным анамнезом. Для женщин с ПМС была характерна разнообразная клиническая симптоматика. Жалобы, связанные с психоэмоциональными и вегетативными расстройствами зарегистрированы у всех женщин с ПМС. Основные проявления выражались в эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, повышенной возбудимостью и плаксивости. Наблюдались обидчивость, сердцебиение в покое, нарушение сна, слабость, повышенная утомляемость, колебание артериального давления. Учитывая результаты проведенного психологического тестирования и психо-вегетативные нарушения, чрезвычайно важным для оптимизации психологического статуса женщин с ПМС было назначение препарата магния В6 по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 2 недель перед менструацией. Повторное обследование, проведенное после лечения выявило что у женщин первой группы по сравнению со второй группой лечение препаратом магния позволило снизить тревожность, напряженность, повысить активность, настроение, психологическую стрессоустойчивость и социальную адаптацию, способствуя тем самым оптимизации психоэмоционального статуса женщин. Выводы. Применение препаратов магния способствует снижению выраженности психовегетативных симптомов у женщин с предменструальным синдромом. Применение препаратов магния в течение нескольких циклов способно увеличить эффективность назначаемой терапии и повысить качество жизни женщин.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Индиаминова Г.Н., ассистент кафедры Акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии 5-6 курсов (зав. курса – Жураева Г.Э.)

Научный руководитель: Жураева Г.Э.

Цель исследования: Определить функциональное состояние фетоплацентарного комплекса с помощью эхографии и допплерографии при различных формах артериальной гипотензии. Материалы и методы исследования: Исследованы 64 беременные, в сроке от 26 недель беременности до 41 недели. Ультразвуковое исследование с допплерографией, эхографическое исследование. Результаты: Для определения состояния фетоплацентарной системы при помощи эхографического исследования и допплерометрии обследовано 64 беременных в сроки от 26 до 41 нед. Среди них 23 (53,75%) пациенток были с исходной артериальной гипотензией, 21 (46,25%) с впервые возникшей во время беременности артериальной гипотензией, и 20 (26,6%) беременных, с нормально протекающей беременностью, (контрольная группа). По итоговым индексам, шкалы оценки функционального состояния фетоплацентарной системы с помощью ультразвукового исследования (И.С. Сидорова и соавт., 2008), у беременных с исходной артериальной гипотензией чаще всего определяли компенсированную форму ФПН (фето-плацентарная недостаточность) - 11,6% наблюдений, и субкомпенсированную форму ФПН - у 5,8% беременных. В группе беременных с впервые возникшей артериальной гипотензией также чаще всего определяли компенсированную форму ФПН - в 20,3% наблюдений, субкомпенсированная форма ФПН отмечена - у 6,8% беременных.В подавляющем большинстве (93,1%) наблюдений контрольной группы эхографических признаков ФПН на момент исследования обнаружено не было. Выявленные патологические

изменения в фетоплацентарной системе при артериальной гипотензии оказывают отрицательное влияние на состояние плода и новорожденного. У беременных с исходной артериальной гипотензией снижение МПК (маточно-плацентарный кровоток) отмечено у 8,2% пациенток. Чаще эти нарушения отмечались у беременных с впервые возникшей артериальной гипотензией (17,6%). Отмеченные нарушения гемодинамики обусловлены следующим: патологией второй волны инвазии цитотрофобласта, которая приводит к спазму сосудов, снижению межворсинчатого кровотока и возникновению тканевой гипоксии. Выводы: Таким образом, течение фетоплацентарной недостаточности у беременных с артериальной гипотензией сопровождается нарушением маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока и патологическими признаками нарушения реактивности сердечно-сосудистой системы плода, что выявляется с помощью эхографии, доплерографии. Своевременное и комплексное применение профилактики ФПН у беременных с артериальной гипотензией позволяет снизить частоту осложнений во время беременности и родов.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ, МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Куджмурадова С.Х.-205 П, Х.Х.Бободжонов - 307 П, З.Б.Назармаматова - 106 М

Хатлонский Государственный медицинский университет, Таджикистан.

Кафедра фармакологии и микробиологии Научный руководитель- к.м.н. Исоева Б.И.

Цель исследования. Выявление взаимосвязей между особенностями образа жизни, медико-социальными факторами беременных женщин и наличием отклонений в их здоровье, течением беременности и исходом родов. Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили женщины, родившие в родильном доме №1 г.Душанбе. Был проведен ретроспективный анализ истории родов 118 женщин родивших в прошлом году. Возраст варьировал от 19 до 38 лет, из них первородящих было 35, повторнородящие – 69 и 13 - многорожавщих женщин. Результаты исследования. Женщины, соблюдавшие режим труда и отдыха, соответственно заботились о своём здоровье и посещали врача при первых симптомах заболевания (r=0,376). Наличие конфликтов в семье у женщин в свою очередь характеризовалось прямой корреляционной взаимосвязью средней силы с неудовлетворённостью работой и наличием у них финансовых затруднений (r=0,348 и r=0,302 соответственно). Оценка по шкале Апгар у новорождённых на 5 минуте жизни, имеет положительную корреляционную связь слабой силы с частой прогулок их матерей на свежем воздухе для отдыха (r = 0,229). Фрукты содержат множество витаминов и микроэлементов, необходимых для нормального развития плода. Выявлена связь средней силы между регулярностью употребления фруктов женщинами и оценкой их новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте жизни (r = 0,547). Выводы. Таким образом, выявлена определённая взаимосвязь между некоторыми параметрами образа жизни, медико-социальными факторами у беременных женщин, своевременная коррекция которых может улучшить их психо-эмоциональный статус, состояние здоровья, способствовать нормальному течению беременности и исходу родов. Образ жизни женщины до предполагаемой беременности и во время её течения может оказывать существенное влияние на развитие плода и исход родов. Важным для рождения здорового потомства является физическое и психическое здоровье матери. Как следствие, необходимо формирование приверженности женщин к правильному образу жизни, отказу от вредных привычек, регулярному отдыху и питанию, особенно находящихся в группе риска по отклонениям течения беременности.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ М ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Махмудова С.Э., Атаева Ф.Н. ассистенты кафедры акушерства и гинекологии СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО (зав. каф. к.м.н., доцент Сафаров А.Т.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Агабабян Л.Р.

Цель исследования: Улучшить акушерские и перинатальные исходы у пациенток с ПЭ путем изучения молекулярно-генетических аспектов патогенеза для обоснования новых подходов к прогнозированию и профилактике преэклампсии. Материал и методы исследования. Изучены 100 беременных в различные сроки гестации с физиологическим течением беременности и 100 беременных с преэклампсией, и индуцированной беременностью гипертензией. Клинические (анамнез, осмотр), инструментальные (УЗИ, допплер, лабораторные (общий анализ крови и мочи с определением протеинурии, коагулограмма), биохимические (иммуноферментным методом), морфологические исследования плаценты. Результаты: Изучение полиморфных локусов разных групп генов-кандидатов преэклампсии позволяет использовать генетические маркеры в качестве критериев оценки индивидуального прогноза развития преэклампсии, акушерских и перинатальных показателей, осложняющих беременность, а также интерпретации данных электрофизиологических, лабораторных и функциональных исследований. Выводы: Введены в клиническую практику обследования беременных с целью выделения групп высокого риска развития преэклампсии и индуцированной беременностью гипертензии, а также осложнений при беременности для разработки эффективных индивидуальных профилактических мероприятий целесообразно внедрение метода генетического тестирования.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАП-ТЕСТА В СКРИНИНГЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ.

Мирзаева Ш.А. студентка 507 группы медико-педагогического факультета СамМИ.

Кафедра акушерсво и гинекологии лечебного факультета СамМИ (зав.каф. д.м.н. Худоярова Д.Р.)

Научный руководитель: орд. Аскарова З.З.

Цель исследования: Изучить значение Пап-мазка в скрининге цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН). Материал и методы исследования: Нами было обследовано 45 женщин в репродуктивном возрасте, которые использовали следующие методы обследования: общеклинические методы; гинекологический осмотр; кольпоскопия (кольпоскоп Оптимед- 180); Пап-тест на кафедре патологической анатомии СамМИ.Результаты: обследовано 45 женщин в репродуктивном возрасте. Из них в анамнезе у 6 (13,3%) во время родов были разрывы шейки матки, которые осложнились эктропионом. У 3 (6,6%) в анамнезе были применены деструктивные методы лечения (абляция шейки матки). У 25 (55,5%) женщин при кольпоскопическом исследовании обнаружены участки дисплазии. У 7 женщин обнаружена дисплазия низкой степени (ЦИН I). У 3 (6,6%) дисплазия умеренная (ЦИН II) и у 1- й (2,2%) дисплазия высокой степени (ЦИН III). Выводы: Таким образом, в скрининге цервикальной интраэпителиальной неоплазии большое значение имеет Пап-мазок, который имеет большое значение в профилактике рака шейки матки.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН

Мирзаева Б.М., Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Газиева Х.Ш., Турсунбаев А.К., Асадов Н.З., Лысенко Т.Е.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», ТПМИ

Научный руководитель- к.м.н., старший научный сотрудник Нурмухамедов А.И.

Цель работы – изучить эффективность растительного препарата Дистроктат у женщин с урогенитальными расстройствами. Материал и методы исследования. В исследование включили женщин с климактерическим синдромом (КС) в возрасте 50-55 лет, которых разделили на 2 группы. Пациентки I группы(22) получали индивидуализированную менопаузальную гормональную терапию(МГТ) строго по схеме с учетом длительности заболевания, а пациентки II группы – на фоне МГТ растительный препарат Дистроктат («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 3 раза в день, за 5-10 мин до еды, 10 дней(в первый и четвертый месяцы лечения и наблюдения). До и в динамике лечения(3и 6 месяцев) изучали гормоны(фолликулостимулирующий, лютеинизирующий, эстрадиол, прогестерон), проводили исследования(анализы мочи, бак. исследования из уретры и влагалища, ультразвуковые и пр.). При необходимости пациенток консультировал маммолог. Результаты. До лечения ослабление мышц уретры и мочевого пузыря,

нарушение пассажа мочи приводили к развитию воспалительных процессов(циститы, уретриты, пиелонефриты) и образованию солей и уролитиаза. Важную роль в инфицировании играли анатомо-физиологические особенности женских мочеполовых органов (короткий и широкий мочеиспускательный канал, близость к нему влагалища и анального отверстия), из-за чего инфекция легко проникает в мочевой пузырь. Турбулентный (вихревой) поток мочи, возникающий во время мочеиспускания, также способствовал инфицированию. У больных, принимавших только МГТ, отмечено стимулирующее влияние на пролиферативные процессы эпителия нижних отделов мочевых путей и слизистую влагалища. У пациенток II группы, принимавших МГТ + Дистроктат, позитивные изменения и нормализация изученных лабораторно-инструментальных показателей выявлялись на более ранних этапах лечения, уже в первые 1-2 месяца. У них уменьшились или исчезли дизурические расстройства (зуд, жжение, эмоциональное недержание мочи) боли при половом контакте, что способствовало восстановлению трудоспособности и качества жизни. В составе растительного препарата содержатся экстракты брусники, пол пола, марены красильной, аира болотного, толокнянки, цикория и почечный чай. Он обладает салуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным эффектами, а также нормализует минеральный обмен, оказывает мягкое мочегонное и желчегонное действие, снижает риск образования мочевых камней и развитие воспалительных явлений мочевыводящих путей. Эти свойства Дистроктат усилили эффект МГТ. Нежелательных явлений и осложнений не наблюдали. Адекватное лечение позволило предупредить развитие воспалительных процессов, локализующихся в различных отделах мочевыделительной системы(цистит, уретрит, пиелонефрит и др.). В этом отношении Дистроктат оказался удачным растительным сбором, особенно в комбинации с МГТ. Лекарственные препараты на растительной основе позволяет избежать полипрагмазии, развития нежелательных побочных реакций и отрицательного взаимодействия лекарств при их сочетанном назначении. Выводы. Растительный препарат Дистроктат можно рекомендовать для профилактики и лечения урогенитальных расстройств и воспалительных процессов мочевыводящих путей у женщин с КС.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мухсинов Ф.Б., резидент магистратуры 2 года обучения, Исроилова Г.П., ассистент кафедры акушерства и гинекологии СамМИ

Кафедра акушерство и гинекология (зав. каф. – д.м.н. Худоярова Д.Р.)

Научный руководитель- проф. Закирова Н.И.

Цель работы: изучить тактику ведения беременности при преэклампсии. Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии СамМИ во 2 родильном комплексе г.Самарканда. Обследованию подверглись 60 женщин с легкой и тяжёлой преэклампсией за 2016-2019г. Контрольную группу составили 30 условно здоровых беременных женщин. Результаты исследования: Проведен анализ течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного у 60 беременных с преэклампсией. Из них легкаяпрезклампсия составила 68,6%, тяжёлая преэклампсия - 31,4%. Возраст женщин был преимущественно молодым, в среднем составил 22,5±5,7 лет, в большинстве они были первородящими. Изучение анамнеза беременных с преэклампсией показал следующие особенности: чаще всего были женщины с предрасположенностью к развитию преэклампсии по материнской линии, с заболеваниями мочевыводящих путей, с анемией, с гипертензивными нарушениями при предыдущих беременностях, с заболеваниями эндокринной системы. Изучение течения данной беременности показало, что в течение всего периода гестации беременные с преэклампсией отмечали признаки угрозы прерывания беременности. ФПН наблюдалась в группе с легкой преэклампсией у 22,7% и наиболее часто в группе с тяжелой преэклампсией (51,04%), что в 2,2 раза чаще группы с легкой преэклампсией. Синдром ограничения роста плода (СОРП) был диагностирован у 30,7% беременных с преэклампсией. СОРП 1 степени развился у 15,7% беременной, 2 степени - у 14% беременных. Следует отметить, что СОРП в группе с тяжелой преэклампсией наблюдался чаще в 2 раза, чем в группе с легкой преэклампсией. Анализ данной беременности показал, что такие исходы беременности антенатальная гибель плода (7,1%), неонатальная гибель новорожденных (25%) встречались в группе беременных с преэклампсией, развившейся в ранние сроки гестации. Выводы. Таким образом, частота осложнений беременности у женщин с преэклампсией зависело от степени тяжести заболевания. Исходы беременности, как антенатальная гибель плода (7,1%), неонатальная гибель новорожденных (25%) наиболее часто встречались у беременных с преэклампсией, развившейся в ранние сроки гестации.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Одилов Д.Д. - студент 521 группы леч. факультета АндГМИ

Кафедра Фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - к.м.н. Эргашева З.А.)

Научный руководитель: Эшонхужаев О.О.

Цель исследований: Оценка частоты и качества использования противогрибковых средств, при беременности. Материалы и методы: Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием. В исследование включили результаты ретроспективного анализа историй болезней 1069 беременных женщин, которые были госпитализированы в четырёх родильных комплексах Андижанской области. Средний возраст беременных в центрах был примерно одинаковым и составил 24,8 +1,2 (мин. 16 – мак. 43) лет. Результаты: В структуре заболеваний преобладали: инфекции мочевыводящих путей – 47,3% (511), (из них 57,1% хронический пиелонефрит, 40,9% острый пиелонефрит и 2,0% пиелоцистит); на втором месте угроза на преждевременные роды – 21,0% (226); анемия (1,2,3 степени) – 18,4% (198); бронхит (54) и гестоз (55) – по 5,1%; кольпит – 2,0% (22); гидронефроз (3), холецистит (3) и токсоплазмоз (3) – по 0,3%; токсикоз (1), киста яичника (1), и системная склеродермия (1) – по 0,1%. Из противогрибковых препаратов использовался нистатин в 44 (2,9%) случаях, из них в центре «А» - не применялся; «В» - 4 (9,1%); «С» - 26 (59,1%) и «D» - 14 (31,8%). Для изучения безопасности фармакотерапии использовалась классификация риска применения лекарственных средств, при беременности, разработанная FDA (Food and Drug Administration Управление по контролю за лекарственными и пищевыми продуктами), где нистатин по безопасности определен в категорию «А», препараты которые, являются безопасными для беременных. Выводы: Противогрибковая терапия при беременности проводится в 2,9% случаев госпитализации. По структуре заболеваний можно судить о том что, назначение противогрибковых средств проводится необоснованно, с целью предупреждения осложнений необоснованной антибактериальной терапии.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ДВУРОГОЙ МАТКЕ

Рустамова Н. резидент магистратуры 1 года обучения СамМИ

Кафедра: Акушерства и гинекологии №2 (зав.каф. – д.м.н. профессор Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: ассистент Маматкулова М.Д.

Цель работы: Изучить особенности течения беременности у женщин с двурогой маткой. Материалы и методы исследования: Нами были ретроспективно и проспективно изучены 18 истории родов женщин, обратившихся в родильный комплекс №3 города Самарканд за период с января 2015 по июнь 2018 года. По возрасту, пациентки распределились следующим образом: до 20 лет – 2 (11,1%), 21-25 лет – 13 (72,2%), от 26 до 30 лет – 2 (11,1%), от 31 до 35 лет – 1(5,5%). Как видно, среди обследованных преобладали женщины от 21 до 25 лет, что говорит об активном репродуктивном возрасте. Среди обследованных женщин жительницы города составили 4 (22,2%), сельской местности 14 (77,8%). Результаты и их обсуждение. Среди обследуемых первобеременных женщин было 9 (50%), повторнобеременных – 9 (50%); первородящих - 13 (72,2%), повторнородящих 5 (27,8%). Изучение рода занятий выявило, что 15 (68,2%) были домохозяйки, служащие составили 3 (13,6%) и работницы сельского хозяйства 4 (18,2%). Продольная перегородка влагалища сочеталась в 3 (16,6%) случаях с аномалиями матки: в 1 (5,6%) – с полной формой двурогой матки, в 1 (5,6%) случае с неполной формой двурогой матки, в 1 (5,6%) – с однорогой маткой. При изучении акушерско-гинекологического анамнеза, у исследованных выявлено, наличие отягощенного анамнеза у 10 (55,6%) женщин, из них выкидыши в анамнезе у 3 (16,7%), преждевременные роды у 2 (11,1%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 2 (11,1%), по поводу чего была выполнена операция кесарево сечение, и в 1 (4,6%) случаях неразвивающая

беременность, внематочная беременность в дополнительном роге матки, антенатальная гибель плода. Первичное бесплодие выявлено в 3 (16,7%) случаях и вторичное – в 1 (5,6%) случае. По данным авторов, бесплодие отмечается у 11-32% пациенток с пороками развития матки, а частота невынашивания беременности колеблется от 23 до 86%. Если беременность все же наступает, то в 44-90% случаев она прерывается в I половине беременности. Анализируя исход беременности у женщин с двурогой маткой, выявлено, что роды закончились: в срок у 11 (61%) женщин, преждевременно – у 3 (16,7%), выкидыш самопроизвольно 4 (22,2%). Преждевременное излитие околоплодных вод при аномалиях половых органов наблюдалось в 5 (27,8%) случаях и дородовое излитие околоплодных вод у 7 (38,9%) женщин. У 13 (86,4%) женщин роды закончились путем операции кесарево сечение, по следующим показаниям: рубец на матке-16,7%, ПОНРП и поперечное положение плода-11,1%, косое положение плода-5,6%, тазовое предлежание плода-33,3%. В 5 (27,8%) случаях наблюдалось субинволюция матки. Выводы: Таким образом, с двурогой маткой относятся к группе высокого акушерского риска. Гестационный период у этой категории женщин сопровождается высоким процентом осложнений.

КОРРЕКЦИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АВО КОНФЛИКТОМ

Салохова Д.К. магистр 2 курса акушерства и гинекологии №2 Ташкентской медицинской академии

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав.каф. д.м.н., проф. Нажмутдинова Д.К.)

Научный руководитель: асс. Чориева Г.З.

Цель работы: Изучить эффективность лечебно-профилактических мероприятий с включением препарата, обладающего антигипоксическим и ангиопротекторным свойствами кокарнит. Материалы и методы исследования: Кокарнит назначали на фоне традиционной терапии по следующей схеме: начиная с 16 недель гестации – по 2,0 мл ежедневно внутримышечно 10 дней трижды за период наблюдения. Для выполнения поставленных задач исследования под нашим наблюдением находилось 92 беременных с АВО конфликтом со сроком беременности от 16 до 38 недель. Результаты: Из 31 беременной с АВО конфликтом, получивших в комплексе традиционного лечения кокарнит у 9 (29,0%) выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод, родились новорожденные с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте – 2 (6,4%), а у 7 (22,6%) новорожденных оценка по шкале Апгар на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе беременных без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе из 22 (71,0%) в 2(6,4%) случаев родился новорожденный с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте, а в 20 (64,5%) случаях – с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте. Из 7 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени у 2 (6,4%) родились дети с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте, у 5 (16,2%) родились дети с оценкой по шкале Апгар на 5 минуте выше 7 баллов. При нарушении маточно-плацентарного кровотока II степени - 2 (6,4%) во всех случаях родились новорожденные с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте. Из допплерометрических данных выявлено, что после проведенного курса комплексного лечения с кокарнитом нарушение МППК снизилось на 32,3%, из них нарушение МППК I степени снизилось в 1,4 раза, II степени в 4,5 раз сравнительно с группой до лечения. Не имели нарушений МППК в 3 группе после лечения на 32,3% чаще, чем в группе до лечения. Выводы: Таким образом, включение в комплексную терапию препарата кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с АВО конфликтом, что проявлялось повышением оценки по шкале Апгар, отсутствием тяжелых гипоксических поражений плода.

ПРОЛАКТИН И ТИРОКСИН ВМЕСТЕ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКЦИИ

Сапарбаева Н.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования: диагностика репродуктивных нарушений у женщин с гиперпролактинемией и снижением функции щитовидной железы. Материалы и методы исследования: Было проведено проспективное клиническое исследование с участием 86 женщины репродуктивного возраста, страдающей бесплодием эндокринного генеза и полностью исключённым мужским фактором бесплодия – у 12 женщин выявлена гиперпролактинемия без признаков нарушения функции щитовидной железы, у 74 женщин – гиперпролактинемия в сочетании с гипотиреозом. Из всех исследуемых первичным бесплодием страдали 47 пациенток, вторичным – 39 женщин. Обследование пациенток проводилось с изучением анамнеза, общепринятых клинических и специальных методов гинекологического исследования. Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза и мониторинг фолликулогенеза, анализ уровней фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), прогестерона, пролактина (ПРЛ) и эстрадиола (Е2), андрогенов (св. тестостерона, 17-ОН). При выявлении высокого уровня пролактина в сыворотке крови (> 1000 МЕ/л) для дифференцировки диагноза проводились рентгенографическое исследование и/или магнитно-резонансная томография турецкого седла и костей черепа. Для выяснения спонтанных или связанных со стрессом колебаний уровня пролактина трижды определи в объединенных порциях крови. Лечение гипотиреоза осуществлялось препаратом L-тироксин. Стандартная замещающая доза колебалась в пределах 1,6–2,0 мкг/кг веса и определялась тяжестью течения гипотиреоза и показателями уровня гормонов крови. Лечение гиперпролактинемии проводилось препаратами агонистами дофаминовых рецепторов производными алкалоида спорыньи – эргокриптина – бромокриптином и каберголином. Результаты исследования: Изучение гормонального статуса 86 пациенток страдающих бесплодием, гиперпролактинемией и гипотиреозом, выявило 47 пациентки с гипофункцией щитовидной железы: 29 субклиническим гипотиреозом и 11– вторичным гипотиреозом. Степень тяжести гипотиреоза определялась на основании показателей уровня и соотношения ТТГ, Т3, Т4 свободного (Т4св). Если при отсутствии или скудной, невыраженной симптоматике, нормальном содержании Т3, общего и свободного Т4 в сыворотке крови, базальный уровень ТТГ находился у верхней границы нормы (2,5–3,7 мМЕ/л), ставился диагноз субклинического гипотиреоза. Подобная картина указывает на снижение секреторного резерва щитовидной железы. Диагноз легкой степени гипотиреоза определялся в случаях наличия у пациенток стёртой симптоматики, и повышения ТТГ в сыворотке крови выше 3,7 мМЕ/л. Выводы: Таким образом, терапия препаратами L-тироксина и агонистами допаминовых рецепторов у больных с гормональным бесплодием первично-тиреоидного и гипоталамо-гипофизарного генеза приводит к восстановлению полноценного менструального цикла у 67% и спонтанного наступления беременности у 49% женщин.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ TORCH – ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Сурхонов Т.У. студент 516-группы I Педиатрического факультета

Кафедра Эпидемиологии и инфекционных болезней ТашПМИ (зав.каф. проф., д.м.н. Касымов И.А.)

Научный руководитель: асс. Атамухамедова Д.М.

Цель исследований: Изучить проявление эпидемического процесса TORCH-инфекций у беременных и совершенствования мер профилактики. Материалы и методы: Ретроспективный анализ 5733 беременных женщин на TORCH–инфекцию за 2009-2014 гг. из г. Ташкента, из них в I-триместре беременности 1872 женщин, во II-триместре - 1723 и в III-триместре 2138 беременных женщин. Результаты. Анализом результатов исследований установлено, что у беременных женщин частота выявления маркеров хронической инфекции хламидиоза – 15,3%, уреоплазмоза – 21,1%, микоплазмоза – 22,9%, токсоплазмоза – 13,4%, ЦМВ – 91,7%, ВПГ – 90,8%. Как видно из представленных данных, наиболее распространенными являются цитомегаловирусная инфекция и простой герпес. Исследования, проведенные на наличие текущей острой инфекции у беременных женщин показали, что частота выявления маркеров острой TORCH–инфекции была значительно меньше: хламидиоз – 9,7%, уреоплазмоз – 2,1%, микоплазмоз – 2,0%, токсоплазмоз – 2,1%, ЦМВ – 2,6%, ВПГ – 10,6%. Низкая регистрация может быть объяснена коротким сроком - до 3-х месяцев существования антител класса М, вялым течением инфекционного процесса и поздним обращением и лабораторным обследованием инфицированных лиц. Маркеры острой TORCH-инфекции были выявлены у 4,2% первородящих и у 5,8% повторнородящих женщин. Из 5733 обследованных беременных женщин маркеры хронических TORCH-инфекций были выявлены у 2604 (45,4%). Вывод. Частота выявления маркеров острой TORCH-инфекции нарастает по мере увеличения количество беременностей и сама беременность и распространенность маркеров этих инфекций среди женщин коррелируется со счетом их беременностей.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Тилавова Ю.М., студентка 519 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.каф. – д.м.н. Худаярова Д.Р.)

Научный руководитель асс. Каримова Г.С.

Цель исследования: Ранняя диагностика урогенитальных расстройств и улучшение результатов их лечения. Материалы и методы исследования: Исследование гинекологических больных с урогенитальными расстройствами в гинекологическом отделении СамМИ, всего 130 случаев за последние 2 года. У них подробно собран анамнез, произведен гинекологический осмотр, взяты анализы мочи, мазки из влагалища на степени чистоты, кольпоскопию стенок влагалища. Результаты исследования: Возраст женщин колебался от 45 до 70 лет. Городские жительницы составили 35 (26,9%), сельские жительницы 95 (73,1%). В анамнезе у всех пациенток были от 2 до 9 родов. У 59 (45,3%) были травмы влагалища и промежности различной степени в родах. На сухость, зуд и жжение во влагалище жаловались 70 (53, 8%), диспареуния у 33 (25,3%), рецидивирующие выделения из влагалища у 74 (56,9%), поллакиурию у 80 (61,5%), никтурию у 89 (68,4%), цисталгию у 36 (27,7%), опущение передней и задней стенок влагалища различной степени у 93 (71,5%), у 70 (53,8%) наблюдались хронические воспалительные процессы матки, придатков, шейки матки и влагалища. У 101 (78%) пациенток отмечалось сочетание гинекологической патологии с расстройствами мочеиспускания. Выбор лечения зависел от преобладания тех или иных клинических проявлений в сочетании с различными видами нарушения мочеиспускания. Основу лечения составила заместительная гормонотерапия: монотерапия эстрогенами или гестагенами, комбинированная терапия (эстроген-гестагенные) в циклическом режиме или в монофазном режиме, или местную терапию эстрогенами в сочетании с М-, Н- холиномиметиками, α1- адреномиметиками. Выводы: Современное выявление урогенитальных расстройств у женщин климактерического возраста и применение сочетанного лечения улучшает качество жизни женщин.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Убайдуллаева.Н.Д. студент 404 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. каф. – д.м.н. Худоярова Д.Р.)

Научный руководитель ассистент Каримова Г.С.

Цель исследования: Выявление беременных женщин с анемиями. Задачи исследования. Изучить структуру факторов риска приводящих к анемии у беременных. Материал и методы исследования: Исследование проводилось в акушерском и гинекологическом отделении клиники СамМИ за 2018 год проспективно. Изучено 100 историй родов беременных с анемиями. Результаты: Возраст женщин колебался от 18 до 40 лет, составляя в среднем 29 лет, жительницы села составили 60 (60%), жительницы города 40 (40%). Изучение непосредственных и косвенных причин анемии показало, что факторы риска развития анемии разнообразны и мультифакторны, у одной и той же беременной встречались по несколько факторов риска. В исследовании у 71 (71%) беременной в анамнезе была хроническая анемия, у 27 (27%) ранние токсикозы беременных различной степени тяжести, у 29 (29%) частые роды с длительным лактационным периодом, у 11 (11%) частые аборты, у 7 (7%), кровопотеря во время беременности, многоплодие у 5 (5%). Хронические заболевания во время беременности, такие как ревматизм у 9 (9%), гастриты у 17 (17%), гепатиты у 4 (4%), пиелонефриты у 21 (21%), пороки сердца у 12 (12%), сахарный диабет 2 (2%), диффузный зоб у 11 (11%), тонзиллит у 7 (7%), отит у 5 (5%), гайморит у 4 (4%) женщин. Выводы: Таким образом, основными факторами риска развития анемии у беременных является наличие анемии в анамнезе 71 (71%), частые роды с длительным лактационным периодом 29 (29%), токсикозы беременных различной степени тяжести 27 (27%) и другие.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Хамраев Х.Х., Махмудова С.Э. -ассистенты кафедры акушерства и гинекологии ФПДО СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО (зав. каф. к.м.н., доц. Сафаров А.Т.)

Научный руководитель: проф., д.м.н. Аюпова Ф.М.

Цель работы: улучшение результатов лечения беременных с преэклампсией путем совершенствования методов диагностики и тактики ведения. Материалы и методы исследования: Билы изучены 100 беременных в различные сроки гестации с физиологическим течением беременности и 100 беременных с преэклампсией, состояние плода и новорожденных. Результаты: В зависимости от магниевого и кальциевого дефицита беременным с преэклампсией будут рекомендованы органические соединения магния (цитрат магния или пидолат магния) и кальция (магний В6 и кальций D3), в дозах, рекомендованных Российским обществом акушеров-гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству в 2014 году. Выводы: На основе проведенных исследований можно будет прогнозировать риск развития преэклампсии, возможности ее раннего выявления и профилактики. На основании проведенных клинико-биохимических исследований будут разработаны критерии оценки тяжести преэклампсии, что позволит прогнозировать возможные осложнения и исход лечебной тактики. Новые методы диагностики позволят раннему выявлению осложнений преэклампсии и своевременному ее лечению. Разработанный лечебно-диагностический и профилактический алгоритм выявления кальциевого и магниевого дефицита, их связь с течением преэклампсии позволит снизить осложнения со стороны матери, плода и новорожденных.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хушвактов Б.С., Валидонова Д.В., Нарзиева З.Ш., Сайдахмедова М.У., студенты 401 группы медико-педагогического факультета ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. каф. – д.м.н. проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель- доц., стар. преп. Гайбуллаева Д.Ф.

Цель работы: изучение взаимосвязи гипергомоцистеинемии и случаев прерывания беременности. Материал и методы исследования: Проведено проспективное обследование 52 женщин, среди которых у 62%(32) произошло прерывание беременности и 20(38%) женщин без патологии. В основной группе 28%(P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63%(P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9%(P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность. Всем женщинам проводили УЗИ беременности в I триместре беременности, определяли уровень гомоцистеина ИФА- методом. Результаты: Возраст женщин контрольной группы составил 22±1,25 и основной группы 26±1,02.(P<0,05). Более старший возраст в основной группе объясняет проявление изучаемой патологии в связи с наличием экстрагенитальной патологии. В основной группе 28%(P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63%(P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9%(P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность. Во всех трех случаях неразвивающейся беременности уровень гомоцистеина превышал 16,5 мкмоль/л. Согласно литературным данным, уровень гомоцистеина в крови у небеременных женщин составляет 12,0 мкмоль/л. Для беременных этот показатель в норме несколько ниже-5,1мкмоль/л. В группе с самопроизвольным выкидышем уровень гомоцистеина составил 13±2,34мкмоль/л. (P<0,05). В контрольной же группе уровень гомоцистеина составил 6,32±1,45мкмоль/л. Выводы: Таким образом, состояние невынашивания беременности сопровождается значительно повышенным уровнем гомоцистеина у беременных в I триместре беременности. Всем женщинам, имеющим в анамнезе случаи прерывания беременности, необходимо определение уровня гомоцистеина до зачатия и на ранних этапах беременности в целях подготовки к зачатию и, в последующем, осуществлять контроль гомоцистеина в течение беременности для выработки тактики и дальнейшего ведения.

МОДЕЛИ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ИСТМИКО - ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шавази Н.Н. докторант, Тилявова С.А. ассистент СамМИ

Кафедра акушерство и гинекалогии (зав.каф. - д.м.н. Худаярова. Д.Р.)

Научный руководитель: д.м.н. Худаярова Д.Р.

По определению ВОЗ, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (154-259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации). В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико- цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов является применение акушерского разгружающего пессария. Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при используемого материала, плотностью, возможностью, инфицирования. Кроме того, нередки влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции и на латекс. Ущемление, свищи, мочевая или кишечная непроходимость могут являться результатом не удачной формы пессариев. Кроме того существующие пессарии не учитывают таких факторов, как узкий или наоборот широкий вход во влагалище (ширина больше 4 пальцев, короткое влагалище меньше 6см) сочетание опущения влагалища и стрессового недержания мочи .Все это заставляет искать новые формы пессариев и новые материалы для их изготовления. Цель и данную задачу решают разработанные нами новые модели акушерских пессариев, которые выполнены из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования пессария. Отличительной особенностью новых пессариев является наличие двух или четыре полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца ассиметричным расположением двух или четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца. Имеются девять преимуществ новой модели акушерского пессария перед существующими образцами: 1.Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов и не наблюдается смещения и выпадения пессария при физических нагрузках. 2.Повышается удобство простота сжимания пессария при его введении во влагалище. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.3. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого. 4. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.5.При использовании новой модели не наблюдаются аллергические осложнения. 6. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.7. Наличие двух или четырех выпуклостей внутренней стороны кольца надежно предупреждает раскрытие шейки матки при истмико - цервикальной недостаточности у беременных женщин. 8.Устраняются симптомы подтекания мочи при кашле, чихании и легких физических нагрузках. 9.Оптимальное время не прерывного использования пессария от 20 до 25 дней после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище. Таким образом, применение нового вида акушерских пессариев позволить значительно повысить возможность сохранения беременности и у женщин с истмико - цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шнарбаев Ч., Арманулы А., Байрамова А. факультет ОМ, 7 курс, 725 - 02 группа

Акционерное общество «Национальный медицинский университет», Алматы, Казахстан

Научные руководители – к.м.н., PhD, доцент Мырзабаева Н.А., ассистент Жубаева Г.С.

Цель работы. Изучение ВД у беременных женщин с АГ. Материалы и методы исследования. В данном исследовании принимали участие 23 беременные женщины с АГ. Диагноз АГ был установлен на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев. Возраст беременных пациенток варьировал от 26 до 45 лет. АД систолическое было в пределах 130-160 мм рт. ст., диастолическое 90-110 мм рт. ст. Все пациентки принимали стандартную терапию. Всем пациенткам кроме общеклинических и лабораторных исследований был проведен анализ анамнестических, клинических, вегетативных и психоэмоциональных особенностей. Вегетативный статус оценивали в баллах по специальной анкете, предложенной А.М.Вейном, содержащей вопросники для выявления признаков вегетативных нарушений. Результаты. Клинические проявления были в основном в виде головных болей (43,5%), головокружения (8,7%), учащенного сердцебиения (26,1%), неустойчивости пульса (34,8%), шума в ушах (13,0%), мелькание мушек перед глазами (4,3%). Также кроме типичной симптоматики в клинической картине имели место эмоциональная лабильность (43,5%), повышенная утомляемость (30,4%), плохое настроение (39,1%), раздражительность (47,8%), нарушения сна (35,1%), терморегуляции (17,4%), повышенная потливость (21,7%), холодные и влажные ладони (17,4%), чувство нехватки воздуха (17,4%), нетерпеливость (13,0%), трудность концентрации внимания (8,6%), нарушение когнитивных функций (4,3%), У 43,5% пациенток отмечено сочетание указанных признаков. Астеническая симптоматика наблюдалась у 47,8% беременных женщин. Объективно у наблюдаемых нами беременных женщин имелись проявления вегетативных нарушений в виде пятнистой гиперемии на лице, шее и груди при внешнем осмотре, красный стойкий дермографизм, выраженная влажность ладоней, стоп и подмышечных впадин. Результаты анкетных и тестовых показателей обнаружили наличие выраженного синдрома вегетативной дисфункции. Выраженность вегетативных нарушений составила в среднем 47,8±0,46 баллов. Анализ полученных данных показал, что острые или хронические стрессовые ситуации имели место практически у каждой беременной женщины с АГ. Чаще всего в качестве провоцирующего фактора выступали конфликтные ситуации в семье и на работе. На повышенные умственные и физические нагрузки жаловались 39,1% беременных пациенток. По данным психологического тестирования, у исследуемых женщин преимущественно наблюдались соматовегетативные расстройства: плохая переносимость погодных условий, ощущение затруднения дыхания, периодические боли в области сердца по шкале вегетативных изменений, а также различные проявления тревоги: беспокойство, раздражительность, страх, чувство неспособности справляться с текущей ситуацией. Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что у беременных женщин с АГ имеются нарушения со стороны вегетативной нервной системы, что необходимо учитывать в коррекции профилактических и лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Юлдашева А.Н. резидент магистратуры I года обучения кафедры Акушерство и гинекологии лечебного факультета

Кафедра Акушерство и гинекологии клиники СамМИ №1 (зав.каф.- д.м.н. доц. Худоярова Д.Р.)

Научный руководитель - д.м.н. доц. Худоярова Д.Р.

Цель исследования: Изучения течение беременности и перинатальных исходов у женщин с врожденными пороками сердца, распространенности врожденных пороков сердца среди беременных. Материал и методы исследования: Нами изучено 60 историй родов женщин, которые были родоразрешены в акушерской клинике СамМИ за период 2016-2018 гг. Возраст больных варьировало от 23 до 31 женщин, в среднем 25,4±0,5 года. Пациенты разделены на 2 группы: I группа- 35 беременные женщины, страдающими различными видами ВПС без хирургической коррекции; II группа- 25 беременных с врожденными пороками сердца с хирургической коррекцией. Результаты исследования: Частота ВПС у женщин составляет: ПМК без недостаточности кровообращения-42%, ДМПП-22%, ДМЖП-18%, ООО, ПМК-3%, ПМК с недостаточностью кровообращения-4%, ДМПП, ПМК-3%, стеноз аортального порока-2%, стеноз митрального клапана-4%, ООО-2%. У женщин с врожденными пороками сердца установлено осложненное течение беременности в 2 раза чаще по сравнению с женщинами без порока сердца. В частности угроза прерывания беременности в 1 и 2 триместре наблюдалась в 2,2 раза в 20,2%, анемия беременных в 1,7 раза в 54,2%, оперативное родоразрешение в 3,2 раза в 58%, самопроизвольные аборты-2-3%, преждевременные роды-18%, и у детей рожденных от беременных с ВПС наблюдается задержка внутриутробного развития плода-28%, врожденные аномалии развития ССС-7-8%, поражение ЦНС-37%, рождение с признаками недоношенности – 15-20% случаях. Выводы: Беременные женщины с врожденными пороками сердца входят в группу высокого риска по возникновению материнской и перинатальной смертности, осложненного течения беременности и послеродового периода. Ведение беременности у женщин с врожденными пороками сердца требует особого внимания (особенно в I триместре на 4-8 недель и II триместре на 12-16 недель, III триместре на 28-32 недель), как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ С ПОМОЩЬЮ «ЭДИНБУРГСКОЙ ШКАЛЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ»

Юлдашева Н.Д. студентка 625-группы 1- Педиатрического Факультета, ТГМИ

Кафедра акушерства и гинекологии, детской гинекологии, (зав.каф. д.м.н., профессор Курбанов Д. Д.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Расуль-Заде Ю.Г.

Цель исследования: изучить психометрические характеристики беременных с использованием Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (ЭШПД) как инструмента скрининга антенатальной депрессии. Материалы и методы: Участниками исследования стали 49 беременных женщин на сроках гестации 33 - 40 недель, находившиеся на стационарном лечении в отделении патологии беременности роддома при 4-ГКБ города Ташкента. Симптомы антенатальной депрессии оценивались ЭШПД путем проведения глубинных интервью. Порогом для установления высокой вероятности антенатальной депрессии была итоговая оценка от 13 и более баллов. Результаты: У 8 (16,3%)беременных суммарное количество баллов превысило пороговое значение и имелись признаки антенатальной депрессии. У 11 (22,4%) были выявлены депрессивные симптомы. Всем этим беременным было рекомендовано получить консультацию психотерапевта. У остальных 30 участниц исследования оценки ЭШПД оказались ниже пороговых значений. Выводы: Уровень антенатальной депрессии/депрессивных симптомов в группе обследованных нами беременных различался от работ французских (25%) и бразильских (37,9%) ученых. Наше исследование показывает, что Эдинбургская Шкала Постнатальной Депрессии может служить инструментом скрининга и антенатальной депрессии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГОСТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Юсупова М.Ф. студент 5 курса лечебного факультета 519 группы СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. каф. – д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель Шомуродова Д.С.

Цель исследования: оценить влияние преэклампсии на манифест цереброваскулярной патологии во время беременности, родов и послеродовом периоде. Материал и методы исследования: Проведен анализ течения родов у 20 женщин с цереброваскулярной патологией (в том числе 5 женщин с ОНМК и 15 женщин с ХНМК) во время беременности, родов и послеродовом периоде, за период с 2016г по 2018г. Возраст пациенток колебался от 17 до 44 лет. Обследование пациенток проводилось на базе 1-клиники СамМИ. Верификация диагноза преэклампсии проводилась с учетом рекомендованных протоколом критериев. Во всех случаях диагноз ОНМК был верифицирован данными МРТ. Женщинам также проводилась ультразвуковая допплерография экстра- и интракраниальных сосудов. Из лабораторных анализов определялся фактор Виллебранда. Результаты исследования: Структура цереброваскулярной патологии на фоне преэклампсии, эклампсии: из 20 пациенток ХНМК, с различной неврологической симптоматикой была у 15 женщин: у 11 – сглаженность н/г складки, 9 – горизонтальный нистагм, 10 - девиация языка в определенную сторону, 6 – оживленные рефлексы, 9 – анизорефлексия, 5- патологические стопные рефлексы, 8 – пошатывание в позе Ромберга, 4 – интенционный тремор, 3 – парестезии, 12 – эмоциональная лабильность. Также у 5 женщин ОНМК в виде: транзиторной ишемической атаки у 2, инсульты у 3 женщин (из них 2 ишемических и 1 геморрагический инсульт). Всем женщинам родоразрешение было проведено путем кесарево сечения. Данные ультразвукового исследования мозгового кровотока в среднем выглядели следующим образом: Индекс Гослинга (Р1) в СМА<0,67, ОСА <0,55, ПА <0,64, ЗМА <0,63; Индекс Пурсело (Ы) в СМА <0,40, ОА<0,43, а также индекс Стюарта (КБ) в СМА<1,50, ОА<1,70; уровень асимметрии Vmean в СМА>12%, ЗМА>17%, ПА>20%; Утеар в СМА>60 см/с, ПА и ЗМА>50см/с; указывают на тяжелую преэклампсию, нарастающего характера. Фактор Виллебранда в среднем выглядел следующим образом:%127,5+-0,4*160+-4,4*115,4+-0,3. Выявлены сильные корреляционные связи между неврологической симптоматикой, значениями фактора Виллебранда и значениями ультразвуковой допплерографии. Результаты анализа родов женщин с ОНМК на фоне преэклампсии показали, что риск развития ОНМК и ХНМК на фоне тяжелой преэклампсии, эклампсии высока. Выводы: Таким образом, при нарастании степени тяжести преэклампсии показатели кровотока в экстра- и интракраниальных сосудах регистрируется прогрессирующее падение резерва ауторегуляции – преимущественно в вертебро-базиллярной системе со снижением в позвоночных и основной артериях до критического уровня и преобладанием парадоксальных реакций на пробы. Согласно полученным нами данным, отмечено достоверное нарастание фактора Виллебранда при преэклампсии, наиболее выраженное при тяжелой степени, что является доказательством прогрессирующего повреждения сосудистой стенки. Тем самым, определение патогенеза позволяет выбрать тактику лечения.

АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА ХОМИЛАДОР АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ПИЕЛОНЕФРИТНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ СИФАТ КЎРСАТГИЧИНИ ЯХШИЛАШ

Абдухаликова Г.А., Эгамбердиева М.Э., пед. факультети 5 курс студентлари

Умумий амалиёт/оилавий медицина кафедраси (каф. муд. - доц. Хусенова Ш.А.)

Илмий рахбар: Рахимова Х.М.

Самарканд вилояти, Самарқанд шахар 3-сон оилавий поликлиника шариоитида олиб борилди. Текширишлар ретроспектив усулда олиб борилди, яъни амбулатор карталари анализ қилинганда шундай хулосага келдик: карталарда врач ёзувлари етарли даражада сифатли эмас, яъни кундаликларда хомиладор аёлни умумий кўриги, АКБ, лаборатор тахлиллар, дори воситалар Далилларга асосланган тиббиет(ДАТ)дан фойдаланилмаган ва номедикаметоз маслахатлар ёзилмаган, қайта ташрифлар белгиланмаган. Врачларни хужжатлари текшириб кўрилганда гестозларни даволаш бўйича стандарт-протоколи бор врачлар 25% ни ташкил этди. Хомиладор аёллар карталари текширилганда Далилларга асосланган тиббиётга (ДАТ) таяниб консультация бераётган врачлар сони 55%. Беморларга номедикаментоз даво тўгрисида маълумот бераётган шифокорлар 65%. Номедикаментоз даво тўғрисида тушунчага эга бўлган пиелонефрити бор хомиладорлар сони 35% ташкил этар экан. Натижа: Юкорида тавсия этилган ўзгартиришлар амалга оширилди, врачлар стандарт- протоколлар билан 100% таьминланди, амбулатор карталар тўлдириш стандартлари ишлаб чиқилди ва иш жараёнига тадбиқ этилди, медикаментоз даво билан биргаликда номедикаментоз давони бериш борасида сухбатлар ва ўқитиш ишлари олиб борилди, Барча хомиладорларда сиптомсиз бактериурияни аниклаш мақсадида биринчи ташрифда, 16, 24, 30, 34, 36, 38-40 ҳафталарда умумий сийдик тахлили ва Нечипоренкога топшириш 100%га йулга қўйилиши керак.. Бунинг натижасида поликлиникадаги хомиладорларни олиб боришдаги ва даволашдаги жараёнлар яхшиланди. Хомиладор аёллар рационал овқатланиш, жисмоний машқлар билан шуғулланиш, кунлик ош тузини суткадаги микдори ва қайта ташрифлар туғрисида ўринли маслаҳатлар олишмокда. Поликлиникадаги тиббий хизмат жараёнлари 6 ойдан сўнг қайта текширилганда ижобий натижаларни берди. Хулоса: Демак, шуни айтиш керакки, доим тиббий хизматимизни сифат кўрстгичини аудитини ўтказиб туришимиз ва камчиликларни узлуксиз бартараф этишимиз натижасида тўғриқдаги асоратлар камайиб, оналар ва болалар ўртасидаги ўртасидаги ўлимни олдини олган бўламиз.

ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМНИНГ ПАТОЛОГОАНАТОМИК ТАХЛИЛЛАРГА АСОСЛАНГАН САБАБЛАРИ

Донабоева З.Ж. 516-гуруҳ талабаси даволаш факультети СамДТИ

СамДТИ акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири т.ф.д. Худоярова Д.Р.)

Илмий рахбар: т.ф.д. доц. Худоярова Д.Р.

Тадкикот максади: Паталогоанотомик текшириш натижалари асосида перинатал ўлим (ПЎ) структураси ва сабабларини ўрганиш. Перинатал ўлимни камайтиришга қаратилган профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқиш. Материаллар ва текшириш усуллари: Анамнезини йиғиш, ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш, УТТ дан фойдаланиш ва олинган макропрепартни морфологик текшириш. Статистик тахлиллар ўтказиш. Самарқанд Давлат тиббиёт институти патанатомия кафедрасига 2017 йилда 1-сон туғруқ мажмасида ўлик туғилган ва ўлган 100 нафар

чақалоқлар паталогоанотомик текшириш натижалари асосида ўрганилди. Текшириш натижалари: Самарқанд вилоятида ПЎ кўрсатгичи 2014 йил 581 (7,8), 2015 йил 603 (7,8), 2016 йил 671 (8,1) ва 2017 йил 726 (8,8) ни ташкил қилди. Эрта неонатал ўлим (ЭНЎ) 27 холат кузатилди. Ҳомиладорликнинг 22-24 хафталик муддатида 3 нафар чақалоқларда кузатилган. ЭНЎ сабаблари: пневмопатиянинг ателектаз шакли 3 (100%), ҳомила ичи инфекцияси 2 (66,7%). Ҳомиладорликнинг 25-28 хафталик муддатида (3), ўлим сабаби пневмопатиянинг ателектаз шакли 3 (100%), ўта кам вазинли чақалоқ 1 (33,3%). Ҳомиладорликнинг 29-32 хафталик муддатида (5), ўлим сабаби пневмопатиянинг ателектаз шакли 5 (100%). Ҳомиладорликнинг 33-36 хафталик муддатида (3), ўлим сабаби туғма пневмония, пневмопатиянинг ателектаз шакли 1 (33,3%), кўп сонли туғма ривожланиш нуқсони-юрак декстропозицияси, хондродистрофия 1 (33,3%), ҳомила ичи инфекцияси 1 (33,3%). Ҳомиладорликнинг 37-42 хафталик муддатида (13), ўлим сабаби ҳомила туғма пневмонияси 5 (38,4%), ҳомила ичи инфекцияси 5 (38,4%), асфекция 5 (38,4), бош мияда ўткир қон айланишининг бузилиши 1 (7,7%), моно ТРН: ўпкалар аплазияси 1 (7,7%), ўпкалар гипоплазияси 1 (7,7%), буйрак гипоплазияси 1 (7,7%), ТЮН Баталов йўли очиқлиги 1 (7,7%), кўп сонли ТРН: ўпкалар гипоплазияси, диафрагма чурраси 2 (15.3%) ташкил қилди. Интранатал ўлим (ИЎ) 4 та холатда кузатилди. ИЎ сабаблари ТРН 75% ни ва қоғоноқ сув аспирацияси 25% иборат бўлди. Антенатал ўлим (АЎ) 69 та холатда кузатилди. АЎ сабаблар ҳомиланинг она қорнидаги гипоксияси (ҲОҚГ) (100%) ташкил қилди, АЎ сабаблари орасида ҳомиланинг ТРН билан туғилиш салмоғи 6 (8,7%) кузатилди. Хулосалар: Перинатал ўлим кўрсатгичи ортиб бормоқда. ЭНЎ сабаблари орасида ўпка патологиялари муддатидан олдин туғилган 14 (51,8%) ёки муддатида туғилган 13 (48,2%) туғруқларда диярли бир даражада учради. Бунда инфекциялар ва ТРН билан туғилиш ҳам бир хилда аҳамиятли бўлди. ИЎ асосий сабаблари ТРН 75% ни ва қоғоноқ сув аспирацияси 25% иборат бўлди. АЎ сабабларини ҲОҚГ (100%) ташкил қилди ва ҳомиланинг ТРН билан туғилиш салмоғи 6 (8,7%) кузатилди. Бу антенатал парвариш сифатини ва самарадорлигини оширишни таққоза қилади.

МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУК СОДИР БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ФЕТОПЛАЦЕНТАР СИСТЕМАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Рўзиева Н.Ҳ. т.ф.н. доцент, Эргашова М.Ш. I курс магистр, ТПТИ

Тадкикот максади. Муддатдан олдинги туғруқ содир бўлган аёлларда фетоплацентар қон айланишдаги ўзгаришларни ўрганиш ва эрта туғишнинг олдини олишда комплекс чора тадбирларни ишлаб чиқиш. Текширув материаллари ва усуллари. 2016-2018 йиллардаги И. Иргашов номидаги шаҳар клиник шифохонаси туғруқ бўлимида муддатдан олдин туққан 30 та аёлларнинг туғруқлар баённомаси таҳлил қилинди шулардан, 23 (76.667%) та қайта туғувчи 7 та (23,333%) биринчи марта туғувчи аёллар. клиник текширувлардан: Акушерлик ва гинекологик анамнез йиғиш, умумий ва биохимик қон таҳлиллари, умумий сийдик таҳлили, хомила доплерометрияси ва йўлдошнинг патологогистологик текширувлари ўтказилган. Текширув натижалари. Туғруқ баённомаларини қайта ишлаш натижасида, 16 та (53.333%) аёлларда клиник кўрсатмага кўра, 14 та (46.667%) аёлларда тўсатдан бошланган туғруқ фаолияти натижасида туғруқ кузатилган. Текширилган 10 та (33.333%) аёллар акушерлик анамнезида ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши, 5 тасида (16,667%) тиббий аборт, 2 тасида (16,6%) ривожланмаган ҳомиладорлик. 8 та (26.667%) аёлларда эса муддатдан олдинги туғруқ кузатилган. Йўлдош патогистологик текширувида 11 та (33.333%) ворсинкалараро некроз, 8 та (26,667%) ворсинкалараро қон қуйилиш ўчоқлари, 3 та (10%) калцинат ўчоқлари, 2 та яллиғланиш инфильтратлари, 1 та (3,333%) хорион гиперплазияси, 1та (3,333%) йирингли инфильтрати, 1та (3,333%) йўлдош томирлари облитерацияси, 1 та (3.333%) йўлдош томирлари варикоз кенгайиши, 3 та (10%) хориоамнионит, 2 та (6,667) децидуит, 1 та (3,333%) хорион гиперплазияси кузатилган. Хулоса. Туғруқлар тарихини таҳлил қилиш натижасида энг кўп муддатдан олдинги туғруқ 83.333% асоратланган акушерлик анамнези бор аёлларда кузатилган ва бу йўлдошдаги турли хил ўзгаришларга сабаб бўлган.

ЦЕРВИЦИТЛАРНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

Рустамова Ш.Б. 1-курс резиденти даволаш факультети СамДТИ

1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири т.ф.д. Худоярова Д.Р.)

Илмий рахбар: т.ф.н. доц. Элтазарова Г.Ш.

Мақсад. Цервицитлар фонида, ҳомиладорлик ва туғруқ хусусиятларини урганиш ва бу асосида профилактик алгоритм ишлаб чиқиш. Материаллар ва текшириш усуллари. СамДМИ 1-сон клиникасида 1-асосий гуруҳ, 20 нафар цервицити мавжуд ҳомиладорларни текшириш натижалари асосида ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқ хусусиятлари ўрганилди. 2-назорат гуриҳи, 20 нафар назорат гуруҳидаги цервицит аломатлари бўлмаган аёлларда ҳам ҳомиладорлик ва туғруқ хусусиятлари баҳоланди. Анамнез йиғиш, УЗИ, бактериологик, бактериологик микроорганизимларни ўстиш усуллари. Текшириш натижалари. 1-гуруҳ, цервицити мавжуд ҳомиладорларда, пастки жинсий органлар яллиғланиш касалликлари ҳомиладорларнинг 14 нафарида (70%), туғруқнинг 3 нафарида (15%) ва туғруқдан кейинги даврда субинволюция 1 нафарида (5%) асоратларга сабаб бўлади. Цервицити мавжуд ҳомиладорлар бактериологик, бактерриологик микроорганизимларни ўстиш усуллари билан текширилганда аралаш инфекциялар 13 нафарида (65%), моно инфекциялар 7 нафарида (35%) аниқланди. Шундан микс инфекция кўринишида: 2 нафарида (10%) кандидоз+гарднерелла+уреаплазмоз, 2 нафарида (10%) трихамонияз+замбруғлар, 2 нафарида (10%) уреаплазма+микоплазма инфекция билан ва 4 нафарида (20%) хламидия+уреаплазма+микоплазма инфекциялар микс инфекция кўринишида учрайди. Аэроб-анаэробли ассоциациялар 3 нафарида (15%) кузатилди. Моно инфекциялар: шартли патоген микроорганизмлар кўринишида 7 нафарида (35%) ўрни бўлди. Микс инфекциялар фонида 5% ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдроми, 20% кўп сувлик, 15% кам сувлик, қоғоноқ сувларининг эрта ва вақтидан олдин кетиши 15%, бактериал вагиноз 65%, ҳомиланинг вақтидан олдин туғилиши 15%, туғруқ йўллари юмшоқ тўқимаси йиртилиши 15% учрайди. 2-гуруҳда, цервицит аниқланмаган ҳомиладорларда, ҳомиладорларнинг 8 нафарида (40%), туғруқнинг 2 нафарида (10%) ва туғруқдан кейинги даврда субинволюция 1 нафарида (5%) асоратларга сабаб бўлади. Цервицити мавжуд бўлмаган ҳомиладорлар ҳам бактериологик, бактерриологик микроорганизимларни ўстиш усуллари билан текширилганда, аралаш инфекциялар 5 нафарида (25%), моно инфекциялар 7 нафарида (35%) аниқланди. Шундан микс инфекция кўринишида: 1 нафарида (5%) кандидоз+уреаплазмоз, 1 нафарида (5%) трихамонияз+ микоплазма, 2 нафарида (10%) уреаплазма+ замбруғлар инфекция билан ва Аэроб-анаэробли ассоциациялар 1 нафарида (5%) кузатилди. Моно инфекциялар: шартли патоген микроорганизмлар кўринишида 7 нафарида (35%) ўрни бўлди. Микс инфекциялар фонида 15% кўп сувлик, 10% кам сувлик, қоғоноқ сувларининг эрта ва вақтидан олдин кетиши 10%, бактериал вагиноз 50%, ҳомиланинг вақтидан олдин туғилиши 5%, туғруқ йўллари юмшоқ тўқимаси йиртилиши 10% учрайди ва туғруқдан кейинги даврда субинволюция 1 нафарида (5%) асоратларга сабаб бўлади. Хулоса. 1-гуруҳда, пастки жинсий органлар яллиғланиш касалликлари мавжуд ҳомиладорларда, микс инфекциялар кўпроқ учради ва ҳомиладорлик ҳамда туғруқнинг асоратланиш сабабларидан бири деб ҳисоблаш мумкин. 2-гуруҳ, цервицит кузатилмаган ҳомиладорларда микс инфекциялар учради ва ҳомиладорлик аоратлари камроқ юзага келди.

БАЧАДОН БУЙНИ ДИСПЛАЗИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Утениязов Р.Ж. 1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси, 1-курс магистратура резиденти, даволаш факультети СамДТИ

Акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири т.ф.д. Худоярова Д.Р.)

Илмий рахбар: т.ф.н. доц. Элтазарова Г.Ш.

Мақсад. Бачадон бўйни касалликлари диагностиксини такомиллаштириш. Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд Давлат тиббиёт институти 1-клиникаси, акушерлик ва гинекология кафедрасида ҳамда патанатомия кафедраларида ўтказилди. 1. Асосий груруҳ 25 – нафар бачадон бўйни хавфсиз ўсмалари (SIN) аниқланган аёллар 2. Назорат гуруҳи 25-нафар соғлом бачадон бўйни патологиялари аниқланмаган аёллар. Проспектив: анамнез йиғиш, колпоскопия, қин суртмасини: бактериологик ва цитологик; Папаниколау усули, суюлтирилган цитология усулларида ўрганилди.Текшириш натижалари. Анамнезидан туғиш ёшидаги аёлларнинг асосий шикояти: қиндан ажралмалар келиб туриши, жинсий алоқада баъзан қонли ажралмалар бўлиши, ажралмалар оқ рангли, сарғиш кўринишда келиши, ёқимсиз хидли, қорин пастки соҳасида оғирлик туйғуси-худди бирор

нарса пастга тортаётгандек. 1-асосий гуруҳда Папаниколау усулида натижалар қуйидагича бўлди: CIN I-6 нафарида (24%), CIN II-15 нафарида (60%) ва CIN III-4 нафарида (16%), шундан 1 (4%) нафарида хужайра атипияси аниқланди. Суюлтирилган цитология усулида, CIN I-4 (16%), CIN II-17 (68%) ва CIN III-4 (16%), шундан 1(4%) нафарида хужайра атипияси аниқланди. Колпоскопия усулида, CIN I- 7 (28%), яллиғланиш 2 (28%), CIN II- 14 (56%), яллиғланиш 5 (35,7%), метаплазия 1 (7,1%), CIN III-4 (16%), яллиғланиш 2 (50%), метаплазия 1 (25%) ташкил қилди. 1-гуруҳда кандилома-5 (20%), лейкоплакия-11 (44%), эктрапион-7 (28%) аниқланди. 2-назорат гуруҳида, текшириш натижалари: Анамнезидан шикоятлар, баъзан қиндан ажралмалар келиб туриши, қорин пастки соҳаларида оғриқлар бўлиб туришига. Папаниколау ва суюлтирилган цитология усулларида натижалар бир хил CIN I-1 нафарида (4%), аниқланди. Колпоскопия усулида, патологиялар топилмади. Хулосалар: Папаниколау усулида Бачадон бўйни дисплазияси диагностикасида CIN I-24%, CIN II-60% ва суюлтирилган цитология усулида, CIN I-16%, CIN II-68% топилди, демак суюлтирилган цитология дисплазия даражасини аниқлашда самарали усул деб баҳоланди. Папаниколау усули ва суюлтирилган цитология усулларида хужайра атипияси бир биридан фарқсиз аниқланда. Ҳар иккала усул ҳам самарадорлигини кўрсатди. Назорат гуруҳида фақат суюлтирилган цитология усуслида текширилган бир нафар аёлда дисплазияни енгил даражаси аниқланди. Бу туғиш ёшидаги аёлларда йилига бир марта бачадон буйни касалликларига скрининг ўтказишни таққоза қилади. Натижалар интерпритациясига асосан кейинги текширишлар амалдаги миллий сандарт ва протоколлар асосида олиб борилади.

HORMONAL FEATURES OF WOMEN WITH HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM

Davletova D.M. Master 2nd year of department of obstetrics and gynecology

Tashkent Medical Academy (head of department- professor DSc, Najmutdinova D.K.)

Objective: to study hormonal characteristics in patients with hyperplastic endometrial processes and endometrial cancer in combination with uterine fibroma. Materials and methods study: To solve the main problems, we examined 50 women aged between 35 and 57 years (mean age 43.8 ± 0.8). The control group consisted of 23 women without any somatic and gynecological at the time of examination. The main parameters: age, anamnesis, social status of the control group was identical with the main group. The steroid hormones (estradiol and progesterone) were studied in blood and saliva and globulin, which binds sex hormones was also determined by the method of linked immunosorbent assay. Results: The level of estrogens was higher in patients with uterine fibroma and endometrial cancer, which is expressed an increase in the level of estradiol in the blood to values of 109.6 ± 8.92 pg / ml, which is 1.8 times higher than in the group without uterine fibroids. The level of progesterone in the blood also tends to increase in patients with uterine fibroma and endometrial cancer on the average was 7.21 ± 0.59 mg / ml, against 0.92 ± 0.11 mg / ml in the control group, which is 7.8 times higher than in the group without uterine fibroma. It is known that estrogens play a key role in controlling of growth and development of fibroid nodes. Consequently, as seen in our studies, the combined effect of estradiol and progesterone stimulates the proliferative potential of fibroid cells and endometrial cancer. The content of globulin that binds sex was lower in 2.8 times (P <0.05) compared with control group. The suppression of the synthesis of specific transport proteins in the liver and the process of conjugation of hormones leads to an automatic increase in the content of the free active form of hormones. The latter are mainly secreted by the salivary glands. Analysis of the results showed that the level of estradiol in saliva in women with uterine fibroma and endometrial cancer was increased 43 times and amounted to 223.7 ± 9.86 pg / ml (at a rate of 5.24 ± 0.44 pg / ml). A similar trend was noted in regard to the level of progesterone in saliva, where its level exceeded the values in the group without uterine fibroids by 5 times. Conclusions: Thus, in our opinion, the main decisive factor inducing the development of uterine fibroids and endometrial cancer is local hyperestradiolemia due to the free estrogen fraction and unbalanced local hyperprogesteronemia. In this case, progesterone and estrogens have a synergistic effect.

DELIVERY OF PATIENTS WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC FLUID IN TERMS OF THE RISK OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY COMPLICATIONS

Kudratova D.Sh. resident of the 2nd year of the master's program

Department of Obstetrics and Gynecology (Head of Department Ihtiyarova G.A.)

Scientific adviser: Ph.D. Assoc. Tuksanova D.I.

Objective: to study the peculiarities of delivery of patients with prenatal rupture of amniotic fluid during full-term pregnancy in terms of the risk of infectious and inflammatory complications. Materials and methods study: In groups of prospectus observation, we examined 100 pregnant women. The gestational periods were 39-40 weeks in 25 pregnant women (group 1), 41 weeks in 50 pregnant women - group 2, 42 or more weeks in 25 pregnant women - group 3. Markers of the inflammatory response (concentration of highly sensitive C-reactive protein, procalcitonin and absolute neutrophilic leukocyte count in peripheral blood) were evaluated in patients with or without risk factors for PIH infection-type inflammatory, various anhydrous periods, and placenta and amniotic membranes. Results: The results of the study revealed clinical and anamnestic risk factors for prenatal amniotic fluid during full-term pregnancy and informative laboratory markers of the inflammatory response, an increase in the concentration of which is associated with inflammatory changes in the placenta and membranes. The level of highly sensitive C-reactive protein and indicators of the absolute number of neutrophilic leukocytes have characteristics of clinical information content acceptable for practical use. The proposed differentiated approach to the management of pregnant women with prenatal rupture of amniotic fluid involves the use of conservative and expectant tactics for 12 hours in the absence of risk factors for PEIs of infectious-inflammatory nature and C-reactive protein indicators of <7.2 mg / l, patients with the presence of similar risk factors, but the lack of an increase in inflammatory response and active tactics - in women with a high risk of infectious and inflammatory complications (a combination of risk factors DIOV infectious-inflammatory nature with an indicator of C-reactive protein> 7.2 mg / l). In the management of patients with prenatal rupture of amniotic fluid, as suggested, most women (96%) developed spontaneous labor, and only 4% of women underwent drug induction, which is 3 times less than in women, which were administered in accordance with standard treatment and diagnostic protocols. An increase in the specific gravity of the physiological course of labor has contributed to a decrease in the incidence of delivery by cesarean section up to 8%. Conclusions: Thus, the application of the proposed algorithm allows minimizing obstetric aggression and increases the proportion of physiological births, contributing to improved health of mothers and newborns.

USE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES PILLS IN THE TREATMENT OF THE POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Kurbaniyazova. M.Z.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Objective: To review the present knowledge about PCOS and summarize the role of CPA/EE in the care of patients suffering from this condition for the practitioner. Materials and methods study: Experts with clinical interest and experience in treating symptoms of androgen excess performed a non-systematic review to provide updated information regarding the use of CPA/EE in patients with PCOS. Results: Polycystic ovary-related hyperandrogenic skin symptoms are effectively treated by CPA/EE, reducing not only the symptoms but also their negative impact on quality of life and mental health. Proven additional benefits for these patients include the treatment of menstrual irregularities and reduction in endometrial cancer risk. Possible benefits include preservation of fertility. Treatment increases the risk for venous thromboembolic complications. The nature of other metabolic and cardiovascular long-term effects i.e., whether positive or negative, are still to be investigated. Conclusions. The primary indication of CPA/EE is treatment of the symptoms of hyperandrogenism, such as acne and hirsutism, which commonly present in women with PCOS. Improvement of biochemical hyperadnrogenism with CPA/EE leads to a reduction in both short- and long-term risks of PCOS, namely, metabolic syndrome, onset of new diabetes and endometrial cancer. Short-term pre-treatment using CPA/EE may also increase the fertility and improve pregnancy outcomes, however, more research is needed. In addition, CPA/EE also works as a contraceptive and provides the typical non-contraceptive benefits offered by a COC, such as reduction in irregular bleeding and dysmenorrhea and risk reduction of ovarian, colon and endometrial cancer. For women with PCOS, the benefit of greatest importance is the reduction of endometrial cancer risk as this is proven to be increased in women with the syndrome, whereas charges in the risk of ovarial cancer remain subject to debate.

MODERN METHODS OF PREDICTING PREECLAMPSIA

Makhmudova S.E.-Assistant to the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education, Samarkand Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education

(Head of the department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor –Safarov A.T.)

Scientific Director: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Agababyan L.R.

Objective: of this study is to examine current methods of predicting and early diagnosis of pre-eclampsia. Materials and methods: The new laboratory analysis is based on the determination of the sLlt-1 protein concentration ratio and the placental growth factor (PFR, PIGF) in blood serum. Results: Placental growth factor PIGF is a protein of the cytokine family synthesized in the placenta, a powerful stimulator of angiogenesis - the appearance of new vessels. The sFlt-1 protein, a soluble fms-like tyrosine kinase-1, is a PFR antagonist. In normal pregnancy, the placenta produces small amounts of PIGF (placental growth factor) and its antagonist, sFlt-1 (soluble fms-like tyrosine kinase1, a variant of VEGFR-1 receptor). In preeclampsia, increased synthesis of sFlt-1 leads to a decrease in the level of freely circulating PIGF, which is associated with dysfunction of endothelial cells, which is manifested by hypertension, proteinuria and other symptoms. Conclusions: Determination of the ratio of sLlt-1 protein concentrations to the placental growth factor (PFR, PIGF) in blood serum can be used as a pregravidar prognosis and preclinical diagnosis of pre-eclampsia. This will allow the identification of risk groups for preeclampsia and early recovery of women before and during pregnancy in order to improve the outcome of pregnancy and childbirth. On the basis of the conducted researches the algorithm of early diagnostics of pre-eclampsia and tactics of management of such pregnant women will be developed, and also the medical algorithm of pre-eclampsia with the purpose of preservation of health of mother and child will be improved.

REPRODUCTIVE HEALTH AND CONTRACEPTIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE UNDERGONE CAESAREAN SECTION

Nasirova Z.A., Makhmudova S.E.-Assistant to the Department of Obstetrics and Gynecology,

Faculty of Postgraduate Education, Samarkand Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education (Head of the department, Associate Professor –Safarov A.T.)

Scientific Director: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Agababyan L.R.

Objective: study the peculiarities of reproductive behavior and awareness of contraceptive methods among women who have undergone Caesarean section. Materials and methods: taking into account their social and hygienic characteristics, 170 women were surveyed. Samarkand: 120 women who underwent a cesarean section in the lower segment of the uterus (the main group) and 50 women who gave birth independently through the natural birth canal (the control group). In selecting the control group, a guideline was made to ensure that this group did not differ from the main one in terms of a number of important social and hygienic parameters. Results: The study did not reveal a significant link between contraceptive methods and marital status, or education level. Women aged 30 years and over use highly effective contraceptive methods more often ($p< 0.05$), with the increase in educational attainment, the frequency of contraceptive use to protect against unwanted pregnancies in the main group increases (respondents with secondary education were 77 (64.2%), with secondary education - 33 (27.5%), with higher and incomplete higher education - 10 (8.3%) ($p< 0.01$). The choice of contraceptive method is closely related to women's assessment of the possibility of its negative impact on the body. In the study, 15 (12.5%) women in the main group and 4 (8%) in the control group believed that the use of contraception has a negative impact on health ($p>0.05$). Negative attitude to the use of hormonal contraception was observed in 51.0% of women of the main group and 48.0% of the control group, related to the increase in body weight and influence on metabolism ($p>0.05$). Negative attitude to the use of intrauterine contraceptives is observed in 16.7% of women after Caesarean section because of possible scar damage and 14.0% of those who gave birth independently because of menstrual blood loss increase. Conclusion: The reproductive behavior of women who have undergone Caesarean section, regardless of social and hygienic parameters, is characterized by a positive attitude towards childbirth, a desire to postpone repeated pregnancy for the next three years after surgery, but at the same time, the use in the first year after the operation of ineffective methods of contraception, and therefore high rates of induced abortion.

MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE ANOGENITAL MAMMARY-LIKE GLANDS

Navarchuk N.M. – associate professor of the Mykola Turkevich Department of Human anatomy,

Guzik O.V. – assistant of the department of Anatomy, Ljubkivska M.S. - student *of* Dentistry *faculty, 2 Group*

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university" (Chief of the department - prof. Kryvetskyy V.V.)

Scientific advisor: prof. MD Makar B.G.

Objective: to ascertain the morphological peculiarities of AMLG. Materials and methods: the study and analysis of materials of domestic and foreign literature. Results: Supernumerary mammary glands derived from rudiments of the embryonic milk lines or mammary ridges in the vulva are considered a source of a series of unusual tumors resembling lesions of the breasts and described by van der Putte SC. Hartung is thought to have been the first to report on mammary glands in the vulva. Kazakov D.V. argued that AMLG mainly located in the sulcus between the labia minora and majora, anogenital mammary-like glands are not normally visible but they are often found in pathological specimens originating from the anogenital area. Their normal histology varies from simple glandular structures with round lumens surrounded by loosely or densely fibrotic stroma, to complex lobular units closely imitating breast tissue. The excretory system is likewise variable. The superficial portion of the excretory duct of anogenital mammary-like glands is rarely sampled in histopathological specimens. It has a peripheral myoepithelial cell layer and luminal columnar epithelium often showing apocrine secretion (in contrast to apocrine ducts). A short distance before it enters the epidermis the myoepithelial layer is lost and the duct becomes lined by squamous epithelium, before opening onto the epidermal surface. Rarely, small clear cells (Toker cells), arranged as single cells or in small clusters in the lower epidermis around the openings of the ducts of anogenital mammary-like glands or along the ducts themselves can be recognized. Ectopic breast tissues are subject to hormonal response and undergo physiologic changes, such as enlargement and milk secretion, during pregnancy. In 2006, Atwal published a case of previously documented supernumerary mammary tissue-originating vulvar fibroadenoma, describing a lesion that histopathologically mimicked a fibroadenoma with positive estrogenic receptors on immunohistochemistry and with healthy mammary tissues surrounding the lesion. In addition, these tissues may develop various pathological changes, such as fibroadenoma, fibrocystic changes, sarcomatous changes, and carcinoma. However, carcinoma secondary to accessory breast tissue is rare, accounting for approximately 0.3% of all breast carcinomas.Conclusion: A detailed study of morphological features of AMLG has essential both theoretical and practical importance for understanding the mechanisms of the possible occurrence of lesions variants.

CHOICE OF THE METHOD OF PREVENTIVE THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT PREPARATION FOR THE DELIVERY

Tilavova Y.M., Yusupova M.F. students of the group 519, Saifulina D.M. - student of the group 620 of the medical faculty of SamMI

Department of Anaesthesiology and Resuscitation SamMI (Head of Dept. – DSc Matlubov M.M.)

Supervisor: assistant Kim O.V.

Objective: optimization of the preparation of pregnant women with pre-eclampsia of the moderate degree to natural delivery. Materials and methods: The examination and treatment of patients were carried out in the 1st SamMI clinic for the period 2017-2018. In total, 26 patients aged 18 to 35 were examined with a gestational age of 35-37 weeks. All patients suffered from moderate pre-eclampsia. Depending on the method of drug preparation, the patients were divided into 2 groups: patients of the first group (13 patients) were given the drug preparation as follows: on the first day, 25% -16 ml of magnesium sulphate solution was

added to 0.9% -20 ml solution sodium chloride in / in drip slowly, under constant control of blood pressure; Enoxaparin 40 mg sc once a day was prescribed daily for 5 days to prevent acute DIC syndrome; Aprotinin 20 000 ATrE per day in / in; in order to increase diuresis, furosemide 20 mg was administered i/v once a day in the morning for 3 days; right up to the birth, bisoprolol (1.25-5 mg/day) was prescribed, the dose of which was determined by the value of the heart rate and blood pressure, the patients of the second group (13 patients) received only magnesia therapy. 24 surveyed pregnant women of both groups studied (13 pregnant women from the first group and 11 pregnant women from the second group) underwent epidural anesthesia and postpartum anesthesia through an epidural catheter during labor. All patients were monitored for indicators of the general analysis of blood, urine, biochemical analysis of blood, PTT, PTI, blood clotting, ultrasound of the urinary-genital system, hemodynamics, hourly control of diuresis. Also, patients were consulted with related professionals. The research was conducted at the following stages: 1st stage - baseline values, 2nd stage - 5 days after the start of drug therapy, 3rd stage - 2 days after birth. All numerical values obtained in the research, processed by the method of variation statistics using Student's criterion and presented as M ± m, where M is the arithmetic mean value, m is the standard error. Differences were considered statistically significant at P <0.05. Results and their discussion: Baseline values in both studied groups did not differ significantly from each other. At the 2nd and 3rd stage of the research, patients of the 1st group showed improvement in clinical symptoms, reduction of oedema, proteinuria, coagulogram indices remained within physiological norms, stabilization of hemodynamics was noted, and diuresis increased. In patients of the 2nd group, the hemodynamic indices shifted to the positive side was less pronounced, the coagulogram indices were unstable, and there was no significant increase in diuresis. In two of the patients from the 2nd group, moderate preeclampsia turned into severe preeclampsia, which required a solution to the issue of delivery in favour of Caesarean section under general multicomponent anesthesia with mechanical ventilation. Conclusion: Thus, the results of the research show that the use of preventive therapy in the preparation of pregnant women with preeclampsia has a positive effect on hemodynamics, reduces the risk of developing acute DIC, thereby preventing the risk of complications during the delivery and in early postpartum period.

IMPROVEMENT OF TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PREMENOPAUSE

Todjiyeva N.I., assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty, Samarkand State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology,Samarkand State Medical Institute -1 Clinic

(Head of Department- Doctor of Medical Sciences, Hudoyarova D.R.)

Scientific supervisor Doctor of Medical Sciences, Hudoyarova D.R.

Objective: improvement of treatment methods of endometrial hyperplastic processes in menopause by clinical and morphological data. Material and methods: In the line of aimed tasks for 2013-2018 period were provided complex clinical and laboratorial examination and treatment of 30 patients with endometrial hyperplastic processes in premenopause period. After receiving the results of pathomorphological research of patient with endometrial hyperplastic processes was applied hormonal therapy (Midiane COC with nonstop regimen, during 6 months). Control group consist of 30 women of premenopausal age, whom was planning to apply replacing hormonal therapy. These patients were carried out endometrial biopsy for preventing its pathology. Results: Average age of the main group patients was 45.5 ± 1.99 years, the control group was 46.8 ± 1.75 years, that shows the comparison of examined women's group by age. Patients were observed during a year, proceeded monitoring of clinical laboratory results. After 6 month oligomemorrhea found in 18 (64.2%) patients. It was diagnosed oligomemorrhea in 24(85.7%) examined once at the end of the year. Beside that, surely confirmed during research that Midiane COC give positive influence to PMS, which decreases life quality of patient with EHP. The effect of medicinal therapy reached in 22 (74.7%) women with PMS by the provided results. Profuse menstrual cycle remained in 1(3.6%)women and was not noted in patients ; was decreased number of patients, who has complain in the lower part of the abdomen, with menstrual cycle from 11(36.7%) till 0 after 6 months from the beginning the course. Vasomotor and emotional-vegetative symptoms didn't retained in not a single patient. Dynamic control for BP while taking Midiane COC find tendention to its decreasing in 9 (60%) from having stabile increasing of BP before the treatment. USE, which were carried out after the course, didn't revealed echoscopic signs of hyperplastic process of uterus mucous membrane. Average of U-echo didn't increased normal data and were 3.11± 0.99mm. To evaluate the effect of provided therapy after 6 month of taking Midiane COC was carried out gynecological research of endometrial tissue samples, which has gotten by endometrial biopsy. It is found, that after 6 months of taking medicine morphological signs of endometrial hyperplasia were not present in 27 (96.4%) patients, with that 1 (3.6%) women found endometrial hyperplastic focuses. Considering retained complains to menorrhagia, in 1 (3.6%) patients with EHP at 47 age, the treatment was not effective. Considering of having data, patient was offered removing of the uterus. After completing therapy in 3 month the menstrual cycle restored in 25 patients (89.3%). Conclusion: Patient with EH taking Midiane COC medicine in prolonged regimen (63 twice) is an effective method for therapeutical effect echievment in (82.1%) and warning clinical reoccurrence. Morphological reoccurance took place in 3.6% cases.

EFFECT OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS ON THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG PREGNANT WOMEN

Zhartaul S., Abubakirova N., Toregeldy G., Tuymebayeva A. (the 4th grade students of International Medical Faculty)

Joint-stock company "Asfendiyarov Kazakh National Medical University"

Department of Nutriciology with a course of preventive medicine

Head of Department - Ph.D., Associate Professor Kaynarbaeva M.S.

Scientific advisers - Ph.D., PhD, Associate Professor N.A.Myrzabayeva, Ph.D., associate professor Espayeva R.N.

Objective: to determine the effect of psycho-emotional disorders on the course of AH among pregnant women. Materials and methods: The materials for our research project were obtained with the help of 22 pregnant women with arterial hypertension from gynecology department in the Central City Clinical Hospital. The diagnosis of hypertension was established on the basis of generally accepted clinical and instrumental criteria. The age of pregnant patients ranged from 24 to 40 years. Systolic blood pressure was within 130-160 mm Hg. Art., diastolic 90-110 mm Hg. Art. All patients received standard therapy. Evaluation of psycho-emotional status was carried out using the Spielberger-Khanin questionnaire. Also, the mental state was determined using clinical and psychopathological research and psycho-diagnostic HADS, MADRS, HAM-D questionnaires. The state of the autonomic nervous system was assessed according to the questionnaire proposed by A.M. Wayne, which allows to identify signs of autonomic disorders. Results: The vast majority of pregnant patients with hypertension revealed changes in psycho-emotional state, manifested by high level of personal anxiety and depression. The level of reactive anxiety was noted in 54.5% of patients. The indicator of situational anxiety reached 46.7 ± 2.1 points, personal anxiety - 53.3 ± 2.0, what indicates a high level of anxiety, accompanied by neuro-psychological overstrain. Depression occurred in 31.8% of pregnant women. Our analysis of questionnaires of autonomic disorders in pregnant women showed an average of 37.8 ± 10.4 points. Conclusions: The formation of anxious depressive states in pregnant women is aggravated over the course of hypertension, accompanied by autonomic dysfunction, and this must be taken into account in study of pathogenetic role of psycho-emotional disorders in development of hypertension in pregnant women and development of preventive measures.

Морфология

ОЧИСТКА АРТЕРИЙ ПРИ ПОМОЩИ ЛАЗЕРА

Абдуева О.Н., студентка 110 группы педиатричиского факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав.каф.- доцент Содиков Н.О.)

Научный руководитель: к.ф.м.н. Бурхонов Б.Н.

Лазеры все шире применяются для очистки артерий человека от тромбоцитных бляшек. Тромбоцитная бляшка - это плотная жировая субстанция, которая может скапливаться на внутренних стенках артерий. Со временем сосуды могут настолько закупориться, что кровь перестанет течь нормально и это может вызвать сердечный приступ или инсульт, что очень опасно и может привести к летальному исходу. Традиционный метод удаления бляшек, включающий вскрытие грудной клетки и выполнение нескольких надрезов, является долгой, а иногда и рискованной операцией. Кроме того, она дорогая и требует несколько недель для восстановления. Эффективной альтернативой является использование лазерного луча для выжигания бляшки. Ключевую роль в обеспечении положительного результата этой работы играет возможность для врача видеть внутри артерии и направлять луч. Это еще одна область, в которой сочетание волоконной оптики и лазеров представляет из себя современный чудо-инструмент. Оптическое волокно, присоединенное к маленькой телекамере, может быть введено в артерию. Этот миниатюрный датчик позволяет врачу и медсестрам наблюдать за вторым волокном, которое вводится в артерию для выжигания бляшек вспышками света. Методика состоит в следующем. Волоконно-оптический массив вводится в кровеносный сосуд в руке или ноге и медленно перемещается в область сердца и к закупоренной артерии. Когда массив достигает точки назначения, лазер излучает свет и уничтожает бляшку. Пары, образующиеся в результате, отсасываются через маленькую полую трубку, которая введена вместе с оптическими волокнами. После очистки артерии врач извлекает волокна и трубку - операция завершена. Эта медицинская процедура известна как лазерная ангиопластика. Она имеет несколько очевидных преимуществ. Во-первых, разрезание тканей не требуется (за исключением маленького надреза в сосуде для введения волокон). Кроме того, кровопотери невелики или вообще отсутствуют, а пациент полностью восстанавливается через 1-2 дня. Лазерная ангиопластика имеет ряд потенциальных рисков, которые должны быть рассмотрены. Во-первых, когда лазерный луч попадает в бляшку он должен быть направлен очень точно, потому что даже небольшой промах может прорезать стенку артерии и вызвать серьезное кровотечение. В этом случае все равно придется вскрывать грудную клетку пациента. Вторая проблема связана с небольшими частицами материала, остающимися после выжигания бляшки. Если они попадут в кровоток, то это может вызвать закупорку небольших кровеносных сосудов, что приведет к еще большим осложнениям. К счастью, непрерывный технический прогресс значительно уменьшил эти риски, и число успешных операций постоянно растет

ОТБОРНЫЕ ЖИЗНЕСПОСОБНЫЕ ЭМБРИОНЫ ДЛЯ ЭКО

Абдужаппарова Н.Э., Рахманов С.Р., студенты 4 курса 315-гр. факультета МПД ТМА

Кафедра «Хирургия №2» (зав. кафедрой - к.м.н. Юлдашев А.А.

Научный руководитель: асс. Дехконова Д.В.

Искусственный интеллект, разработанный в Корнеллском университете, получил название Stork - «аист». Его создатели надеются, что он поможет завести детей многим бесплодным парам. От бесплодия страдает около 8% женщин детородного возраста. Несмотря на то, что ЭКО помогает многим из них завести ребенка, успешность процедуры невысока - 45%. Чтобы повысить этот показатель, необходимо научится выделять наиболее жизнеспособные эмбрионы. Команда эмбриологов, специалистов по репродуктивной медицине и программистов из Корнеллского университета решила использовать для этой задачи искусственный интеллект. Как сообщает Science Daily, для тренировки алгоритма команда скормила ему 12 000 фотографий человеческих эмбрионов, сделанных через 110 часов после искусственного оплодотворения. Каждый из зародышей пометили в соответствии с особенностями внешнего вида, которые сопоставили с вероятностью удачного исхода беременности. «Хорошими» считались эмбрионы с шансами на рождение выше 58%, а у плохих этот показатель был ниже 35%. В обучающем наборе было по 6000 изображений «хороших» и «плохих» эмбрионов. Исследователи надеются, что применение ИИ позволит автоматизировать и стандартизировать процесс, который сегодня во многом зависит от субъективного мнения врача. А если имплантировать только лучшие эмбрионы, шансы на успех ЭКО серьезно повысятся. К сожалению, Stork не сможет решить всех проблем, ведь шансы на удачную беременность лишь на 80% зависят от качества эмбриона. Немаловажным фактором также является физическое состояние матери и ее возраст. Поэтому команда дополнила алгоритм, научив его учитывать этот фактор при расчете успешности беременности. Предыдущая версия алгоритма для выбора эмбрионов для ЭКО была намного менее точной. Ее прогнозы сбывались лишь в 85% случаев. Появление Stork - значительный шаг вперед в развитии технологии.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Абдуманнобов Ж.Г., студент 307-группы лечебного факультета СамМИ

Курс патологической анатомии (зав.курсом - доцент Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель: доцент Эшкабилов Т.Ж.

Цель исследования: Гранулематозные заболевания – это воспалительные патологии, при котором формируется гранулемы, в составе которого наблюдаются моноциты, макрофаги, плазмоциты, лимфоидные клетки, эпителиоидные и гигантские многоядерные клетки. Мы решили изучить особенностей гранулематозного воспаления на аутопсийном материале. Материал и методика: Проведен анализ секционного материала клиники СамМИ №1 за последние 15 лет, из числа которого выбирали случаев, где были обнаружены гранулемы. Количество их составило 56 умерших, 39 мужского и 17 женского пола. Возраст умерших было: дети до 14 лет – 21 случаев, 15-30 лет – 14, 31-50 лет – 9, 51-70 лет – 7 и свыше 71 года было 5. Результаты исследования: Среди детского контингента гранулематозное воспаление чаще наблюдалось при инфекционных заболеваниях. У 7 детей выявлены туберкулезные гранулемы, у 4 новорожденных обнаружены токсоплазмозная гранулема, по два случая отмечены кандидозная, ревматическая и брюшнотифозные гранулемы. В четырех случаях распознаны неинфекционные гранулемы, то есть, олеогранулема и ксантогранулема. В 13 случаях гранулематозные заболевания у детей оказались причиной летального исхода, в остальных случаях они обнаружены при сопутствующих заболеваниях. В возрастной группе 15-30 лет также преобладают инфекционные гранулемы. В 4 случаях диагностированы туберкулезные гранулемы, по одному случаю имело место ревматическая, брюшнотифозная, кандидозная и актиномикозные гранулемы. Среди гранулематозных болезней неинфекционного характера отмечались: олеогранулемы, гранулематозный лекарственный гепатит, пневмокониоз, и болезнь Крона. Гранулематозные заболевания в этой группе явились причиной смерти 7 больных. В возрастной группе 31-50 лет наблюдались гранулемы при ревматизме, ревматоидном артрите, туберкулезе, пневмокониозе и антракозах. У 3 из 9 гранулематозные болезни привели к смерти. В возрастной группе 51-70 лет встречался гранулематоз при пневмокониозе, антракозе, кандидозе и туберкулезе. В этой группе гранулематозная болезнь привела к смерти одного больного. В возрастной группе 71 год и выше наблюдались антракозные гранулемы. Выводы: Таким образом, анализ секционного материала по гранулематозным заболеваниям показывает, что они более часто встречаются у мужчин. В детском и молодом возрасте преобладают инфекционные гранулемы. В возрастной группе 31-70 лет больше встречаются неинфекционные гранулемы, и большинство заболеваний с гранулематозом носят сопутствующий характер. В старческой возрастной группе наиболее часто встречаются пневмокониозные, антракозные и висцерально-микотические гранулемы.

ТРИХОМОНАДОЗ - ТИПИЧНЫЙ АНТРОПОНОЗ

Абдумуродова Д., леч.фак. студентка 125-группы, ассистент Назарова Г.Х.

Кафедра медицинской биологии и генетики (зав. каф.- к.б.н Махмудова Х.И.)

Научный руководитель: к.б.н. Махмудова Х. И.

Наибольшее значение в патологии человека играет влагалищная трихомонада, вызывающая у мужчин и женщин трихомониаз. T.vaginalis имеет грушевидную форму и размеры 10-20 мкм, иногда 30 мкм. Для трихомонад характерны вращательные или колебательные движения. Они имеют четыре расположенных спереди жгутика, один из жгутиков проходит вдоль тела к заднему концу клетки и образует вместе со складкой плазмолеммы ундулирующую мембрану, причем у влагалищной трихомонады она доходит только до середины тела, а у кишечной выходит за границы тела, заканчиваясь свободным жгутиком. Под ундулирующей мембраной внутри клетки находится сократимая палочка – коста, служащая опорой для движения. Аксостил у трихомонад не совершает активных движений. У влагалищной трихомонады постоянный клеточных рот отсуствует, но при некоторых условиях на передней части тела может дифференцироваться участок, через который внутрь путем фагоцитоза проникают частички пищи, бактерии, эритроциты.В основном питание осуществляется через оболочку клетки. Размножение происходит путем продольного деления. Трихомонады можно культивировать на жидких и плотных питателных средах. Для влагалищной трихомонады необходимо использовать среды более богатого состава. Она лучше растет в анаэробных условиях, при pH 5,5-6,0 и температура 35-37°С. T.vaginalis не образуют цист и поэтому малоустойчивы во внешней среде. Быстро гибнут при низких и особенно при высоких температурах высыхании, действии солнечных лучей. Трихомонадоз – типичный антропоноз, распространен повсеместно, передается в большинстве случаев половым путем. Попавшие на слизистую мочеполовых органов, трихомонады могут вызвать выраженную воспалительную реакцию, особе при наличии большого количество паразитов.У женщин может поражаться влагалище, уретра, шейка матки, вульва, редко-прямая кишка. Заболевание может протекать бессимптомно ,особенно у женщин, при выраженной клинике наблюдается появление гнойного отделяемого ,зуд, болезненность или чувство жжения на слизистой мочеполовых путей. Надежным методом диагностики является посев исследуюмого материала на питательные среды. Этот метод особенно ценен при обследовании мужчин, а также для установления наступившего освобождения от трихомонад после лечения. Для лечения используют: метронидазол (по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней), или орнидазол (500мг 4 раза в сутки в течение 5 дней) и др. Часто в сочетании с препаратами, обладающими трихомонацидным эффектом при местном применении. Профилактика сводится к: безопасному сексу с барьерными методами защиты, пропаганде здорового образа жизни и личной гигиены.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ

Абдурахимова А.Ф., студентка 315 группы педиатрического факультета,

Рашидов Ф.А. студент 124 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель: изучить и установить морфологические и микробиологические изменения у жизнеспособных эхинококковых кист и степень заражения их микроорганизмами в капсуле. Гистологически взаимосвязать проницаемости хитиновых капсул эхинококков микроорганизмами. Материалы и методы исследования: Паразитологическим, микробиологическими гистологическим исследованиям подвергнуты Echinococcus veterinorum от 19 больных, Echinococcus hominis - от 16-ти больных, Echinococcus acephalocysticus от 22-ти. Всего изучены 57 жизнеспособных эхинококков. Хитиновая оболочка эхинококков от 45-ти больных была полупрозрачная, белесоватая, эластичная и легко отторгалась на всем своем протяжении от стенок окружающей капсулы носителя. Результаты: от 12-ти больных хитиновая оболочка эхинококков была полупрозрачная, эластичная и легко отторгалась на всем протяжении от стенок окружающей капсулы носителя. Паразиты от 3-х больных имели такой же внешний вид, но местами срослись со стенками окружающей их капсулы и имели сероватый оттенок. Вокруг всех жизнеспособных эхинококковых пузырей сформировалась капсула, как проявление местной тканевой реакции со стороны организма носителя. Строение её имели свои особенности: у 19-ти кист она оказалась однослойной, у 73-х двухслойной, у 4-х - трехслойной. Под однослойным строением мы подразумеваем наличие некротического слоя толщиной до 2мм с частичной его организацией соединительной тканью и гиалиновым превращением или наличие фиброзного слоя толщиной от 1 до 1,5 мм также с выраженным гиалинозом. Под двухслойным строением капсулы подразумеваем: 1 – образована некротическим и грануляционным слоями с общей толщиной 1 мм, 2 - некротическим и фиброзным слоями с общей толщиной 3 мм, 3 - фиброзным и грануляционными слоями без признаков некротической реакции тканей общей толщиной до 1,5 мм. Установлено, что при отсутствии некротической реакции тканей, гиалиноз фиброзного слоя выражен особенно четко. По нашим данным, трехслойная капсула состояла из внутреннего слоя, прилежащего непосредственно к оболочке паразита и состоящего из бесструктурной некротической массы. Второй грануляционный слой состоит из эпителиальных, лимфоидных клеток и фибробластов и переходит в третий фиброзный слой. Общая толщина всех трех слоев - до 2,5 мм. В капсуле 29 жизнеспособных эхинококков обнаружилась гигантоклеточная реакция. Выявлено несколько вариантов расположения гигантских клеток: 1 - размещение рассеяно на границе с оболочками паразита, 2 в виде гнездных скоплений, 3 - в виде частокола, 4 - гигантоклеточная реакция сопутствовала явлениям гиалиноза. Выводы: структурные изменения, возникающие вокруг жизнеспособного эхинококкового пузыря, не ограничиваются образованием капсулы, но и не распространяются на прилегающие к ней ткани. У жизнеспособных эхинококков редко выявляется микроорганизмы: стафилококки (2 кист из 57), простейшие саркоспоридии (7 кист из 57) грибы рода Paecilomyces (5 кист из 57) и особой роли в клеточных реакциях у жизнеспособных эхинококков они не играют.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА НА ТЕРРИТОРИИ УЗБЕКИСТАНА

Абдурашадова Ш.А., студентка 221 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в сельскохозяйственных районах Узбекистана и определение клинических особенностей острой формы заболевания. Материалы и методы исследования. Изучена динамика бруцеллеза на территории Узбекистана среди населения, согласно данным Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора республики. Ретроспективному анализу был подвергнут временной промежуток с 2009 по 2017 года. Результаты исследования. При изучении динамики (с 2009 по 2017 гг.) заболеваемости населения Республики Узбекистан бруцеллезом были выявлены ряд закономерностей, связанных с территориальными особенностями. Высокая заболеваемость населения бруцеллезом является подтверждением неэффективности проводившихся противобруцеллезных профилактических и терапевтических мероприятий. Наиболее высокая заболеваемость бруцеллезом наблюдается в южных и юго-восточных районах Узбекистана, что, вероятнее всего, связано климатическими свойствами для широкого распространения скотоводства. Последние 5-6 лет в республике ежегодно выявляется от 500 до 600 больных с впервые диагностированным бруцеллезом, и среди них определенный процент составляют дети. Клиническая картина бруцеллеза характеризуется полиорганным поражением, в частности печень, почки, мышечная ткань, сердце, лимфатические узлы, с преимущественным вовлечением расстройств опорно-двигательного аппарата, дыхательной, нервной и половой систем. Инкубационный период составляет 1-2 недели. Необходимо отметить, что больные часто поступают с диагнозами острая респираторная инфекция, лихорадка неясного генеза, либо тифо-паратифозная инфекция, редко бруцеллез. Далее развиваются системные поражения, как моноартрит, остеомиелит позвоночника, миалгия, эндокардит, миокардит, перикардит, абсцесс аорты, бронхит, пневмония, орхит, простатит, сальпингит, менингит, энцефалит, миелит, кератит, язвы роговицы, эндофтальмит, лимфаденит и бруцеллез. Особый интерес представляют больные с острой формой бруцеллеза, исход которой определяет в последующем степень

утраты работоспособности, качество жизни, трудовой прогноз. Общая характеристика клинических проявлений больных острой и хронических форм бруцеллеза представлены в виде лихорадки (субфебрильная), увеличение подмышечных лимфоузлов, бурситы в локтевых, коленных голеностопных суставах, поражения позвоночника, миалгия и нефриты. Основным поражаемым контингентом бруцеллеза – трудоспособное население. Высокий процент инвалидности из-за бруцеллеза обусловливает актуальность совершенствования профилактических и терапевтических подходов при бруцеллезе. В республике Узбекистан информации о заболеваемости бруцеллеза мало, что связано низкой обращаемости сельских жителей за медицинской помощью. Диагностику бруцеллеза проводят на основании клинических данных, эпидемиологических сведений и результатов лабораторных исследований, кожно-аллергической пробы Бюрне. Установлено, что преимущественным источником заражения 49,7% является крупнорогатый скот. Среди путей заражения доминирует контактный путь (57,2%), алиментарный путь инфицирования составил 29,7%, у 13,1% больных путь заражения не установлено. Выводы: бруцеллез определяет как одну из ведущих социально и экономически значимых проблем инфекционной патологии. Активное выявление больных бруцеллезом, обеспечение качественной диагностики заболевания, преемственности ведения и диспансеризации позволит снизить медицинские и социальные потери, связанные с этой инфекцией.

К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Абдусамиева Н.К., Аманбоева Ф.Б. студенты 301- группы Леч. Фак.

Курс патологической анатомии (зав. курс. – к.м.н. Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Абдуллаев Б.С.

Цель исследования: В настоящее время достигнуты большие успехи в распознавании опухолей в ранних стадиях. Однако, исследования удаленных опухолей показывает, что часто в шейки матки имеет место далеко зашедшие стадии рака. Сегодня общепризнано существование облигатного предрака, интра эпителиального и не инвазивного рака. Первостепенной задачей специалистов является диагностика злокачественной опухолей в стадии $T_1N_0M_0$. Мы задались целью изучить дисплазии по цитологическим материалам экзо – и эндоцервикса. Материал и методы: Нами проведено исследование мазков из шейки матки 68 женщин, поступивших в клинику СамМи №1. Возраст больных 25-69 лет. 29 больных были в репродуктивном возрасте и 39 больные – в период менопаузы. Мазки окрашивались метилиновым синим по методу Папаниколау. По результатам цитологии у 12 женщин была произведена инцизионная биопсия из шейки и материалы окрашивались гематоксилин – эозином. Результаты исследования: Проведенные исследования показали, что у 29 больных в мазках обнаружены наличие отдельно расположенных или групповых светлых широких клеток с крупными овальными ядрами типа койлоцитов. Среди них наблюдались темно окрашенные клетки с гипертрофированными ядрами. Обнаруженные светлые и темные клетки, по всей видимости, свидетельствуют о степени дифференцировки и тенденциях к недифференцировки. Кроме этих клеток обнаружены типичные десквамированные эпителиоциты, единичные лимфоциты, лейкоциты и редкие фиброциты. Этим больным была установлена дисплазия I, II и III степеней. По цитологическому заключению у 12 больным были выполнены инцизионные целевые биопсии. На основании изучения материалов биопсии у 5 больных была распознана дисплазия тяжелой III степени и двум больным carcinoma in situ (возраст 47 и 57 лет). Больных направлены в онкодиспансер и впоследствии проведена операция с удалением шейки и тело матки. Выводы: Таким образом, цитологическое исследование мазка цервикального канала шейки матки послужило поводом для своевременной диагностики дисплазий, которые были подтверждены при биопсии. Считаем, что ранняя диагностика дисплазий по цитологическим исследованиям и выполнение прицельных биопсий способствует раннему распознаванию рака шейки матки.

СИНТЕЗ И ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ СМЕШАНОЛИГАДНЫХ ДВУЯДЕРНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ Co(II)

Авазов Х.Б. студент 1 курса 2-педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель: ассистент Азимов А.М.

Актуальность. Актуальным направлением современной координационной химии являются исследование комплексных соединений биометаллов с полидентатными, физиологически активными лигандами. Комплексообразование между металл-ионами и лигандами органической природы приводит к существенному уменьшению токсичности, улучшению известных и появлению новых полезных в терапевтическом отношении свойств. Также перспективным является определение особенностей взаимосвязи физико-химических свойств комплексов с показателями их специфической активности. Это позволяет прогнозировать пути получения новых, необходимых для практической медицины препаратов. Цель: Получить и разработать методы синтеза новых смешаннолигандных двуядерных комплексов α-глицина, α-аланина и витамина U с Co(II). Изучение влияния физико-химических свойств комплексов на показатели их специфически активности. Материалы и методы исследования. Условия комплексообразования и синтез осуществляли с учетом комплексообразующей природы лиганд солей металлов. Витамин U (MemSClH), в зависимости от условий проведения синтеза, может выступать в качестве бидентатного, хелатообразующего O, N-лиганда, а также образовывать молекулярные соединения за счет подвижного хлориона при взаимодействии с хлоридами 3d-металлов. Конкурентокоординационные особенности, характерные для Mem SClH -иона, сохраняются и в его смешанолигандных комплексах. В связи с этим на основе разработанной методики синтезированы и исследованы двуядерные смешанолигандные комплексные соединения Co(II), отвечающие общей формуле: $Co(MemS^{+})(Acid)[CoCl_3]\cdot nH_2O$, где Acid – ионы α-аминокислот: глицин (GlyH), α-аланин (AlaH). В работе были использованы карбонат и хлорид Co(II), MemSClH, GlyH, AlaH. Способ получения комплексов заключается в следующем: к порошкообразным внутрикомплексным соединениям типа $Co(MemSCl)(Acid)\cdot nH_2O$ полученным согласно, добавляли эквимолярное количество ацетонового раствора хлорида кобальта (II). Реакционную среду перемешивали до полного обесцвечивания слоя органического растворителя. Порошкообразный целевой продукт обрабатывали до отрицательной реакции на хлоридион. Заключение. Синтезированы 2 новых смешанолигандных комплексов двухвалентного кобальта с витамином U и с α- кислотами (глицин, аланин). Установлен состав выделенных комплексов, изучен ряд физико-химических свойств. Синтезированные соединения могут найти применение в медицинской практике при лечении анемии, повышении иммунитета.

РОЛЬ ДЕРМОРФИНА (ДМ) В ПРОЦЕССАХ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРОГО ВАРАНА (VARANUS GRISEUS)

Авлиёзода А., студент 301 группы медицинского факультета Хатлонского государственного медицинского университета. Таджикистан

Кафедра химии и медицинской биологии (зав. каф. - к.б.н., Чориев С.А.)

Научный руководитель: доцент, к.б.н., Чориев С.А.

Цель работы. Изучение роли нейропептида дерморфина в регуляции процессов ВНД на уровне рептилий. Несомненно, что в организме человека и позвоночных животных число нейропептидов значительно больше, но лишь немногие из них изучены в достаточной мере. Пептиды с ярко выраженной опиоидной активностью выделены также из других источников. Примерами являются β - казоморфин (из гидролизаторов казеина) и дерморфин А и В (из кожы южноамериканской лягушки Phylomedusa). Роль нейропептида дерморфина в регуляции процессов ВНД на уровне рептилий изучена недостаточно, хотя известно, что введение ДМ, выделенного из кожи пойкилотермного животного (лягушки) другим пойкилотермным животным (ящерицы) вызывает ряд существенных изменений в общеповеденческой и условно - рефлекторной деятельности. Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на 4 серых варанах (V. GRISEUS) – в условиях открытого поля. Животные были тестированы по следующим поведенческим показателям: общая двигательная активность, пищевое и зоосоциальное поведение, агрессия и анальгезия. ДМ вводили варанам подкожно из расчета 0,1мг/кг в летнее время года, когда животные наиболее активны. Результаты. Установлено, что после введения ДМ варанам подкожно из расчета 0,1 мг/кг у ящериц вызвала значительные изменения поведенческая деятельность. Так, через 10- 15 мин после инъекции у варанов развивалось сноподобное состояние. Глазные щели закрыты или полузакрыты, животные неподвижно распластаны на песке. Эффект ДМ пролонгирован и наблюдается

в течение 4- 6 суток. В дальнейшем выявилось значительное отклонение в двигательной деятельности, выражавшееся в нарушении целенаправленности и реактивности двигательных актов. Ящерицы ловили мышей с полузакрытыми глазами, часто промахивались, что не характерно для этих животных. Ориентировочно – исследовательские рефлексы были значительно нарушены. Инъекция ДМ ящерицам сопровождалась выраженным анальгетическим и антиноцицептивным эффектом. Тактильная чувствительность была подавленной. Порог раздражения кожно-мышечных рецепторов животного при электрическом раздражении (тест отдергивания хвоста - ТОХ) в подавляющем большинстве случаев не вызывал адекватную реакцию в виде отдёргивания и ударов хвоста. ДМ также ускорял и углублял процесс впадения в гипобиотическое состояние, о чём свидетельствует пролонгированное состояние сонливости в летне-осенний сезон года. На фоне введения ДМ выявилась выраженная агафия, которая в дальнейшем сменялась значительным замедлением акта глотания, снижении уровня активности защиты- нападения или нападения-защиты, а также полное торможение индивидуального поведения. Эффект ДМ длителен до 15- 17 суток. Выводы. Таким образом, изложенные данные свидетельствуют о том, что на уровне рептилий опиоидный нейропептид ДМ оказывает существенное влияние на общеповеденческую деятельность. На фоне введения ДМ выявляется впадение в сноподобное состояние, а также угнетение функции ряда физиологических систем. Ряд врождённых форм нервной деятельности затормаживается, о чём свидетельствует снижение общего тонуса двигательных реакций животного в весенне-летный сезон года.

АКТИВНОСТЬ МИКРОСОМАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алимухамедова С.Ш., студентка 1 курса, 2 педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель: к.х.н., Сулейманова Г.Г.

Так как эндогенная интоксикация, развивающая при инфаркте миокарда, может существенно повлиять на его течение, то функциональная активность главной системы детоксикации – микросомальной монооксигеназной системы печени представляет большой интерес. Целью настоящей работы является оценка функциональной активности микросомальных ферментов – анилингидроксилазы и амидопирин-N-деметилазы, а также общую метаболическую активность микросомальной монооксигеназной системы в динамике экспериментального инфаркта миокарда (ЭИМ) у крыс. Материал и методы. ЭИМ у крыс, находящихся под нембуталовым наркозом (40 мг/кг массы), моделировали перевязкой передней нисходящей ветви левой коронарной артерии. При этом животные находились на управляемом дыхании. Контролем служили торакотомированные (ложнооперированные) крысы. Метаболическую активность монооксигеназной системы печени оценивали по длительности гексеналового сна (100 мг/кг массы, внутрибрюшинно). Животных, находящихся под эфирным наркозом, забивали на 1, 3 и 7 сутки ЭИМ. В микросомально-цитозольной фракции печени определяли активность амидопирин-N-деметилазы, а в микросомальной – анилингидроксилазы. Цифровые данные обрабатывали статистически с применением критерия t-Стьюдента. Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что на 1-е сутки ЭИМ наблюдается статистически значимое уменьшение длительности гексеналового сна на 18,1% от контрольного значения. При этом наблюдалось также повышение анилингидроксилазной активности на 32,9% от контроля. Амидопирин-N-деметилазная активность была на уровне контроля. На 3-и сутки ЭИМ наблюдается резкое удлинение гексеналового сна – на 48,5% от контроля. При этом наблюдалось снижение анилингидроксилазной активности на 18,6% от контроля. Активность амидопирин-N-деметилазы, наоборот, оказалась повышенной на 27,8% от контрольного значения. На 7-е сутки ЭИМ длительность гексеналового сна оказалась выше контроля на 121,6%. На данный срок исследования наблюдалось снижение активности как анилингидроксилазы, так и амидопирин-N-деметилазы на 31,4 и 22,2% от контроля, соответственно. Полученные нами результаты свидетельствуют об активации детоксицирующей функции печени в ранние сроки инфаркта миокарда. Эта активация сменяется снижением (3-и сутки) и угнетением (7-е сутки) в более поздние сроки развития инфаркта миокарда. Вывод. В ранние сроки инфаркта миокарда наблюдается компенсаторная активация детоксикационной функции печени, которая сменяется угнетением в более поздние сроки развития патологии.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ТИМУСА ЧЕЛОВЕКА

Асадова Н.Х., ассистент

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА) Бухарский государственный медицинский институт

Научный руководитель доцент, к.м.н. Раджабов А.Б.

Цель исследования. Изучить особенности процессов пролиферации в тимусе человека при старении. Материалы и методы. При изучении структурно-функциональных изменений тимуса на ультраструктурном уровне не было отмечено принципиально значимых отличий в различных возрастных группах (от 6 мес. до 46 лет), поэтому описываемые результаты в этих группах характерны для данного общего периода до 46 лет, который отвечает критериям, общепринятого в эндокринологии термина, обозначаемого как «активный органо-функциональный возраст». Следует обратить внимание на то, что в процессе старения тимуса в инволютивные процессы активно вовлекается не только паренхима, но и микроокружение органа (капилляры, клетки стромы, нейроны и нервные окончания). В процессе старения в тимусе прежде всего отмечается уменьшение числа Т-лимфоцитов и ТЭК. При этом обращает на себя внимание тот факт, что объем клеток при старении не является однозначной величиной - некоторые клетки уменьшаются в объеме, атрофируются, однако часть клеток паренхимы тимуса (особенно ТЭК) увеличивается в объеме, что, по-видимому, следует рассматривать как проявление адаптации в связи с уменьшением числа клеток и изменением условий их жизнедеятельности. Результаты исследования. Среднее значение абсолютной площади лимфоидной ткани, среднее значение лимфоидной ткани относительно площади среза, в процентном соотношении у людей пожилого возраста 5,7±3,3 13,24±7,9, старческого возраста 6,7±5,8 18,4±14,4, а у долгожителей 7,3±6,2 15,6±14,7. Инволютивные процессы в тимусе с замещением лимфоидной ткани на жировую наблюдались у людей пожилого возраста, старческого возраста и долгожителей. В сохранившихся дольках присутствовали гиперплазированные тельца Гассаля. Обнаружено, что степень сохранности лимфоидной ткани в тимусе заметно варьировала. При этом корреляция между возрастом пациента и абсолютным или относительным количеством лимфоидной ткани в тимусе отсутствовала. Выводы. С возрастом происходят изменения тимуса, играющие важную роль в происходящем по мере старения угнетении иммунитета, которые приводят к возникновению многообразных дисфункций гомеостаза в пожилом возрасте. Старение живого организма сопровождается снижением интенсивности пролиферации и потерей клеток. Процесс элиминации клеток генетически детерминирован и имеет одинаковые цитологические и биохимические проявления в различных органах и тканях, обозначаемые как физиологическая программированная гибель клеток. В лимфоидном компоненте тимуса 95-98% тимоцитов погибают ежедневно путем программированной клеточной гибели и связан с процессами положительной и отрицательной селекции образующихся Т-лимфоцитов. В то же время, уровень гибели клеток нелимфоидного компонента тимуса может свидетельствовать об интенсивности инволютивных процессов в тимусе, так как известно, что клетки нелимфоидного компонента составляют основу микроокружения тимуса и обеспечивают выработку сигнальных молекул - нейропептидов, цитокинов и гормонов, необходимых для нормального функционирования тимуса.

МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИЗОТОПОВ И РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Асатуллаев И.А. студент 104 группы фармацевтического факультета СамМИ

Кафедра ядерной физики физического факультета СамГУ (зав.каф., доц. Эшбуриев Р.М,)

Научный руководитель: ассистент Тухтаев У.У. (СамГУ)

Радиофармацевтические препараты (радиофармпрепараты, РФП), радиоактивные изотопы или их соединения с различными неорганическими или органическими веществами, предназначенные для медико-биологических исследований, радиоизотопной диагностики и лечения различных заболеваний. Диагностические РФП используют для изучения потока крови в мозге, функционирования печени, лёгких, сердца или почек, для оценки

роста костей и подтверждения других диагностических процедур. Другие важное применение – предсказание последствий хирургических вмешательств и оценка изменений после лечения. Возможности радионуклидных методов позволяют диагностировать многие заболевания в начальных стадиях, когда другие клинические методы недостаточно эффективны. Существуют реакторные, циклотронные и генераторные изотопы. Реакторные нуклиды (^{131}I, ^{133}Xe) производят либо, помещая мишень из стабильного вещество в нейтронный канал реактора, либо выделяя продукты распада ОЯТ или урановых мишеней. Эти нуклиды обычно β-излучатели, обладают довольно высокой радиотоксичностью, поэтому реакторные радионуклиды непопулярные в ядерной диагностике. Циклотронные радионуклиды (^{67}Ga, ^{123}I, ^{111}In, ^{201}Tl, ^{199}Tl, ^{15}O, ^{18}F, ^{13}N) производят на циклотроне бомбардировкой мишени α-частицами протонами или дейтронами. Эти изотопы распадаются в основном путём электронного захвата с испусканием γ-излучения, которые являются оптимальным для проведения радиодиагностических исследований. Недостатком таких радионуклидов является высокая стоимость их производства. Генераторные радионуклиды (^{99m}TC, ^{113m}In, ^{81m}Kr) являются короткоживущими и образуются из изотопов с длительным периодом полураспада, помещённых в свинцовый контейнер (генератор). Преимуществом использования генераторов является возможность их транспортировки на большие расстояния с последующим выделением дочернего нуклида непосредственно в диагностической лаборатории. Из всех применяемых в радионуклидной диагностике изотопов наиболее популярным является ^{99m}Tc, имеющий моноэнергетический спектр γ-излучения (140 КеВ), удобный для сцинтиграфии. Этот нуклид доступен для клинического использования, так как получается при распада изотопа молибдена, легко образует комплексы с химическими соединениями и, благодаря короткому периоду полураспада, позволяет минимализировать облучение пациента.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФОТОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ФАРМАЦИИ

Асатуллаев И.А. студент 104 группы фармацевтического факультета СамМИ

Курс медицинской и биологической физики (зав.курсом доц. Содиков Н.О.)

Научный руководитель: старший преподаватель, к.ф.-м.н., Бурхонов Б.Н.

В настоящее время широко обсуждается вопрос о качестве лекарственных препаратов, необходимости его обеспечения и строгого контроля. На наш взгляд, вопросы обеспечения и контроля качества ЛП в наибольшей степени нуждаются в модернизации как на понятийном (институциональном), так и на инфраструктурно-техническом уровнях. В контроле качества лекарственных средств используют физические, физико-химические, химические и биологические методы анализа. Фотоколориметрический метод основан на определении содержания веществ в растворах по поглощению немонохроматического излучения света в видимой области спектра. Этим методом можно по интенсивности окрашенности раствора установить концентрацию определяемого вещества в растворе. В основу метода положено свойство окрашенных растворов поглощать проходящий через него свет определенной длины волны. Снижение интенсивности света при прохождении его через раствор тем больше, чем интенсивнее окрашен раствор и чем больше слой жидкости, через который он проходит. Это измерение и проводят с помощью специального оптического прибора – фотоколориметра. Большинство металлов и металлоидов способно к образованию различных окрашенных комплексных соединений, поэтому область применения фотометрических методов анализа практически не имеет ограничения. Для фотометрических методов важнейшее значение имеют правильно выбранные условия выполнения химической реакции по переведению определяемого элемента в окрашенное соединение и знание условий поглощения света окрашенными растворами. Фотометрические методы получили распространение: простота оборудования, высокая чувствительность, возможность определения почти всех элементов. Для определения концентрации анализируемых веществ в фотоколориметрии применяют: метод сравнения оптических плотностей стандартного и исследуемого окрашенных растворов; метод определения по среднему значению молярного коэффициента светопоглощения; метод градуировочного графика; метод добавок. Метод сравнения оптических плотностей стандартного и исследуемого окрашенных растворов. Для определения готовят эталонный раствор определяемого вещества известной концентрации, которая приближается к концентрации исследуемого раствора. Определяют оптическую плотность этого раствора при определенной длине волны. Затем определяют оптическую плотность исследуемого раствора при той же длине волны и при той же толщине слоя. Сравнивая значения оптических плотностей исследуемого и эталонного растворов, находят неизвестную концентрацию определяемого вещества. Метод сравнения применим при однократных анализах и требует обязательного соблюдения основного закона светопоглощения.

КАЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Ахмедов Ж.З., студент 103 группы фармацевтического факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав. курс к.ф-м.н., доцент. Содиков Н.О.)

Научный руководитель: ассистент Хамроев Ж.Х.

Витамин С (аскорбиновая кислота) является одним из важнейших факторов питания. Суточная потребность в витамине С для человека составляет 75 мг. Недостаток или отсутствие витамина С в пище в течение продолжительного времени приводит к тяжелому заболеванию, известному под названием цинги, или скорбута. Аскорбиновая кислота весьма нестойка и легко окисляется на воздухе. Нагревание ускоряет окисление (разрушение) витамина С. Витамин С участвует в окислительно–восстановительных процессах. Имеются предположения, что витамин С участвует в реакциях гидроксилирования пролина и лизина при синтезе коллагена, синтезе гормонов коры надпочечников (кортикостероидов), аминокислоты триптофана и, возможно, в других реакциях гидроксилирования. Имеются доказательства о необходимости участия витамина С в окислительном распаде тирозина и гемоглобина в тканях. Водный раствор натриевой соли 2,6–дихлорфенолиндофенола окрашен в синий цвет благодаря окраске аниона дихлорфенолиндофенола (хиноидная структура); в кислой среде недиссоциированная молекула дихлорфенолиндофенола имеет розовую окраску, при восстановлении же он обесцвечивается. Изменениями окраски этого индикатора и пользуются как для качественной реакции на витамин С, так и для количественного определения его. Метод количественного определения аскорбиновой кислоты основан на ее способности восстанавливать 2,6–дихлорфенолиндофенол, которым титруют исследуемый раствор в кислой среде, предохраняющей аскорбиновую кислоту от разрушения. Точному количественному определению аскорбиновой кислоты могут мешать другие легко окисляемые вещества, такие, как глютатион, цистеин и др.

ВИДЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ.

Бабарахимова С.Б.., соискатель степени PhD базовой докторантуры ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (зав. каф. – д.м.н. Абдуллаева В.К.)

Научный руководитель: д.м.н. Абдуллаева В.К.

Цель исследования: изучить влияние личностных особенностей девочек-подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству на формирование суицидальных тенденций и намерений депрессивного генеза с оптимизацией психологической помощи. Материал и методы: обследованы 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых использовался тест-опросник ПДО Личко. Результаты исследования: с помощью теста Личко были выявлены акцентуированные черты характера: демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 12 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 42% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31%) – в 13–14 лет. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев. Депрессивное расстройство средней

тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 5 пациенток с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. В ряде случаев маскированная депрессия проявлялась нарушением поведения, когда возможны побеги из дома и формирование патохарактерологических реакций протеста в виде суицидальных попыток и тенденций. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Выводы: таким образом, установлены виды суицидальных тенденций в зависимости от личностных особенностей подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству. Суицидальные попытки аффективного уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типах личности. Шантажного характера парасуициды были диагностированы у пациенток с демонстративными и застревающими типами личности. Импульсивные суициды отмечались у девочек-подростков с эмотивным типом личности. Проведенное исследование клинических особенностей суицидальных тенденций у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ

Бабьяк А.А., студентка 17 группы I курса, специальность «Медицина», медицинского факультета №2 БГМУ, Бирюкова Т.В.

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель: доцент, к. техн. н. Бирюкова Т.В.

Цель работы: Исследовать инновационные методы диагностики и лечения органа зрения. Материалы и методы исследования: аналитический метод исследования. Результаты: Орган зрения является одним из важнейших анализаторов человека, функционирование которого обеспечивает более 90% информации о внешнем мире и при появлении каких-либо нарушений люди обращаются к средствам коррекции зрения. Наука не стоит на месте и благодаря этому появляются инновационные способы лечения плохого зрения. Можно выделить ортокератологию, которая основана на принципе восстановления зрения без хирургических вмешательств. Принцип действия заключается в том, что человек, который заинтересован в восстановлении зрения использует газопроницаемые контактные линзы. Обязательно нужно одевать их ночью, когда человек ложится спать, и снимать их с пробуждением. Процесс лечения зрения проходит ночью, а днем зрение улучшается и можно спокойно обойтись без каких-либо средств коррекции зрения (очки или контактные линзы). Чтобы лечение было более эффективным, ночные линзы нужно носить постоянно - каждую ночь. Можно наблюдать улучшение зрения уже после 2 недель их ношения. Этого достаточно, чтобы эпителий роговицы регенерировался в полной мере. Еще одна возможность смотреть на мир без проблем – это лазерная коррекция зрения, позволяющая получить отличное зрение и свободу от очков и контактных линз. Эта процедура проводится в течение 10-20 минут, воздействие лазера длится 30-40 секунд без болевых ощущений. Проводится без госпитализации и в режиме «одного дня». Этим методом можно вылечить дальнозоркость, астигматизм и пресбиопию, изменяя при этом кривизну роговицы, которая является одним из элементов глаза, что позволяет фокусировать свет на сетчатке. С помощью лазера можно переформировать контур роговицы, занимая небольшую часть тканей. Ученые научились лечить без хирургического вмешательства - с помощью нано-капель. Процедура происходит в три этапа. Приложение на смартфоне определяет степень корректировки глаза пациента. После этого небольшой лазер проникает под роговицу и с помощью нано-пипетки капли вводятся в глаз. Эта процедура поможет восстановить зрение тем людям, которые не хотят носить очки или контактные линзы. Процедура корректирует зрение на короткое время, но ее можно делать дома. К тому же очень быстро, так как лечение сосредоточено только на верхнем слое роговицы. Описаная технология подходит для пациентов любого возраста. На сегодняшний день открыто много новых средств для улучшения зрения. Выводы: Методы лазерной коррекции зрения и ортокератологии безопасные, быстрые в достижении желаемого результата, без болевого воздействия на орган зрения.

РОЛЬ СТАФИЛОКОККОВ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ БАКТЕРИЕМИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Бережная А.В., очный аспирант кафедры эпидемиологии ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Кафедра эпидемиологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Чумаченко Т.А.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Чумаченко Т.А.

Цель работы: Оценить частоту возникновения стафилококковых бактериемий у пациентов многопрофильного стационара. Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ результатов микробиологического исследования крови пациентов, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре г. Харькова (Украина) с 2009 г. по 2018 г. Результаты: За период 2009-2018 гг. было проведено 1982 исследования крови на стерильность, из них в 6,2% случаев (в 122 образцах крови) был выявлен рост микроорганизмов. При анализе этиологической структуры изолятов, выделенных из крови пациентов за указанный период, установлено, что больше половины (57,4%) составили штаммы бактерий рода Staphylococcus. Удельный вес стафилококков в структуре бактериемий колебался от минимального уровня 46,7% в 2009 г. (7 положительных на наличие стафилококка образцов из 15 образцов крови, в которых выявлен рост микроорганизмов) до максимального уровня 87,5% (7 положительных на наличие стафилококка образцов из 8 образцов крови, в которых выявлен рост микроорганизмов), который отмечался в 2012 г. Наиболее часто встречающимся видом стафилококков стал Staphylococcus aureus, штаммы которого ежегодно выделяли из образцов крови. В целом за 2009-2018 гг. изоляты Staphylococcus aureus в структуре стафилококковых бактериемий составили 80% (56 образцов крови из 70, в которых выявлен рост микроорганизмов). Следует подчеркнуть, что в 2010-2014 гг. других видов стафилококков, кроме штаммов Staphylococcus aureus не выделяли. Ежегодное возникновение случаев бактериемий, вызванных штаммами Staphylococcus aureus, вероятно, связано с циркуляцией этого вида микроорганизмов в изучаемом стационаре. В целом за 2009-2018 гг. 20% изолятов (14 образцов крови из 70, в которых выявлен рост микроорганизмов) в структуре стафилококковых бактериемий составили штаммы Staphylococcus epidermidis, которые выделялись в 2009 г. и в 2015-2018 гг. Наибольший удельный вес изолятов Staphylococcus epidermidis в структуре стафилококковых бактериемий отмечался в 2016 г. и составил 54,5%. Штаммы Staphylococcus epidermidis также, вероятно, относятся к микрофлоре стационара, поэтому необходимо проводить тщательный микробиологический мониторинг в лечебном учреждении. Выводы: Выявлено, что бактерии рода Staphylococcus играют ведущую роль в структуре бактериемий у пациентов многопрофильного стационара. Стабильное выявление пациентов со стафилококковыми бактериемиями требует детального изучения выделенных штаммов с целью выявления путей и факторов передачи и разработки противоэпидемических мероприятий.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ПЕРИЛИМФЫ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ГЕНТАМИЦИНОМ

Бобоев М.М. студент 205-группа лечебного факультета АГМИ

Кафедра патологическая физиология (зав. каф. – д.м.н. Хамрокулов Ш.Х.)

Научный руководитель: ст. преподаватель Мадумарова М.М.

Цель: изучение состава перилимфы в динамике экспериментальной интоксикации антибиотиками аминогликозидного (АБАГ) ряда. Работа выполнена по научному проекту АДСС 30-12 «Разработка ранней диагностики и совершенствование лечения сенсоневральной тугоухости у детей», руководимая заведующим кафедрой ЛОР болезней, профессором Амановым Ш.Э. Материалы и методы: Экспериментальные исследования проведены на 48 кроликах породы Шиншилла массой в среднем 450 г. Данная возрастная группа идентична раннему возрасту детей Гентамипин вводили на протяжении 10 дней. Исследования проведены на 10, 20 и 30 дни после последнего введения антибиотика. Экстракцию липидов проводили по методу Фолча. Состав перилимфы определяли методом тонкослойной хроматографии Контрольные группы к каждому возрасту кроликов составили животные

с идентичным возрастом (n=5-6, в каждой группе). Результаты: Суммарное содержание ФЛ в перилимфе снизилось относительно контроля в 1,10 раза, что было в статистически недостоверных пределах. Более длительные исследования после последнего введения антибиотика привело к большему снижению суммы ФЛ, на 20 и 30 дни интоксикации сумма ФЛ было ниже контроля соответственно в 1,23 и 1,30 раза. Хотя, между давностью введения антибиотика и степенью снижения с) мы ФЛ отклонения носили статистически недостоверный характер, однако, тенденция снижения его количества выявлялась отчетливо. Выявлено интенсивное увеличения молярной доли окисленных формы ФЛ, что сопровождалось снижением количествами Если в группе сравнения молярная доля ФХ составляла 48,11%, то в результате интоксикации доля ФХ снижалась относительно контроля соответственно в 1,07; 1,20 и 1,33 раза в различные сроки исследований. Выводы: Настоящими экспериментальными исследованиями установлена роль фосфолипидного спектра перимфы в структуре и функционировании клеток и мембран сенсорных клеток. Важное участие ФЛ принимают в процессе рецепции. Важное значение имеют изменения спектра ФЛ, её окисленности и образования лизоформ снижают процесс восприятия звуковых сигналов. Видимо, а развитии антибиотиковой тугоухости, имеет важное значение стационарность ФЛ состава перилимфы, омывающая рецепторы нейросенсорных клеток.

МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Бобоев М.М. студент 205-группа лечебного факультета АГМИ

Кафедра патологическая физиология (зав. каф. – д.м.н. Хамрокулов Ш.Х.)

Научный руководитель: ст. преподаватель Мадумарова М.М.

Цель: изучить морфогенетические особенности пневмоний при ишемической болезни сердца. Материалы и методы. Исследовались кусочки легких и регионарных лимфоузлов, взятые у умерших, имевших различные формы острого инфаркта миокарда. Материал забирался через 2 часа после констатации биологической смерти. Кроме гистологических окрасок применялись гистохимические и гистоэнзимологические методики (окраска по Браше, Гомор, суданом Ш, толуидиновым синим, ШИК-реакция с контролем а-амилазой, реакции Гесса - Скарпели - Пирса, Вахштейна - Мейзеля), а также иммунофлюоресцентное исследование (непрямой метод) с использованием моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов человека А,М,0. Результаты. Анализ результатов позволил выявить определенные закономерности между степенью повреждения сердечной мышцы при остром инфаркте миокарда, структурными изменениями в легких и морфофункциональным состоянием иммунной системы организма. Изменения в легких характеризовались дисциркуляторными и реологическими нарушениями (расширение и полнокровие мелких вен и капилляров, стаз, преципитаты, начальное тромбообразование, эритро- и лейкопедез). В мелких артериях местами был выражен спазм, в мышечном слое повышение активности АТФ-азы, по ходу эластического каркаса - умеренное накопление гликозамингликанов и гликопротеидов. Периваскулярная и перебронхиальная соединительная ткань, а также межальвеолярные перегородки представлялись набухшими, здесь определялись мелкоочаговые инфильфаты, состоящие из макрофагов, лимфоцитов, гранулоцитов и плазматических клеток. В области базальных мембран эндотелия капилляров, в стенках кровеносных сосудов среднего калибра, вокруг отдельных альвеолоцитов, а также в цитоплазме макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов отмечалось различной силы накопление иммуноглобулинов А, М и G. Наблюдалось некоторое преобладание накопления иммуноглобулина G с наличием его внутриклеточной локализации, что свидетельствует о повреждении клеточных мембран альвеолоцитов. Следует отметить также, что альтернативные, дисциркуляторные, метаболические и иммунные процессы в различных отделах легких имеют свои особенности и более выражены у больных с острым крупноочаговым повторном инфарктом миокарда. В регионарных лимфоузлах на фоне полнокровия отмечалась диффузная гиперплазия клеток лимфоидного и ретикулоэндотелиального ряда с формированием по ходу сосудов инфильтратов из гранулоцитов, макрофагом, лимфоцитов и плазматических клеток. Фолликулы при этом неравномерно увеличены за счет герминативных центров с признаками пролиферации Т и В лимфоцитов обнаружено специфическое свечение иммуноглобулинов коррелировала с таковыми легких. Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что при остром инфаркте миокарда активируется иммунная система организма и наблюдаются иммуноморфологические изменения в легких, что играет определенную роль в патогенезе пневмоний при ишемической болезни сердца.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗА

Бобохонова Ш.Б., Хакимов М.И., студенты 305-группы, Бустонов Б.М.У., студент 506 группы медицинского факультета МГМУ.

Кафедра клинических дисциплин (зав.каф. - доцент, к.м.н. Кузибаева Н.К.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Бустонов М.О.

Цель работы: определить грибковую флору, анамнестические особенности клинической картины и лечения отомикоза. Материал и методы исследования: Нами обследованы 25 пациентов обоих полов с диагнозом отомикоз в Республиканской клинической больнице Дангаринского района. Микологическая диагностика включала микроскопию нативного патологического отделяемого, посев на питательную среду Сабуро для идентификации родов грибов. Результат: В нашем исследование отомикоз чаще встречался среди женщин (60%). Преобладало заболевание с односторонним процессом (60%), а двухсторонний процесс отмечался в (40%) случаях. Возрастной состав пациентов включал от 1-го года до 59-лет. Отомикоз диагностирован в возрастной группе у 8% детей до 2-х лет, (36%) от 20-до 29 лет и от 50 - до 59 лет (28%) случаях. Пациенты предъявляли жалобы на постоянный зуд в ухе, выделение из уха и боль, чувство распирания, заложенности и аутофонии, снижение слуха и периодический шум в ушах по типу звона. Кардинальные факторы риска заболевания (56%) пациентов связывали с манипуляциями и травмами ушной или деревянной палочкой, булавкой, в 44% случаях –длительное, нерациональное использование ушных капель с антибиотиком и кортикостероидом, либо нестерильное растительное масло. С целью экспресс- диагностики использован метод отомикроскопии - операционный микроскоп ZUMAX, что позволяло визуализировать специфическую картину роста мицелия с органами спороношения. Массы мицелия, казеозный детрит серого, желтого и черного цвета, были характерны для плесневых грибов. Микотический наружный отит диагностирован в 40% случаев. Микотический средний отит отмечался в 60% случаев. Возбудителем отомикоза являлись плесневые грибы рода Aspergillus (66%), среди которых наиболее часто встречался Aspergillus niger. Дрожжеподобные грибы рода Candida были выявлены в 24% случаев, где преобладала Candida albicans и пенициллиноз (10%). Системная антифунгальная терапия включала интраконазол. Местное лечение-тщательный туалет полости среднего и наружного уха от грибковых наслоений, промывание теплым физиологическим раствором, высушивали, далее применяли мази экзодерил или клотримазол, а также 0.01% раствор мирамистина по 4 капли х 4р./день, либо на турундочках, в течение 14 дней. У 20 (80%) пациентов был получен хороший результат. При иммунологическом обследовании у 5 (20%) пациентов были выявлены клинические проявления вторичной иммунной недостаточности, в связи с чем дополнительно к вышеописанной терапии были прописаны иммуностимулирующие препараты в течение 10 дней. Выводы: 1. Факторами риска вызывавщими отомикоз, явились микротравмы кожи слухового прохода, нерациональная антибактериальная терапия и вторичные иммунодефицитные состояния. 2. У пациентов в основном преобладала грибковая флора Aspergillus niger однако, при ослабленном иммунном статусе организма превалировала Candida albicans

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Вегера И.А., Михайлишин Г.И.

«ГВУЗ Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МЗ Украины»

Кафедра микробиологи, вирусологии и иммунологии. Научный руководитель: д.мед.наук, профессор Климнюк С.И.

Целью нашей работы является изучение спектра микроорганизмов колонизирующих влагалище. Так наличие микроорганизмов на оболочке влагалища в определенных концентрациях и при отсутствии воспалительной реакции вполне допустимо, потому влагалище не может и не должно быть стерильным. Явление бактериального вагиноза сопровождается чрезмерным розмножением стрептококков и стафилококков, а при элиминации лакто-

бацилл, сопровождается колонизация влагалища анаэробами: Fusobacterium spp, Mobiluncus spp, Peptostreptococcus spp, Gardnerella spp. Естественным источником микробной контаминации влагалища, в том числе лактобактериями, является прямая кишка. Нормальная вагинальная микрофлора женщин детородного возраста на 98% представлена лактобациллами. Из всего разнообразия вагинальных лактобацилл доминирующими являются такие виды лактобацилл группы Lactobacillus acidophilus: L. crispatus, L. Jensenii, L. gasseri и L. iners- 95-98% общей массы или 10^7-10^8 КОЕ на 1 мл), а также входит 10^9 анаэробных и 10^8 факультативных аэробных КОЕ на 1 мл содержимого. Результаты исследования и их обсуждение. Клинически состояние БВ может протекать бессимптомно либо сопровождаться появлением неприятного запаха, выделений из влагалища, зуда, боли либо чувства жжения. Влагалищной микрофлоре характерны ферментативная, витаминообразующая, иммуностимулирующея и другие функции. Увеличение числа L. iners продуцирует холестеринзависимый цитолизин, разрушающий клеточные стенки, и использует глицерин разрушенных клеточных мембран в качестве нового пищевого субстрата. При этом происходит гибель других видов лактобацилл, снижение концентрации молочной кислоты и повышение pH вагинальной среды, что приводит к размножению анаэробов, ассоциированных с бактериальным вагинозом. Лактобациллы способны образовывать защитные биопленки благодаря тропности к влагалищному эпителию и агрегации между собой. БВ является клиническим синдромом, который может возникнуть при различных заболеваниях, например при кандидозе и трихомонаде. В последнее время наблюдается рост числа беременных с бактериальным вагинозом (20-25%), что особенно актуально для женщин с приобретенными иммунодефицитами, в частности при ВИЧ-инфекции. Важной проблемой терапии бактериального вагиноза является частое рецидивирование: через 3 месяца рецидив возникает у 30% женщин, через 9 месяцев – у 80% женщин. Выводы. Учитывая полученные результаты можно сделать выводы, что причинами возникновения БВ могут быть различные заболевания, в том числе дисбиоз толстой кишки. Поэтому микробиота влагалища признается в качестве важного фактора защиты от различных бактериальных, вирусных и грибковых патогенов.

КРИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ

Вербец К. В., студентка 17 группы I курса, специальность «Медицина», медицинского факультета №2 БГМУ, Бирюкова Т.В.

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель: доцент, к. техн. н. Бирюкова Т.В.

Цель работы: исследовать физические процессы начальной реакции клеток человеческого организма на резкие перепады температуры и их использование в медицине. Материалы и методы исследования: анализ и обобщение данных отечественных и зарубежных литературных источников. Результаты: Врачи издавна использовали целебные свойства холода для лечения различных недугов, восстановления бодрости духа. Криотерапия основана на использовании действия сверхнизких температур на систему терморегуляции человека. Факторы, которые влияют на потерю тепла: изменения температуры в тканях зависят от количества и процента утраченного тепла; чем ниже температура, которая приложена к ткани, тем больше будет потеря тепла на ней; ткани, заполненные водой, например, мышечные, по сравнению с покровной или жировой тканью, будут иметь большую теплопроводность (вода лучше проводит тепло); интенсивность охлаждения ткани, которая находится глубже, зависит от природы покровной ткани; количество потерянной энергии зависит от времени, затраченного на охлаждение; чем больше поверхность ткани, которую необходимо охладить, тем больше расходуется тепловой энергии. Начальная реакция кожи на охлаждение - это инстинктивная попытка сохранить тепло. Этот процесс осуществляется путем сужения кровеносных сосудов за счет стимуляции продолговатого мозга в ответ на раздражение (в данном случае охлаждения). От мозга поступает сигнал, свидетельствующий организм о необходимости сужения мышечных стенок артерий, в результате чего повышается артериальное давление и происходит охлаждение определенного участка тела. После короткого периода времени начальной реакции дальнейшая продолжительность действия охлаждающего эффекта будет зависеть от задействованого участка тела. Прежде всего в тканях будет происходить кратковременное расширение сосудов за счет расслабления их мышечной стенки, процесс будет сопровождаться выделением гистамина и гепарина и одновременным расширением сосудов и адгезией. Сужение сосудов, наступающее после, необходимо для удержания внутренней температуры тела. Во время вышеозначенного процесса кровеносные сосуды, соединяющие вены с артериями, закрыты, что приводит к увеличению кровяного притока к капиллярам. Это является преимуществом в лечении отеков и повреждений тканей. Криотерапия часто применяется спортсменами для ограничения притока крови к поврежденным тканям при травмах наложением компрессионной повязки. Кожа содержит терморецепторы, причем холодовых рецепторов в разы больше, чем тепловых. Холодовые рецепторы отвечают на охлаждение импульсом, величина которого будет зависеть от интенсивности охлаждения. Уровень проводимости нервных волокон смешанный, а чувствительность периферического нерва будет частично снижена охлаждением. Синаптическая передача также будет происходить с задержкой. Этот эффект полезно применять для снижения боли или при гипертонии. Выводы: криотерапия может с успехом использоваться в медицине для лечения травм, воспалительных процессов.

МОРФОЛОГИЯ ПНЕВМОПАТИЙ

Гаффарова С.Ш., Абдурахимова А.Ф. студенткы 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Курс патологической анатомии (зав. курсом – доцент Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент Хамидова Ф.М.

Цель работы: Аутопсийное изучение материалов новорожденных, умерших с проявлениями респираторного дистресс-синдрома в 1 – клинике СамМИ за последние 2 года для последующего изучения различных аспектов морфогенеза и морфологии пневмопатии, группы патологических состояний, обуславливающих несостоятельность самостоятельного дыхания новорожденных. Материал и методы исследования: Анализ материалов 96% перинатально умерших массой тела 500 г и выше, из которых 25 новорожденных, умерших в раннем постнатальном периоде и 71 мертворожденных. Сроки гестации составляли от 22 до 36 недель у 67 и от 37 до 42 недель у 29 новорожденных. Результаты: При микроскопическом исследовании у 66 из 96 перинатально умерших была обнаружена ателектатическая форма пневмопатии, из которых 44 являлись мертворожденными, а 22 – новорожденными. Отмечено, что от 1 до 12 часов прожили 17 детей, до 24 часов – 3, а до 48 – 2 ребенка. При микроскопическом исследовании легких у мертворожденных обнаружены тотальные ателектазы обоих легких. В то же время очаговые первичные ателектазы обнаружены у новорожденных, у 3 из которых были обнаружены обтурационные вторичные ателектазы, а у 2 новорожденных, проживших более суток, отмечены морфологические признаки очаговой бронхопневмонии. Выводы. Учитывая вышеизложенное, проведенные исследования показали, что ателектатическая форма пневмонии регистрировалась у 22 новорожденных, среди которых 20 умерли в течении первых суток после рождения и наибольшая часть из них была в гестационном возрасте 22-36 недель с экстремально низким весом при рождении.

НАРУШЕНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА ПРИ СОЧЕТАННО-МНОЖЕСТВЕННЫМ (ЛЕГКИЕ И ПЕЧЕНЬ) ЭХИНОКОККОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕЦИЛОМИКОЗОМ

Гаффарова С., студентка 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель работы: Исследование аминокислотного обмена при сочетанно-множественным (легкие и печень) эхинококкозом, осложненным пециломикозом. Многие из них входят в состав постоянной микробной флоры человека и постоянно находятся на коже, слизистой оболочке всех отделов пищеварительного тракта ото рта до anus, дыхательных путей и половых органов. Эндогенное инфицирование грибками наблюдается довольно часто.

Оно возникает при снижении реактивности организма, при различных заболеваний и нарушений. Эхинококкоз относится именно к таким заболеваниям, при которых резко нарушается иммунная система организма. Так что возможность эндогенной инокуляции капсулы грибами вполне реальна. Пути проникновения паразита в капсулу – лимфогенные или гематогенные. Нельзя исключать и пенетрацию капсулы грибами per continuitatem, особенно при легочной локализации кисты. Материалы и методы исследования: Наши исследования посвящены 25 больным с сочетанно-множественным (легкие и печень) эхинококкозом, осложненным пециломикозом. Контролем служили 15 практически здоровых лиц. Результаты: У всех наблюдаемых больных выявлено нарушение аминокислотного обмена, которое характеризовалось увеличением в крови количества отдельных свободных аминокислот с понижением содержания их экскреции с мочой и снижения количества остальных свободных аминокислот в крови с повышением их экскреции с мочой. Нарушение иммунного статуса характеризовалось статистически достоверным (P <0,01) по сравнению с контролем уменьшением количества СД3+,СД4+,СД8+,СД16+,СД21+, фагоцитоза, увеличением количества иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. У всех наблюдаемых нами больных количество сферул гриба Paecilomyces было выше 19 тыс. в 1 мкл крови по сравнению с нормой до 6 тыс. в 1 мкл у клинически здоровых лиц. Первая группа – 5 больных в течение двух недель была пролечена дифлюканом, вторая – 6 больных с выраженной лекарственной аллергией противогрибковых и иммуномодулирующих препаратов не получала, третья–в течение двух недель пользовалась полиоксидонием. Больные 4-й группы получали внутрь микосист, В 3–4-й группах было по 7 больных. У двух больных на 4–5-й день после приема внутрь ежедневно по 150 мг микосиста в капсуле в течение 10 дней отмечена тошнота, рвота, судороги, так как по некоторым данным микосист образует металлокомплексы в печени, что и приводит к негативным последствиям со стороны желудочно-кишечного тракта. Препарат был отменен, больные долечены успешно гомеопатическим тодикампом. В этой же группе больных, которым внутривенно вводился микосист, не отмечалось побочного и токсического действия препарата. Следовательно, капсулы микосиста следует назначать с осторожностью. После проведенного лечения в крови больных 1-ой и 3-ей групп количество сферул в крови нормализовалось и колебалось в пределах 3–6 тыс. в 1 мкл. Однако не отмечено нормализации показателей аминокислотного обмена и иммунного статуса. Через 6 месяцев после повторного курса лечения проявилась тенденция к нормализации аминокислотного обмена и иммунного статуса у больных 2,3,4 групп, а через 1 год нормализовался аминокислотный обмен и иммунный статус. Выводы: Таким образом, многолетние исследования и многочисленные наблюдения позволяют утверждать, что фиброзная капсула эхинококковой кисты проницаема как для пролиферирующих элементов паразита изнутри капсулы, так и для микроорганизмов – паразитов снаружи капсулы, со стороны микроорганизма, что приводит к изменениям со стороны иммунной системы. При комплексном лечении больных традиционными и гомеопатическими лекарственными средствами приводит к полному выздоровлению и нормализации иммунного статуса организма.

ЭЛЕКТРОСОНТЕРАПИЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Гелетей Д.Й., студентка 16 группы медицинского факультета №2 БГМУ

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав.каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель ассистент, к.ф.-м.н., Кульчинский В.В.

Цель работы: Объяснить механизм влияния электросонтерапии на человеческий организм с точки зрения физики, описать действие импульсного тока на центральную нервную систему на примере электросна. Материалы и методы: Обработка литературных источников, аналитический обзор. Результаты: Электросон - это метод электротерапии, в основе которого лежит использование импульсных токов низкой частоты. Они оказывают непосредственное влияние на центральную нервную систему. При этом вызывается ее торможения, приводит ко сну. Можно сказать, что по своим характеристикам электросон достаточно близок к физиологическому сну. Его преимущества - предоставление антиспастического и антигипоксического действия. Электросон не вызывает преобладание вагусных воздействий. Применяют прямоугольный импульсный ток постоянного направления с длительностью импульсов 0,2-0,5 мс и частотой от 1 до 150 Гц, слабой силы (до появления у пациента ощущение пульсации в глубине глаз). Эти слабые ритмичные раздражения вызывают в нервных клетках коры головного мозга разлитое торможение - сон и способствуют восстановлению функционального состояния. В лечебном действии электросна выделяют две фазы: торможение и растормаживание. Фаза торможения клинически характеризуется дремотным состоянием, сонливостью, нередко сном, замедлением пульса и дыхания, снижением артериального давления и биоэлектрической активности мозга. Фаза расторможенности (или активации) проявляется через некоторое время после окончания процедуры и выражается в появлении бодрости, свежести, энергичности, повышении работоспособности, улучшении настроения. Слабый ритмичный монотонный раздражитель, каким является электросон, влияет двояко: непосредственно - на подкорково-стволовые участки головного мозга (возбуждает лимбической системы, в частности гиппокамп, снижает активирующий влияние сетчатого образования на кору с развитием тормозных процессов) и рефлекторно - через рецепторы кожи. Процедура электросна назначается при большом количестве различных заболеваний. К ним относятся: неврозы, начальная стадия атеросклероза, вегетативная дистония, вибрационная болезнь. Выводы: электросонтерапия показана практически при всех заболеваниях, ибо любая болезнь или патологический процесс в организме нарушают функциональное состояние ЦНС, адаптационно-приспособительные механизмы, которые можно нормализовать применением этого метода. Он также сильно отличается от медикаментозного сна. Очень важно, что данная процедура не дает осложнений и не приводит к интоксикации.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ КРЫС В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гилева О.Г., заочный аспирант кафедры клинической биохимии и лабораторной диагностики ФПК и ПП ИГМА

Кафедра клинической биохимии и лабораторной диагностики ФПК и ПП (зав.каф.- д.м.н. Бутолин Е.Г.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Бутолин Е.Г.

Распространенность метаболического синдрома в современном обществе прогрессивно увеличивается в течение последних лет. Метаболический синдром представляет собой многофакторный комплекс патологических изменений, одной из главных причин которого являются особенности современного питания. Выбор адекватной экспериментальной модели является основополагающим при изучении данной патологии. Цель работы: Изучение показателей липидного и углеводного обмена в крови крыс в возрасте 6 месяцев в условиях различных моделей метаболического синдрома. Материал и методы исследования: Разработаны две модели метаболического синдрома. В первой модели животным была назначена диета с высоким содержанием липидов (44% свиного сала от калорийности суточного рациона), во второй модели - фруктозо-обогащенная диета (60% фруктозы от калорийности суточного рациона) в течение 60 и 35 дней соответственно. Для воспроизведения признаков метаболического синдрома оценивали уровень глюкозы, инсулина, инсулинорезистентность, липидный спектр в крови животных на 61, 67, 74 день эксперимента в первой модели и на 21, 35 и 60 день во второй модели эксперимента. Результаты и обсуждение: Установлено, что рацион грызунов с высоким содержанием жиров животного происхождения способствует развитию у них гипергликемии (на 11%, 26%, 27% относительно контроля), незначительной гиперинсулинемии (на 4%, 13% и 36%), увеличению концентрации холестерина на 19%, 33%, 34% и триглицеридов на 2%, 6%, 14% по сравнению с контролем. Кормление животных пищей, обогащенной фруктозой, наряду с гипергликемией (19%, 29%, 37%) и гиперинсулинемией (25%, 41%, 71%), приводит к развитию инсулинорезистентности (индексы HOMA>0,55, CARO<3,64), а также к увеличению содержания холестерина на 34%, 39%, 41% и триглицеридов на 9%, 31%, 21% в динамике эксперимента. Выводы: Таким образом, диета с высоким содержанием углеводов у грызунов индуцирует развитие большинства биохимических признаков метаболического синдрома и может быть выбрана для создания его адекватной модели. Результаты исследования могут послужить поводом для пересмотра мнения об относительной безопасности фруктозы, в особенности в случаях ее бесконтрольного употребления.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОМЕРТВЕВШИХ ЭХИНОКОККОВ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ МИКРОБНОГО ЗАРАЖЕНИЯ

Джалолов Д.А., студент 315 группы педиатрического факультета СамМИ, Одилова Г.М. ассистент кафедры микробиологии СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель. Определить и обратить особое внимание хирургов, при лечении эхинококкоза, и представляющие опасность омертвевшие эхинококки, как очаги гнойной инфекции. Материалы и методы исследования. Нашими исследованиями впервые доказано, что виновниками омертвевшего эхинококка являются патогенные грибы и другие микроорганизмы. Омертвевшие эхинококки морфологически обследовали от 57-х больных: всего 62 эхинококковые кисти. Срезы окрашивались гематоксилин - эозином и по Ван-Гизону. Результаты: Внешний вид оболочек этой группы эхинококка был различным: у 14 -ти паразитов они внешне почти не изменились, имели сероватый оттенок и обычно легко на значительном протяжении отторгались от прилегающей к ним капсулы. У 18-ти пузырей оболочки были желтовато-серого цвета, легко разрывались и срастались со стенкой капсулы почти на всем своем протяжении, у 17-ти пузырей оболочки не различались, представлялись в виде грязного, тягучего налета на внутренней стенке капсулы, у 5 пузырей оболочки оказались петрифицированными, имели вид тонкой окаменевшей пластинки, которая плотно прилегала внутренней поверхностью капсулы-носителя. В капсуле омертвевшего эхинококка встречается гигантоклеточная реакция. Так, из 62-х исследованных капсул омертвевших эхинококков в 34-х содержались многоядерные гигантские клетки различной формы, размеров и локализации. Так, в 11-ти капсулах они располагались единично, чаще на границе грануляционного и некротического слоев, в большинстве же капсул имели форму неправильного треугольника с обращенной в сторону паразита вершиной, в области которой и выявляется наибольшее скопление ядер, иногда при осложнённом эхинококкозе с гематомой на наружной поверхности фиброзной капсулы и сообщающимся кровеносными сосудами с полостью капсулы или в виде бронхиального свища, В 7-ми капсулах многоядерные гигантские клетки размерами 60-70 мк располагались гнездами, то есть беспорядочно, в виде органичных скоплений, других 7-ми капсулах довольно правильным, хотя и прерывистым частоколом либо на границе некротического слоя и оболочек паразита, либо между некротическим и грануляционным слоем, а в отдельных случаях - одновременно в обоих этих местах. Гистологическое исследование омертвевших в сочетании с грибами эхинококковых пузырей и различными микроорганизмами, в основном стафилококками, как и дистрофически измененных, выявляет некоторое различие в морфологическом строении капсулы, иногда отмечается расслоение оболочек, инфильтрация лимфоцитами, отложение фибрина на фиброзной капсуле, при разных видах микробного заражения эхинококковой жидкости. В капсулах омертвевших эхинококков, в жидкости, которых встречалось культура стафилококков в сочетании с патогенными грибами содержалась некротическая реакция в виде обширного внутреннего некротического слоя и полное отсутствие гигантских клеток и эозинофилов. Выводы. Получены новые данные о гистоморфологических изменениях при экспериментальном грибковом и бактериальном заражении лабораторных животных. По нашим данным микроорганизмы в сочетании грибов утяжеляет течение эхинококкоза вызывая осложнение. При этом морфология гноеродные микроорганизмы и грибы выполняется впервые.

ДЕРМАТОГЛИФИКА И ТИП ТЕМПЕРАМЕНТА

Джуракулова М.Ж., Рахимжонова Х.У., студентки 1 курса 109 группы стоматологического факультета СамГосМИ

Кафедра биологии (зав.каф.к.б.н.: Махмудова Х.И.)

Научный руководитель: к.б.н. Мухитдинов Ш.М.

Цель работы: выявить тип темперамента по типу узора папиллярных линий на пальцах руки. Материалы и методы работы: мы изучили узоры на пальцах руки и в это исследование было вовлечено 30 студентов. У каждого исследуемого были получены отпечатки дерматоглифических узоров пальцев. Тип темперамента на левом указательном пальце на правом указательном пальце петля петля это Сангвиник, петля завиток Сангвиник/Флегматик, дуга дуга Холерик, дуга петля Холерик/Сангвиник, дуга завиток Холерик/Флегматик, завиток завиток Флегматик, петля дуга Меланхолик, завиток петля Меланхолик, завиток дуга Меланхолик. Следует отметить, что тип кожного рисунка двойная петля соотносится к варианту петлеобразного семейства и поэтому в самостоятельный вариант, который может дать еще ряд различных вариаций смешанного или самостоятельного типа темперамента не относим. В поисках генетического маркера мы стали особое внимание уделять типу дерматоглифики на указательных пальцах обеих рук и учитывать тип узора от самого сложного к самому простому: завиток-петля-дуга. Для определения развития личности мы смотрим 2 указательных пальца: сначала левый, затем – правый. Результатом сравнения будет 1 из 3 вариантов развития личности: нормальное развитие (дуга-петля, петля-завиток). Это значит, что вы – новатор и всегда будете стремиться даже простое поручение сделать на отлично, привнеся туда что-то от себя лично. Вы постоянно будете находить противоречия между тем, что есть, и тем, как всё должно быть на самом деле (или в идеале) по вашему вниманию. Будете стремиться к совершенству, достижению гармонии во взаимоотношениях между людьми и природой. Отсутствие развития (дуга-дуга, петля-петля, завиток-завиток); говорит о том, что вы гений и являетесь хранителем интеллектуального генофонда нации. Вы будете искать наиболее благоприятную среду для своей самореализации, будете стремиться к воплощению всех ваших замыслов. В основе вашего существования будет лежать тенденция к сохранению национального наследия. Ретроградное развитие (завиток-петля, петля-дуга). Вы – утонченный интеллектуал и будете стараться находить простые решения для любых сложных ситуаций, будете стремиться быть полезным людям. В основе вашей сущности будет лежать стремление к взаимопониманию. Вы щедрый на любую посильную помощь или совет, но свои устремления вводите к однообразию в повседневности и нелегком труде. Вывод: эти 3 варианта развития личности наводят нас на мысль о том, что узоры папиллярных линий маркирует врожденные свойства высшей нервной деятельности. А указательный палец – лишь место нахождения этого универсального генетического маркера, который в свою очередь, является структурной единицей темперамента.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ НЕЛЕТАЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ С ПАТРОНАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

Емельянова А.С., студент 610 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Ижевск, Россия

Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП (зав.-проф., д.м.н. Вавилов А.Ю.)

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Бабушкина К.А.

Цель исследования: проанализировать данные по морфологическим особенностям повреждений, причиненных нелетальным оружием с патронами травматического действия на примере практического случая. Материалы и методы исследования: Нами проведено судебно-медицинское исследование трупа. При наружном исследовании установлен правосторонний экзофтальм. Повреждения: в правой височной области обнаружена овальная рана. При сведении её краёв образуется дефект «минус ткань», края осаднены, в дне раны виднеются фрагменты подкожно-жировой клетчатки и мышцы с кровоизлияниями. Раневой канал открывается в правый верхний носовой ход. При внутреннем исследовании обнаружены оскольчатые переломы чешуи правой височной кости, правого большого крыла клиновидной кости, решетчатой костей, правой глазничной пластинки лобной кости, правой скуловой кости. Твёрдая мозговая оболочка с множественными разрывами в области передней и средней черепных ямок справа с наличием темно-красных кровоизлияний. Головной мозг с наличием субарахноидальных кровоизлияний. (По данным следствия был применен пистолет МР-79-9ТМ, патрон 9мм). Выделяют характерные особенности повреждений: 1. Вид ранения носит преимущественно слепой характер 2. Наличие в раневом канале инородного тела (эластичная пуля). 3. Входные раны имеют центральный дефект ткани характерной формы, отражающей возможный профиль пули. 4. Переломы - для плоских характер повреждений дырчатый, оскольчатый и вдавленный. Входная рана при поражении ствольным

оружием с калибром 9 мм (МР-79-9ТМ, пистолет «WALTHER» и т.д.) характеризуется слабовыраженным пояском осаднения, отсутствие радиальных разрывов по краям раны, наличием в «просвете раны» своеобразного «язычка» частично разрушенной кожи с ПЖК в виде лоскута неправильной формы, а также совпадение внешнего размера раны с дефектом ткани в центре. Выводы: На основании вышеизложенного определены некоторые морфологические особенности повреждений пулями травматического действия нелетального оружия, выделены закономерности повреждений в зависимости от вида нелетального оружия (в частности объем травмы), что подтверждается результатами проведенного исследования.

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ, ОПАСНЫЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Жалолитдинова Ш.А., студентка 212 группы педиатрического факультета, Худоярова Г.Н. ассистент СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель: Определить степень тяжести заболеваний у взрослых, болеющих детскими болезнями изыскание оптимальных путей. Материалы и методы исследования: статистическая обработка историй болезней клиники, больных с детскими болезнями. Результаты: Учитывая что, иммунитет ребенка развит не так, как у взрослого, обмен веществ у него быстрее и общий уровень жизненной энергии – выше. Поэтому симптомы заболеваний проявляются ярче (организм сопротивляется активнее), но и справляется с болезнью малыш быстрее. Взрослые же, помимо постоянной, уже привычной усталости, часто имеют "в запасе" хронические заболевания, которые только и ждут какой-нибудь инфекции, чтобы с ней "посотрудничать". В последнее время распространенность кори, свинки, краснухи и других инфекций среди взрослых растет. Все эти инфекции передаются воздушно-капельным путем, и очень заразны. Говорят, многие болезни сейчас "молодеют". И хотя, на первый взгляд, дети слабее и беспомощнее, по статистике 15% людей старше 18 лет, подверженных этим заболеваниям, переносят их гораздо тяжелее и с большими рисками. Ветряная оспа (ветрянка) у взрослых грозит серьезными осложнениями. Заражение чаще происходит осенью или зимой. У взрослых появление пузырьковой сыпи на теле, шее, лице и руках. Заболевание сопровождают стойкий длительный подъем температуры, недомогание, слабость, головные боли, увеличение лимфоузлов. Возможные осложнения невралгии межреберных нервов, а также осложнения на сердце, вирусные пневмонии, поражения суставов (артриты, ревматизм). Корь опасна воспалением мозговых оболочек. Восприимчивость к инфекции – 100%. Общие симптомы высокая температура, пятнистая сыпь сначала на лице и шее, потом на туловище, бедрах, руках и ногах. Отек на лице, красные склеры глаз, конъюнктивит, выделения из носа. У взрослых протекает в значительно более тяжелой форме. Нет грубого кашля и затруднения дыхания, но могут развиваться трахеит и бронхит. Специфического лечения нет. Но есть вакцина (наиболее перспективным считается введение тривакцины – от кори, краснухи и паротита). Краснуха особенно опасна для беременных женщин первый триместр беременности. Общие симптомы мелкопятнистая красная сыпь по всему телу. У взрослых характеризуется более тяжелым течением. Часто воспаляются лимфоузлы, особенно на шее и затылке, возможна длительная лихорадка, поражение суставов и внутренних органов. Возможные осложнения для взрослых характерны артралгии и артриты, особенно у женщин. Эпидемический паротит (свинка) особенно опасна для мальчиков в период полового созревания и для взрослых мужчин – может привести к поражению яичек с последующим бесплодием. Общие симптомы повышение температуры до 38–39 с, характерная болезненная припухлость околоушных желез, обычно сначала с одной стороны, через несколько дней – с другой. У взрослых признаки общей интоксикации, тянущие боли в околоушной области, шум в ушах, часто – двустороннее поражение околоушных слюнных желез. Тошнота, рвота. Центральная нервная система у взрослых поражается реже, чем у детей. Возможные осложнения. Коклюш опасен риском занести вторичную инфекцию. Общие симптомы недомогание, ухудшение аппетита, насморк, небольшое повышение температуры, слабый кашель, частота и интенсивность приступов которого усиливается через 1–1,5 недели. Отсутствие какого-либо облегчения от лечения отхаркивающими средствами. У взрослых заболевание протекает без приступов судорожного кашля, проявляется длительным бронхитом с упорным кашлем. Температура тела обычно в норме, общее самочувствие удовлетворительное. Выводы: конечно, процент заболеваемости взрослых детскими болезнями можно счесть и невысоким в масштабах страны. Но давайте подумаем о том, что риску (пусть небольшому) подвержены все. И это, возможно, – еще один повод взвесить все "за" и "против" вакцинации. Подойти к этому вопросу серьезно, рассудительно, грамотно и, может быть, покончить с этими болезнями навсегда

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ПРОСТРАНСТВ В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

Жуманов З.Э., Старшей преподователь СамМИ

Кафедры судебной медицины и патологической анатомии (Зав.каф. д.м.н., проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф Индиаимнов С.И.

Цель исследования: Определить характеристику периваскулярного (ПВ) и (ПЦ) перицеллюлярного пространств (отека) коры больших полушарий головного мозга у лиц, погибших от острой массивной кровопотери. Материал и методы исследования: Исследовали VI-поле (по Бродману) из области коры головного мозга от 36 трупов лиц, погибших от массивной кровопотери, вызванной повреждением сосудов и внутренних органов острыми орудиями. Кусочки ГМ фиксированы в 10% нейтральном формалине, проведены через спиртовую батарею, залиты в парафин и окрашены: гематоксилином и эозином, методами Маллори, Ниссля. Гистологический препарат головного мозга (ГМ) сначала исследовали качественно, затем количественно. Изменения ПВ и ПЦ пространств (отека) исследовали точечным методом Результаты исследования. В коре больших полушарий (поле 6) ГМ и прилежащего к ней белого вещества крупные внутримозговые артерии находятся в состоянии дистонии с тенденцией к умеренному спазму. Спастическое состояние артерий усиливается по мере уменьшения их диаметра. Периартериальные пространства несколько расширены. В просвете сосудов отмечается стаз крови. В венах разного калибра отмечается изменение формы эритроцитов. Определение процентного соотношения незаполненных кровью сосудов к их общему числу в коре и белом веществе показало, что более трети артерий и почти половина вен не содержат крови. Для объективной характеристики состояния структурных компонентов полушарий ГМ применены морфометрические показатели. Выполнено исследование состояний ПВ, ПЦ пространств. При единичном повреждении сердца и магистральных сосудов ПЦО несколько больше ПВО, отечность белого вещества выражена в меньшей степени. При единичном ранении доля отека ниже как перицеллюлярного, так и периваскулярного, также его меньше и в белом веществе. При множественном ранении с повреждением сердца и магистральных сосудов доля разного вида отека в коре большого мозга неодинакова, причем ПЦ отек выражен больше, чем ПВ. Это свидетельствует о большей степени поражения нервной ткани ГМ. При единичном ранении с повреждением периферических сосудов доля ПЦО ниже, чем ПВО, его меньше также и в белом веществе. Множественные ранения с повреждением периферических сосудов сопровождаются повышением доли ПЦО при сравнении с ПВО. С целью определения степени выраженности того или иного вида отека при различных повреждениях определяли соотношение ПЦО и ПВО. Из таблицы видно, что это соотношение в разных группах неодинаково. При единичном поражении сердца и магистральных сосудов, увеличивается доля ПЦО, а при множественном ранении доля перицеллюлярного отека увеличивается в 2 раза. При единичном ранении периферических сосудов отек выражен слабее всего, но преобладает ПВО, при множественном ранении - ПЦО. Однако при множественном поражении – это различие выражено значительно слабее. Обращает на себя внимание, что отечность белого вещества больше выражена в тех подгруппах, где отмечается преобладание ПЦО над ПВО. Это еще раз подтверждает факт преимущественного поражения нервной ткани в этих подгруппах над сосудами. Выводы: Таким образом, танатогенез кровопотери различается в зависимости от вида поврежденных сосудов, а также множественности ранений. При МК, вызванной единичным повреждением сердца и магистральных сосудов, долевое участие нервной ткани и сосудов примерно одинаковое. При множественном повреждении магистральных и периферических сосудов в танатогенезе преобладает поражение нейронов.

ОСНОВНОЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА И IV ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

Жуманов З. Э, Старшей преподователь СамМИ.

Кафедры судебной медицины и патологической анатомии (зав.каф. д.м.н., проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф Индиаимнов С.И.

Цель исследования. Изучить структурные изменения кора головного мозга и IV желудочка у лиц при смерти от массивной кровопотери, вызванной повреждением периферических кровеносных сосудов и внутренних органов (кроме сердца). Материал и методы исследования. Исследовали структурные изменения кора головного мозга и IV желудочка от 20 трупов лиц, погибших от массивной кровопотери. Кусочки головного мозга окрашены: гематоксилином и эозином, по методам Маллори. Состояние периваскулярного и перицеллюлярного пространств (отека) исследовали точечным методом по Г.Г. Автандилову. Для математической обработки данных применен метод Стъюдента-Фишера с определением средней арифметической М, средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t. Результаты исследования. В коре больших полушарий головного мозга поля 6 наблюдается резкий спазм артерий всех калибров, в таких случаях просвет их имеет щелевидную форму или вообще не определяется. Периартериальные пространства расширены, пересекаются тяжами, в них имеется оксифильная жидкость, в некоторых – кровь. В некоторых случаях отмечается утолщение стенки сосудов, дезинтеграция ее слоев вследствие отека. В спазмированных артериях находятся лишь единичные эритроциты. Отмечаются изменения нейронов по ишемическому типу в поверхностных слоях и гидропических изменений в глубоких ее отделах. Вокруг нейронов выражен отек. В общих с нейронами полостях лежат 1-2 олигодендроцита с круглыми темными ядрами. В некоторых полостях нейронов нет, а количество олигодендроцитов в них увеличено до 3-5. Отмечается отек нейропиля, вследствие чего он имеет порозный вид. В белом веществе полушарий в области поля 6 явления дистонии с преобладанием атонии выражены в большей степени, как со стороны артерий. Эпендима в стенке IV желудочка представлена кубическими клетками, в некоторых участках они уплощены. Эпендимоциты расположены в 1 ряд, между клетками изредка просматриваются небольшие свободные промежутки. В поверхностном слое стенки IV желудочка спастическое состояние артерий, особенно мелких ветвей, приводит к выраженному малокровию многих из них. Многие нейроны в стенке IV желудочка подвергнуты гидропическим изменениям. Они набухшие, их тела округлены, ядра крупные светлые, цитоплазма гомогенно базофильная, иногда содержит мелкие вакуоли. Отмечается околоядерные хроматолиз. В магноцитах тигроидное вещество в виде крупных глыбок. В этих нейронах отмечается очаговых хроматолиз, пизноз, кариолизис. Иногда некоторые нейроны подвергнуты цитолизу. Таким образом, при массивной кровопотере, вызванной повреждением периферических сосудов, на первый план выступает выраженное поражение стенок всех артерий, в том числе и в мягкой мозговой оболочке. Отмечается резкий спазм средних и мелких артерий мягкой мозговой оболочке, отмечается нарушение их проницаемости. Вследствие этого выявляется отек адвентиции и кровоизлияния. В артериях и венах мягкой мозговой оболочке наблюдается нарушение реологических свойств крови в виде образования сладжей и стаза. В коре полушарий отмечается резкий спазм артерий всех калибров, резкое расширение периартериальных пространств. Нейроно-глиальное соотношение значительно увеличивается в 5 слое. Наблюдается неодинаковое соотношение нейронов 3 и 5 слоя при массивной кровопотере. В стенках IV желудочке также наблюдается выраженное малокровие артерий.

СООТНОШЕНИЕ ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ПРОСТРАНСТВ В БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ШОКА

Индиаминов С.И., Жуманов З.Э.

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав.каф. д.м.н., проф. Индиаминов С.И.)

Цель исследования. Изучить соотношения периваскуярного (ПВ) и перицеллюлярного (ПЦ) пространств (отек) в больших полушариях головного мозга (ГМ) у лиц, погибших от геморрагической шока (ГШ). Материал и методы исследования. Исследовали поле 6 (по Бродману) из области коры больших полушарий и прилежащее к ней белое вещество от 12 трупов лиц, погибших в стационаре при клинически установленном диагнозе ГШ. Кусочки ГМ фиксированы в 10% нейтральном формалине, проведены через спиртовую батарею, залиты в парафин и окрашены: гематоксилином и эозином, по методам Ван-Гизон и Маллори. Соотношения ПВ и ПЦ пространств (отека) исследовали точечным методом по Г.Г.Автандилову. Для математической обработки данных применен метод Стъюдента-Фишера с определением средней арифметической М, средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t. Результаты исследования. Для объективной характеристики состояния структурных компонентов полушарий головного мозга (поле 6) при ГШ применены морфометрические показатели. Выполнено исследование перицеллюлярного (ПЦО), периваскулярного (ПВО) отека.При единичном повреждении сердца и магистральных сосудов ПЦО несколько больше ПВО, при множественном ранении это различие усиливается. При единичном ранении с повреждением периферических сосудов как ПЦО, так и ПВО выражены в большей степени, чем при повреждении сердца и магистральных сосудов. Множественные ранения с повреждением периферических сосудов также сопровождаются высокими значениями ПЦО и ПВО. Следует отметить, что отечность ПЦ и ПВ пространств в коре больших полушарий ГМ у лиц данной группы наблюдений больше, чем в белом веществе. С целью определения степени выраженности того или иного вида отека в коре больших полушарий ГМ при различных повреждениях определяли соотношение ПЦО/ПВО. Оказалось, что это соотношение в разных группах неодинаково. При единичном поражении сердца и магистральных сосудов, увеличивается доля ПЦО, так как ПЦО/ПВО равно 1,1. При множественном ранении оно также больше, чем ПВО (1,2). Соотношение ПЦО/ПВО свидетельствует, что при ГШ, вызванной повреждением сердца и магистральных сосудов, наблюдается большее поражение нервной ткани по сравнению с сосудами. При единичном ранении периферических сосудов отек в коре больших полушарий выражен больше всего, но соотношение ПЦО/ПВО равно 1,0. При множественном ранении возрастает доля ПВО, она становится почти в 2 раза больше, чем ПЦО, соотношение ПЦО/ПВО равно 0,6. Следовательно, соотношение ПВО и ПЦО при ГШ различается в зависимости от вида поврежденных сосудов, а также множественности ранений. Вывод: Таким образом, по объёму ПЦО и ПВО в коре больших полушарий ГМ можно определить роль нервной ткани и сосудистого компонента в танатогенезе при ГШ. Он различается в зависимости от вида поврежденных сосудов, а также кратности ранений. При смерти от ГШ, вызванного единичным и особенно множественным повреждением сердца и магистральных сосудов, в танатогенезе преобладает поражение нейронов. При единичном поражении периферических сосудов в танатогенезе при ГШ одинаково участвуют нейроны и внутримозговые сосуды, а при множественном повреждении возрастает роль поражения внутримозговых сосудов.

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ МОЗГ И ЧАСТОТА ЭМОЦИЙ ЧЕЛОВЕКА

Иниятиллаева С.А., студентка 121 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав. курс. к.-ф.м.н, доцент Содиков Н.О.)

Научный руководитель: к.- ф.м.н. Жалилов М.Х.

Человек - самое сложноорганизованное существо на Земле. Отличается человек со своим разумом, речью, выражением эмоций, мимикойи, конечно же, способностью мыслить. Человек в ходе эволюционного процесса усовершенствовался, учился делать разные орудия труда, защищаться от диких животных и это в свою очередь послужило развитию человеческого мозга. Головной мозг - орган центральной нервной системы. Он содержит в среднем 100 млрд нейронов и потребляет для питания 50% глюкозы, вырабатываемой печенью и поступающей в кровь. Физик Роджер Пенроуз и анестезиолог Стюарт Хамерофф довольно давно представили теорию о том, что наше сознание суть квантовый компьютер. Теория Пенроуза однозначна: наше сознание - продукт деятельности квантового компьютера, которым с рождения оснащён каждый человек. Немецкий психиатр Ганс Бергер, изучая электрическую активность головного мозга, обнаружил: серое вещество производит определенные мельчайшие колебания с частотой около 10Гц в секунду. Так наука взялась за изучение частотных режимов работы мозга. В зависимости от того, что мы делаем и в каком состоянии находимся, мозг производит один из нескольких видов электромагнитных волн. Альфа-волны. Колебания с частотой около 7- 14 Гц. Именно такую частоту выдает

мозг, находящийся в безмятежном расслабленном состоянии. Бета-волны. Вибрация с частотой 15-40 Гц. Такую картину демонстрирует электроэнцефалограмма мозга, в состоянии осознанной активной деятельности. Тета-волны. С частотой 4-7 Гц. Состояние не глубокой дремы или же медитации. На этих частотах человек видит самые яркие сны, лучше всего запоминает информацию. Дельта-волны. Колебания с частотой 0,5-3 Гц. Такую активность мозг демонстрирует во время сна, без сновидений. Чем ниже частота, тем ближе человек к состоянию смерти. Чем активнее колеблется мозг, тем более осознанной, интеллектуальной является его деятельность. Частоты эмоций: горе дает вибрации от 0,1 до 2 Гц; страх 0,2-2,2 Гц; обида 0,6-3,3 Гц; ярость около 0,5 Гц; Самыми высокими частотами человеческих эмоций являются следующие: благодарность (желание сказать- спасибо) 45Гц; чувство привязанности, любовь 50 Гц; ●ощущение единства с теми, кто рядом от 150 Гц; сострадание 150 Гц; искренняя сердечная любовь (например, матери к ребенку) от 150 Гц и выше. Чем выше частота эмоции, тем эта эмоция светлее, возвышенные и осознаннее. Низкие же частоты приближают нас к тета и дельта ритмам, на которых разумная деятельность может быть заторможена.

АНАЛИЗ АСТРОГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Иршодзода А.Д., студент 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Курс патанатомии (зав. курсом доц. Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Эшкобилов Т.Ж.

Цель исследования: Среди нейроэктодермальных новообразований астроглиальные опухоли являются самыми частыми. По разным данным астроцитомы составляют 14,3-24.8%, а олигодендроглиомы 7,8-12,6% всех внутричерепных опухолей. Эти опухоли могут произрасти со всех отделов головного мозга. Нередко они диагностируются в запущенном состоянии. Прогноз и выживаемость после операции зависит от локализации, вида и характера опухоли. Мы решили по биопсийным материалам клиники СамМИ изучить частоту и характер астроглиальных опухолей головного мозга. Материал и метод исследования: В течении 5 лет (2014-2018гг) в паталогоанатомическое отделение поступило удаленные опухоли из головного мозга 299 больных. 156 из них мужского и 143 женского пола. Срезы всех опухолей были окрашены гематоксилин-эозином и по Ван-гизону. Результаты исследования: Анализ показывает что, среди больных, детей до 14 лет было 26 (16 мальчиков и 10 девочек). До 30 лет было 68 больных (34 мужчин и 34 женщин), до 50 лет было 121 больных (50 мужчин и 71 женщин), до 70 лет было 84 (мужчин 56 и женщин 28). Наши статистические данные показывают, что наибольший возрастной пик приходится на 31-50 лет. По результатам микроскопического исследования у 118 больных (39,5%) установлена астроцитома, у 24 больных (8,03%) глиобластома а у 9 больных (3.01%) – олигодендроглиома. Из числа других внутричерепных, не относящихся к нейроэктодермальным опухолям нужно отметить высокий удельный вес менингиом – 99 больных (33,1%). Сравнительно реже встречались диффузные опухоли – 12, медуллобластома – 11, эпендимома – 7, ангиоретикулома – 6 случаев, хориоидпапиллома и холестеатома – по 1 случаю, в 1 наблюдении отмечена метастатическая карцинома. В 15 случаях были отмечены рецидивные опухоли (дедифференцированная астроцитома, олигодендроглиома и ангиоретикулома). Выводы: Таким образом анализ биопсийного архива клиники СамМИ за 5 лет показано, что частота астроцитом превалируют среднестатистические литературные данные почти 2 раза. И среди них сравнительно больше рецидивы опухолей. Такие опухоли наичаще поражают людей трудоспособного возраста (31 -50 лет). В общем числе больных с внутричерепными опухолями преобладают больные мужского пола

МОРФОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ СЕКРЕТА ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Исмоилов Ж.М., ассистент курса патологической анатомии СамМИ

Кафедра Судебной медицины и патологической анатомии СамМИ (зав.каф. – проф. Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: к.м.н, доцент Хамидова Ф.М.

Цель работы: Выявить структурные особенности бронхиальных желез и их секрета при бронхоэктатической болезни у детей. Материал и методы исследования: Изучены фрагменты легких у 8 детей в возрасте 7-16 лет, оперированных по поводу бронхоэктатической болезни. Материал фиксирован в 12% нейтральном формалине и жидкости Буэна. Парафиновые срезы окрашены гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизона и альциановым синим для выявления муцина. Результаты: Проведенное исследование позволило установить, что бронхиальные железы в большом количестве встречаются на территории крупных бронхов. Вокруг средних и малых бронхов они не обнаруживаются. Многочисленные секреторные отделы желез состоят из мукоцитов. Мукоциты представлены кубической формой клетками, ядра их уплощены и лежат в базальной части. При окраске альциановым синим эти клетки полностью окрашиваются в интенсивно синий цвет. Периферические отделы некоторых секреторных отделов окрашиваются темнее остальных клеток, по-видимому, они содержат незрелый секрет. По расположению этих отделов можно предположить, что это белковые полулуния, характерные для секреторных отделов бронхиальных желез. Содержание в них муцина может свидетельствовать о перестройке сероцитов в мукоциты. Выводные протоки желез расширены, выстланы многорядным эпителием. Они заполнены слизью, которая имеет фибриллярное строение. В местах впадения протоков в бронх слизь имеет такое же фибриллярное строение и полностью заполняет устье протока. Однако в просвете бронхов строение секрета значительно отличается от секрета, выделяемого бронхиальными железами. В его составе определяются многочисленные клетки, бесструктурный компонент и фибриллы муцина. Клеточные элементы представлены лимфоцитами, которые составляют большую часть секрета, имеются также клетки бронхиального эпителия. Бесструктурный компонент окрашивается оксифильно, имеет мелкозернистый вид и представляет собой, по-видимому, плазму крови и секрет клеток бронхиального и альвеолярного эпителия. Фибриллы муцина занимают относительно небольшое пространство в просвете бронха, они расположены рыхло, но в пределах определенной территории. Выводы: Таким образом, при бронхоэктатической болезни у детей наблюдается гиперплазия бронхиальных желез и их гиперсекреция. Отмечается перестройка белково-слизистых секреторных отделов желез в слизистые, расширение выводных протоков. Сравнительная морфология секрета выводных протоков бронхиальных желез и секрета в просвете бронхов показывает их неоднородность. Возможно, что высокая вязкость бронхиального секрета при хронической патологии легких связана с большим количеством клеточных элементов в бронхиальном секрете, представленными в основном лимфоцитами.

МОРФОЛОГИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ

Исмоилов Ж.М, ассистент курса патологической анатомии СамМИ

Курс патологической анатомии (зав. курс. – к.м.н. Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Хамидова Ф.М.

Актуальность: Болезни органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем медицины, поскольку несмотря на достигнутые успехи в лечении они занимают одну из ведущих мест в структуре заболеваемости. Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) ежегодно приводят к гибели и потери трудоспособности миллионов людей. ХОБЛ занимает 1-е место (70%) в структуре смертности от болезней органов дыхания. По данным ВОЗ, к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5-е место по заболеваемости и 3-е место в структуре смертности среди всех болезней, т.е. распространенность и смертность будут увеличиваться. Цель исследования: Изучить морфологические изменения кровеносных сосудов органов дыхания при хронических обструктивных болезнях легких. Материалы и методы. Нами изучены легкие у 22 умерших от ХОБЛ. В возрасте 34-75 лет. Из них мужчины 16 и 6 женщины. Все больные находились на реанимационном отделение, и им было проведено инфузионная терапия и ИВЛ. Брались кусочки из разных отделов легких, срезы из которых окрашивались гемотоксилин-эозином и Ван-гизону. Результаты исследования. Макроскопически у всех умерших пациентов наблюдался отек легких разной степени выраженности, выявлялись геморрагические и желтовато-серые или нагноившиеся участки также проявления легочного сердца – гипертрофия стенок правого желудочка сердца. К микроскопически капиллярная сеть респираторной части ацинусов в состояние склероза и наблюдались признаки развития альвеолярно-капиллярного блока. В межальвеолярных капиллярах во всех препратах установлено разрастание коллагеновых волокон с развитием интракапиллярного склероза. При этом наблюдается образование новых, не совсем типично

построенных шунт-капилляров, что имеет приспособительное значение. Гипертензия малого круга кровообращения в конечном итоге приводила к гипертрофии правого сердца. При продолжительном течении ХОБЛ имело место выраженная вторичная легочная артериальная гипертензия и в интиме его крупных ветвей обнаруживались атеросклеротические бляшки. При исследовании сосудистого компонента в долевых и сегментарных бронхах было обнаружено увеличение числа сосудов, ангиоматоз собственной пластинки слизистой оболочки бронхов, пролиферацию и фиброэластоз интимы с утолщением внутренней и средней оболочек мелких артериол мышечного типа. Прогрессивное течение ХОБЛ приводило к появлению артерий замыкающего типа, запустеванию капиллярного русла межальвеолярных перегородок, склеротическим изменениям в стенках легочных вен и бронхиальных артерий. Выводы: Таким образом, проведенное морфологическое исследование сосудов показало прогрессирующие склеротические изменения во всех ветвях сосудистой системы, вплоть до ацинарных респираторных альвеол. Это приводило к развитию альвеолярно-капиллярного блока и появлению шунт капилляров, что имеет приспособительное значение. Необходимо надо отметить, что хронические обструктивные болезни легких наичаще наблюдаются у мужчин и более преклонном возрасте.

ОПТИЧЕСКИЕ ИЛЛЮЗИИ. ОБМАН ЗРЕНИЯ

Истамова М.И. студентка 105 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав.курс.доц. Содиков Н.О.)

Научный руководитель: к.-ф.м.н. Жалилов М.Х.

Зрительную систему человека составляют три звена; 1. Внешнее звено (глазное яблоко) 2.Проводниковое звено (зрительные нервы) 3.Центральное звено (мозг). Иллюзия-это человеческое восприятия предмета или явления искаженном образом. Иллюзия шахматной доски. Кажется, что клетка А темнее чем клетка В, но на самом деле они абсолютно одинакового цвета. Иллюзия работает по нескольким причинам: Во-первых – Световые оттенки, окружённые темными, всегда кажутся нам светлее, чем есть на самом деле, и наоборот. Во-вторых – Мы раньше видели шахматные доски, и знаем, что там есть и черные и белые клетки, а серых нету. В-третьих – Наш зрительный аппарат чтобы лучше рассматривать световые оттенки, способен игнорировать тень, особенно если у нее размытые границы. Поэтому, в данном случае наш мозг делает вывод что клетка В такая же светлая, как и остальные белые. Но есть такие иллюзии, которые не зависят от нашего восприятия, потому что возникают не в мозге, а на уровне глаз. Эффект Пуркине. При уменьшении яркости освещения, красные оттенки становятся темнее, а синие на их фоне – светлее. То есть, с наступлением темноты цвета и вправду могут поменяться. Дело в том, что у человека можно выделить дневное и ночное зрение. Дневное, работающее при большой освещенности, обуславливается колбочками, по отдельности, они различают красные, зелёные и синие цвета, но суммарный максимум их чувствительности приходится на желто-зеленые оттенки спектра. А вот ночное зрение обуславливается другими клетками – палочками, цветов они не различают, но за то работают при освещенности в сотни раз меньше; и максимум их чувствительности приходится на зелёно-синий участок спектра. Именно поэтому, когда освещенность очень сильно уменьшается, и происходит переход от дневного зрения к ночному, мы перестаем видеть красные цвета, но при этом продолжаем различать синие оттенки. Но, что ещё интереснее! В темноте лучше работает не центральное зрение, а боковое. Дело в том, что палочки на сетчатке распределены неравномерно, в центре их нет, только на периферии. Маска Чаплина. Как и любая другая, эта маска с одной стороны выпуклая, а с другой вогнутая. Приосвещение вогнутой стороны, от рельефа будут возникать тени в точности такие же, как и на обратной стороне, поэтому нам будет казаться, что маска в таком положении тоже выпуклая, хотя это совсем не так, но! Считается, что Маска Чаплина - это простейший тест на шизофрению, причем если вы поддаетесь на эту иллюзию, то это признак как раз-таки здоровой психики. А вот если нет, то тогда возможны проблемы. Причины, возможно, в том, что мы привыкли видеть выпуклое лицо, а у людей, страдающих шизофренией, или имеющих к этому склонность, возникает какой-то сбой, который не позволяет им достраивать образ, и они видят истинную картину. Кстати, среди незрячих людей, никогда не наблюдалось шизофреников…Данная иллюзия не работает в состоянии долгого стресса, алкогольного или наркотического опьянения. Как видите, наше зрение не идеально, и его очень легко обмануть.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА В ТКАНИ ПЕЧЕНИ КРЫС

Исупова Е.А., Мулюкова Л.А., Хакимов Р.А. –лечебный факультет, 2 курс, группа 229, ФГБОУ ВО

«Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Кафедра биохимии (зав.каф.-доцент Наумова Н.Г.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Бутолин Е.Г.

Существенный рост метаболического синдрома в последние годы является значимой проблемой не только медицины, но и общества. Важно диагностировать метаболический синдром на ранних этапах его развития, поскольку имеется угроза развития в скором времени сахарного диабета 2 типа и атеросклеротических процессов. Основным фактором в формировании метаболического синдрома является инсулинорезистентность, приводящая к нарушению липидного и углеводного обмена. В тоже время инсулин, являясь системным гормоном принимает участие в регуляции других биополимеров, в том числе белков. Цель работы: изучение некоторых показателей белкового обмена в ткани печени крыс при гиперкалорийной диете. Материал и методы исследования: эксперименты проводили на 28 белых беспородных крысах в возрасте 6 месяцев, массой 190-210 г., которым в течение 60 дней давали диету с высоким содержанием липидов (44% свиного сала от калорийности суточного рациона). В крови определяли уровень инсулина; в гомогенатах ткани печени – содержание общего белка, альбуминов и мочевины на 61, 67 и 74 дни после начала эксперимента. Результаты и обсуждение: Показано, что диета с высоким содержанием жиров приводит к развитию незначительной гиперинсулинемии во все дни наблюдения соответственно на 4%, 13% и 36% относительно контроля. Содержание исследуемых белков в гомогенатах ткани печени изменялось разнонаправленно: концентрация общего белка достоверно возрастала на 61, 67 и 74 дни соответственно на 74,1%, 69,4% и 61,3% по сравнению с контролем, а уровень альбуминов, равно как и мочевины, снижались во все дни эксперимента соответственно на 23,4%, 35,6% и 18,7% и на 21,5%, 46,3% и 44,9% по сравнению с контрольной группой животных. Полученные результаты обсуждаются с позиций влияния инсулина и инсулинорезистентности на показатели белкового обмена. Выводы: Высококалорийная диета у крыс способствует развитию инсулинорезистентности, накоплению в тканях печени общего белка, а также снижению уровня альбуминов и мочевины.

АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА КРЫСЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Камалова Ч.Б., студентка 220 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра анатомия человека и ОХТА (зав.каф. – к.м.н., доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Хусанов Э.У.

Проблемы возрастной анатомии являются актуальными для теоретической и практической медицины. Цель исследование. Целью исследования явилось изучение анатомии желудка крысы от момента рождения и до 16 дня (т.е. с момента рождения и перехода на другой вид питания). Материал и методы исследования. Объектом для исследования явился желудок белой беспородной крысы-новорожденного,6,11 и 16 дневного возраста. Крыс забивали под эфирным наркозом. После вскрытия брюшной полости, определяли форму желудка, расположение пустого и наполненного желудка. Изучали расположение малой и большой кривизны желудка относительно позвонков, топографо-анатомические взаимоотношения с рядом лежащими органами. Результаты исследования и их обсуждения. Установлено, что желудок крысы имеет форму ретороообразного мешка и располагается в эпигастральной области частично находится в левом подреберье. Пустой желудок залегает поперечно, наполненный незначительно смещается и лежит косо слева –на права в сверху вниз. У новорожденных крысят нижняя стенка желудка в передних 2/3 прикрыта висцеральной поверхностью

задней половины правой боковой, добавочной, хвостатой и левой добавочной долей (у 16 дневных крысят в передней 1/3), остальная поверхность стенки прилегает к нижней брюшной стенки. Правый край верхней стенки соприкасается с петлями тонкой кишки. Левая половина верхней стенки желудка прилетит к нижней поверхности левого надпочечника и передней половины левой почки. У новорожденных крысят малая кривизна желудка располагается на уровне 11-12 грудного позвонка (у 16 дневных крысят 7- 8 грудной позвонок). Большая кривизна на уровне 2-3 поясничного позвонка (у 16 дневных крысят 9-10 грудной позвонок. В процессе развития происходит увеличение длины малой и большой кривизны желудка, во всех возрастах у малой кривизны темп прироста длины опережает прирост длины большой кривизны. Вывод. Таким образом, установлена, что желудка крысы имеет форму реторообразного мешка. Наблюдается смещение желудка крысы из каудального в краниальное положение. Темп прироста малой кривизны преобладает над большой.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Камилова Ю.Д. студентка 105 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра медицинской биологии и генетики (доцент кафедры к.б.н.- Мухитдинов Ш.М.)

Научный руководитель: к.б.н. Назарова Ф.Ш.

Болезнь Альцгеймера – это нейродегенеративное заболевание, одна из распространенных форм деменции, «старческого слабоумия». Чаще всего болезнь Альцгеймера развивается после 50 лет, хотя есть и случаи диагностики в более ранних возрастных периодах. Названная по имени немецкого психиатра Алоиса Альцгеймера болезнь на данный момент диагностирована у 46 миллионов человек в мире и, по прогнозам ученых, в ближайшие 30 лет эта цифра может увеличиться втрое. Причины развития болезни Альцгеймера еще не установлены, так же, как не создано эффективного препарата для лечения данного заболевания. Симптомы и диагностика. В первую очередь страдает кратковременная память при сохранности долговременной. Жалобы людей преклонного возраста на забывчивость, обращения за получением одной и той же информации несколько раз достаточно характерны как для возрастных особенностей функционирования мозга, так и для первых стадий болезни Альцгеймера. При наличии заболевания забывчивость возрастает, становится сложно обрабатывать новую информацию, вспоминать не только месторасположения привычных вещей, но и имена родных, свой возраст, базовую информацию. Второй симптом ранней стадии болезни – апатия. Снижается интерес к привычным формам времяпрепровождения, сложнее становится заниматься любимым хобби, выходить из дома на прогулку, встречаться с знакомыми. Апатичность доходит до потери гигиенических навыков: больные перестают чистить зубы, мыться, менять одежду. Хотя в настоящий момент не существует лечения, которое могло бы замедлить или остановить воздействие болезни Альцгеймера на головной мозг, есть лекарства такие как антидепрессанты, противосудорожные препараты, ингибиторы холинэстеразы, которые способны временно смягчить симптомы деменции у некоторых пациентов. Для профилактики болезни Альцгеймера пациентам рекомендуется: употреблять в пищу достаточно овощей и фруктов; не злоупотреблять курением, спиртными напитками; контролировать уровень инсулина, холестерина в крови; поддерживать нормальное артериальное давление.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТИТОВ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кенжебаев И.Н., студент 311 группы лечебного факультета СамМИ

Курс патанатомии (зав. курсом доц. Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель – ассистент Амонова Г.У.

Цель работы. Холециститы являются довольно распространёнными патологиями. Данное заболевание встречается во всех возрастных группах. По данным авторов холециститы в пожилом и старческом возрасте составляют 35-55% и более от общего числа больных. Увеличение населения гериатрического возраста и частота встречаемости среди них холециститов делает актуальным эту проблему. Исходя из вышеотмеченного, мы решили изучить операционные материалы, поступившие в клинику СамМИ, касающиеся холециститов, в возрастном аспекте. Материал и методы исследования. Всего за 5 лет поступило 167 желчных пузырей. 49 из них было взято у больных в возрасте 60-78 лет, что составляет 29,3%. Остальные 118 больных были молодого и среднего возраста. Проводилось макроскопическое описание и микроскопическое исследование срезов из стенки пузыря, которые были окрашены гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и суданом III. Результаты исследования. Из 49 больных у 33 в желчном пузыре содержались камни (67,8%). Камни чаще всего были сложного, комбинированного строения, то есть, холестерино-пигментные, либо пигментно-известковые. У всех оперированных больных в желчном пузыре обнаружена, в той или иной степени, выраженная атрофия, либо склероз стенки желчного пузыря. У части больных были обнаружены наружные фиброзные спайки, деформирующие стенку желчного пузыря с образованием загибов у шейки пузыря. У части больных старческого возраста за 70 лет отмечался липоматоз и папилломатоз внутренней стенки, дающее суданофильную реакцию. У 12 больных до 70 лет был установлен деструктивный холецистит, у 2 из них наблюдалась перфорация с желчеистечением и развитием желчного перитонита. Выводы. Таким образом, морфологические изменения в стенке желчного пузыря при холециститах у пожилых людей имеют ряд особенностей, которые выражаются атрофическими и склеротическими изменениями, развитием спаек, приводящих к деформации и загибу шейки пузыря. В сенильном возрасте наблюдается липоматоз и папилломатоз стенки пузыря.

МЕТОДИКА 3D РЕКОНСТРУКЦИИ ОСТРОГО ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Кишкан П.Я., Савка И.Г.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Кафедра судебной медицины и медицинского правоведения (зав. каф. – д.мед.н., проф. Бачинский В.Т.)

Научный руководитель профессор, д.мед.н. Савка И.Г.

В настоящее время в Украине и во всем мире возрастают смертельные случаи вследствие травмы и криминальные преступления с использованием острых травмирующих предметов, среди которых превалируют травмы, нанесенные колюще-режущими орудиями. При повреждениях острыми предметами формирование раны на теле потерпевшего существенно зависит от орудия травмы и морфологические особенности раны разрешают обнаружить характерные свойства травмирующего предмета. Проведение судебно-медицинской экспертизы трупов или освидетельствование живых лиц предусматривает четкое определение индивидуальных идентифицирующих параметров острого травмирующего предмета в каждом конкретном случае. Учитывая то, что колюще-режущие травмирующие предметы имеют объемное строение, в судебно-медицинской практике с целью более четкой и достоверной идентификации орудия травмы важное значение приобретают современные методы трехмерного пространственного моделирования острого травмирующего предмета. Цель работы: Изучить возможности использования фотограмметрии и современных компьютерных технологий для разработки метода трехмерного пространственного моделирования острого травмирующего предмета при колото-резанных повреждениях мягких тканей и паренхиматозных органов. Материал и методы исследования: Исследование проведено на экспериментальных моделях повреждений, изготовленных из альгинатной массы «Hydrogum 5» (фирма «Zhermack», Италия). Для нанесения экспериментального повреждения использовали колюще-режущее средство – нож с односторонней заточкой лезвия. С помощью фотограмметрии и компьютерных программ для трехмерного пространственного моделирования исследовано экспериментальные модели повреждений, причиненных колюще-режущим предметом и воспроизведено форму клинка экспериментального ножа. Результаты. Экспериментально установлено целесообразность использования фотограмметрии и современных компьютерных технологий для разработки метода трехмерного пространственного моделирования острого травмирующего предмета на модели раневого канала, причиненного колюще-режущим орудием. Разработано алгоритм создания текстурированной модели фрагмента раневого

канала и острого травмирующего предмета с использованием метода фотограмметрии. Преимуществом предложенного метода трехмерного пространственного моделирования острого травмирующего предмета есть получение линейных размеров повреждений в электронном формате, длительное его сохранение и возможность электронной пересылки с целью независимой дистанционной медики-криминалистической экспертизы. На основании 3D моделей формата «OBJ», помещенных в пространство «3ds max» после их масштабирования можно получить матрицу для дальнейшего моделирования орудия травмы с отображением длины клинка, его ширины, острия и зоны скоса лезвия ножа. Печать на 3D принтере орудия травмы, смоделированного предложенным методом, разрешит более точно проводить идентификацию травмирующего предмета. Выводы. Таким образом, получено модель орудия травмы, которую можно исследовать в трех плоскостях под разными углами, сохранять в электронном виде и печатать на 3D принтере, а также воспроизводить реальные экспертные случаи.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ДИМЕТИЛКСАНТИНОВ НА ЭКСКРЕЦИЮ ИОНОВ КАЛИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кишкан П.Я., Кишкан И.Г.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Кафедра фармакологии (зав. каф. – д.мед.н., проф. Заморский И.И.)

Научный руководитель доцент, к.мед.н. Кишкан И.Г.

Нормальное функционирование организма в значительной степени зависит от уравновешенного баланса ионов калия и основную роль в регуляции этого равновесия играют почки. Калиевый баланс в организме могут изменять некоторые группы лекарственных средств, в частности, диуретики, гликозидные кардиотоники, глюкокортикоиды, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Синтетические диметилксантиновые препараты эуфиллин, пентоксифиллин (трентал), ксантинола никотинат (компламин) благодаря миоспазмолитическому эффекту широко используют в клинической практике как при монотерапии, так и комбинированно с другими лекарственными средствами, в том числе с теми, которые могут влиять на гомеостаз калия. Учитывая, что предыдущими нашими исследованиями установлены диуретический и салуретический эффекты метилксантиновых препаратов, с целью рациональной и безопасной фармакотерапии целесообразно изучить их влияние на экскрецию ионов калия. Цель работы: Провести сравнительное исследование калийуретической активности синтетических диметилксантинов (эуфиллины, пентоксифиллин, ксантинола никотинат) на фоне водной нагрузки в эксперименте. Материал и методы исследования: Исследование проведено на лабораторных белых крысах массой 0,15-0,18 кг, которым в течение 7 дней внутрибрюшинно вводили исследуемые метилксантины в условно эффективных дозах: препараты эуфиллина (эуфиллин 2,4% раствор («Дарница», Украина), эуфиллин-Н 200 («Фармак», Украина), эуфиллин 200-Дарница, Украина) по 20 мг/кг, пентоксифиллин (трентал – «Hochst», Турция) и ксантинола никотинат («Галычфарм», Украина). На 7-й день через 30 мин после введения препаратов животным в желудок вводили воду (5% от массы тела) и собирали мочу в течении 2-х часов. Концентрацию ионов калия в моче определяли методом фотометрии пламени на ФПЛ-1. Результаты. Установлено, что наиболее выраженный калийуретический эффект вызывает эуфиллин 2,4% раствор увеличивая в 4 раза экскрецию ионов калия по сравнению с контролем. Чрезмерное выведение ионов калия с организма под влиянием препарата может угрожать развитием гипокалиемии. Учитывая этот недостаток, традиционный эуфиллин (2,4%), выпускаемый с использованием этилендиамина как стабилизатора, который и вызывал побочные эффекты, в данное время в медицинской практике не используют. В Украине отечественные производители (ФФ «Дарница», «Фармак») по новой технологии выпускают препараты 2% эуфиллина, которые не содержат этилендиамин, калийурез увеличивают незначительно и имеют лучший профиль безопасности. На фоне водной нагрузки ксантинола никотинат и трентал экскрецию ионов калия увеличивают в 1,7-1,9 раза аналогично по сравнению с контролем. По силе калийуретического действия более выразительный калийуретический эффект в группе синтетических диметилксантинов имеют: эуфиллин 2,4% > трентал > ксантинола никотинат ≥ эуфиллин-Н 200 Фармак > эуфиллин 200-Дарница. Выводы. Таким образом, экспериментально полученные отличия калийуретической активности исследуемых синтетических диметилксантиновых препаратов на фоне гипергидратации организма могут быть учтены при их использовании в медицинской практике, что требует дальнейших клинических исследований.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Корнильев М.В., студент 316 группы лечебного факультета, Волковский Н.Р., студент 315 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра общей хирургии (зав. каф.- д.м.н. Халимов Э.В.)

Научные руководители профессор, д.м.н. Халимов Э.В., профессор, д.м.н. Кирьянов Н.А.

Цель работы: На основании патологоанатомических исследований изучить патоморфологические изменения при панкреонекрозе в зависимости от возрастной группы. Материалы и методы исследования: Для исследования были отобраны 35 протоколов вскрытий, статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Exel, полученные данные оформлены в виде таблиц и графиков. Было проведено изучение 46 операционных и биопсийных гистологических препаратов поджелудочной железы, окрашенных гематоксилин-эозином. Полученные результаты: Были изучены протоколы патологоанатомических вскрытий за период 2015-2017г. Из них мужчины составили 57,1% (20 случаев), женщины - 42,9% (15 случаев). По возрастным категориям людей разделили следующим образом: до 60 лет (16 случаев) - 12 мужчин и 4 женщины, старше 60 лет (19 случаев) – 8 мужчины и 11 женщин. Отмечено, что с увеличением возраста больных тяжесть течения панкреатита усиливается. В первые 3-4 суток поражение железы характеризовалось очаговыми некрозами и гнойной воспалительной инфильтрацией. На 5-6 сутки – в железе регистрировались субтотальный или тотальный некроз нередко с геморрагической инфильтрацией. Более 6 суток наблюдался тотальный некроз с распространением на забрюшинную клетчатку и брюшину. В 6 случаях выявлен хронический панкреатит в фазе обострения с развитием гнойно-некротического воспаления и геморрагий. По патологоанатомическим данным к признакам полиорганной недостаточности (ПОН) отнесены изменения в печени, почках, сосудах, сердце и легких. Явления ПОН в группе до 60 лет у женщин составили 57,1%, у мужчин – 45,2%, в группе после 60 лет у женщин – 49,4%, у мужчин – 60,7%. У женщин до 60 лет наиболее часто наблюдаются следующие изменения: перитонит – 100%, флегмона забрюшинной клетчатки – 100%, гипертрофия левого желудочка – 75%, атеросклероз сосудов – 75%, ДВС-синдром – 25%, в 50% случаев была отмечена непроходимость желчных протоков. Наиболее частые изменения после 60 лет: поражение печени (дистрофия – 72,7%, лимфоидно-нейтрофильная инфильтрация – 54,5%, некроз гепатоцитов – 36,4%, кровоизлияния – 9,1%), поражение сердца (гипертрофия левого желудочка – 81,8% и правого желудочка – 27,3%, миокардит – 9,1%), атеросклероз сосудов – 81,8%, перитонит – 90,9%, гнойное расплавление парапанкреатической клетчатки – 72,7%, некроз брыжейки – 45,5%. У мужчин до 60 лет наиболее часто наблюдаются: поражение печени (дистрофия – 75%, лимфоидно-нейтрофильная инфильтрация – 83,3% некроз гепатоцитов – 8,3%, кровоизлияния – 25%), поражение сердца (гипертрофия левого желудочка – 75% и правого желудочка – 16,7%, миокардит – 8,3%), гнойное расплавление парапанкреатической клетчатки – 83,3%, перитонит – 75%, некроз брыжейки – 41,7%, нефронекроз – 66,7%. Наиболее частые изменения после 60 лет: поражение печени с кровоизлияниями в 75% случаев, гипертрофия левого желудочка – 100%, атеросклероз сосудов – 100%, гнойное расплавление парапанкреатической клетчатки – 50%, перитонит 87,5%, некроз брыжейки – 50%, флегмона забрюшинной клетчатки – 25%. Выводы: Тяжесть поражения поджелудочной железы зависит от возраста пациентов и длительности течения болезни. В тяжелых случаях в железе развивается панкреонекроз, что сопровождается выраженной интоксикацией и развитием полиорганной недостаточности.Поэтому особое внимание при выборе тактики лечения необходимо уделять состоянию печени, почек и других жизненно важных органов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Клещук А.А., студентка 17 группы I курса, специальность «Медицина», медицинского факультета №2 БГМУ, Бирюкова Т.В.

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель: доцент, к. техн. н. Бирюкова Т.В.

Цель работы: Рассмотреть и объяснить принцип действия, конструктивные и функциональные особенности современных и перспективных протезов для потерянных конечностей и органов зрения. Материалы и методы исследования: Аналитический метод исследования. Результаты: Согласно статистическим данным, чаще всего люди теряют ноги. В настоящее время современные протезы ног стали достаточно сложной конструкции и на потребительском рынке присутствуют. Созданы модели со встроенными микропроцессорами, которые можно программировать для придания движениям при ходьбе более естественного вида, для осуществления других движений. Протез ноги состоит из двух основных элементов: коленного модуля и стопы, над совершенствованием которых работают разработчики. В реальной эксплуатации наиболее распространенными являются коленные модули C-Leg немецкой фирмы Otto Bock и Rheo Knee исландской компании Ossur. Созданные вышеуказанными фирмами протезы используют гидравлический привод с электромоторами, управляющие микропроцессоры, соответствующее программное обеспечение и батарею, питающую все компоненты протеза и обеспечивающую значительную гибкость в эксплуатации. Переключения между режимами роботы осуществляется с помощью пульта дистанционного управления. Одно из последних перспективных изобретений - открытие киберруки агентством DARPA, которая использует не мышцы предплечья, а мозг, для чего в него вживляется микрочип, регистрирующий сигналы нейронов и передающий их протезу. Главное преимущество проекта DARPA - высокая точность движений, осуществление манипуляций чем угодно, даже музыкальными инструментами. Для решения проблем, связаным с центральным зрением, на помощь приходит встроенный непосредственно в глаз миниатюрный телескоп под названием CentraSight от компании VisionCare, который перенаправляет изображение на здоровые участки глаз, отвечающие за периферийное зрение. Правда, несколько месяцев идет на обучение человека пользоваться периферийным зрением вместо центрального. Выводы: С каждым новым достижением в биомехатронике люди, которые потеряли конечности, находят надежду на возвращение к нормальной жизни.

ХОД РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ЗАРОДЫШЕЙ ЧЕЛОВЕКА 6,0 – 9,0 ММ ТЕМЕННО-КОПЧИКОВОЙ ДЛИНЫ

Круликовская К.С., Черникова Г.Н.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии ВГУЗ

«Буковинский государственный медицинский университет» (зав.каф. – д.мед.н. Цигикало А.В.)

Цель работы: Исследовать развитие легких зародыша человека 6,0-9,0 мм теменно-копчиковой длины. Материал и методы исследования: Исследование проводилось на 5 сериях последовательных гистологических срезов эмбрионов человека. Результаты: При исследовании гистологических срезов зародыша человека 6,0-7,0 мм теменно-копчиковой длины (ТКД) в мезенхимальной массе, которая находится на поверхности передней кишки, определяются два выроста – это зачатки главных бронхов. Вырост с левой стороны меньшего размера, чем вырост справа. Левосторонний вырост располагается латерально в сравнении с правосторонним выростом, который идет параллельно пищеводу. На пятой неделе эмбрионального развития наблюдается разветвление правого главного бронха. Так впервые появляется образование, которое в будущем будет называться бронхом первого порядка. На выростах бронхов первого порядка (7,0-9,0 мм ТКД) появляются выпячивая. Последние начинают интенсивно разветвляться, удлиняться и становятся бронхами второго порядка. В последующем бронхи второго порядка разветвляются и дают начало бронхам меньшего диаметра. Просвет бронхиальных трубочек двух порядков имеет форму или щели или округло-овальную. Стенка бронхиальных трубочек состоит из базальной мембраны, на которой размещены клетки кубической формы небольших размеров. Бронхиальные зачатки окружены легочной паренхимой, в составе которой диагностируются кровеносные сосуды. Мезенхима является источником формирования как легочной паренхимы, так и стенок бронхиальных сосудов. Первые кровеносные сосуды в зачатке легкого появляются у зародышей в возрасте 4,5-5,0 недель внутриутробного развития. Ход бронхиальных сосудов повторяет ход бронхиального дерева. Стенка этих сосудов состоит из одного слоя эндотелиальных клеток вытянутой формы. Внутри бронхов, а также в окружающей их мезенхимальной сетке находятся клетки крови. Мезенхимальная масса, в которую в процессе развития легких врастают бронхиальные трубочки, вокруг них утолщается, со временем дифференцируется и дает начало структурным компонента соединительной и мышечной ткани. Выводы: Таким образом, в эмбриональном периоде развития человека, у зародышей 6,0-9,0 мм теменно-копчиковой длины происходят важные процессы, которые определяют в последующем формирование главных бронхов и бронхов I и II порядков, появление в паренхиме легких зачатков кровеносных сосудов, а также в этот период начинается начальная стадия дифференциации мезенхимы вокруг бронхов.

ВЫДЕЛЕНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ ИЗ РАСТЕНИЯ CICER MOGOLTAVICUM A. KOR

Мамарасулов Ш.А. студент 2 курса стоматологического факультета,

Игамкулова Д. студентка 212 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра медицинской биологической химии (зав.каф. - к.м.н. Халиков К.М.)

Научный руководитель: доц. Юсупова С.С.

Данное растение способно синтезировать около тысячи фенольных соединений.. Целью нашей работы являлось выделение и разделение флавоноидов из растения нут моголтавский, установление их химического строения для испытания их биологической аативности. Воздушно-сухие, измельченные корни растения экстрагировали при комнатной температуре 6 раз хлороформом. После упаривания растворителя получили 22,0 г хлороформного экстракта. Затем сырье высушивали и экстрагировали этанолом при комнатной температуре. Отогнав растворитель в вакууме получили 40,0 г спиртового экстракта. Хлороформный экстракт хроматографировали на колонке (высота-85см, диаметр-4,5см) с силикагелем в системе хлороформ-гексан. Состав выделенных фракций изучали с помощью тонкослойной хромотографии в системах хлороформ-метанол 19:1(А), 9:1(Б), 17:3(В) и хлороформ-этилацетат 17:3(Г). Пятна флавоноидов обнаруживали путем опрыскивания пластинок 1% раствором ванилина в концентрированной серной кислоте. Из хлороформного экстракта выделили известные флавоноиды инермин, биоханин А, формононетин и пратензеин, а из этанолного экстракта- ононин и трифолизирин. Все выделенные вещества относятся к изофлавоноидам. Из корней нута моголтавского выделили и идентифицировали известные изофлавоноиды- формононетин, биоханин А, пратензеин, ононин и птелокарпаны- инермин и трифолизирин. Выделенные флавоноиды в дальнейшем будут идентифицированы перспективные виды переданы для изучения биологической активности.

МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА

Манаконов А.Э., студент 313 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра медицинской биологии и генетики (зав.каф к.б.н-Махмудова Х.И)

Научный руководитель: к.б.н Мухитдинов Ш.М.

Цель работы: Выявить методы ранней диагностики синдрома Дауна Материал и методы исследования: Методами исследования являются методы наблюдения, УЗИ-диагностика, биохимические анализы крови и амниотической жидкости. Диагностику синдрома Дауна проводят еще при беременности, на этапе вынашивания плода. Важным показанием является возраст женщины (30 лет и старше). В первом триместре проводят УЗИ плода (в сроке 10-14 недель) для определения ширины шейно-воротникового пространства (норма 2 мм) и наличия/отсутствия носовой кости. Данные признаки не характерны и не дают 100% гарантии заболевания. Затем проводят анализ крови на уровень ХГЧ. Во втором триместре, на сроке 16-18 недель

проводится тройной тест: определение ХГЧ, альфа-фетопротеина (АФП) и эстриола. При сниженных показателях женщину заносят в группу высокого риска и рекомендуют инвазивные методы обследования: 1) хорионцентез (биопсия ворсинок хориона на сроке около 13-ти недель); 2)амниоцентез (анализ околоплодных вод после 18-ти недель, при проведении обследования высок риск прерывания беременности и инфицирования); 3)кордоцентез (анализ пуповинной крови плода, проводится после 18-ти недель). После рождения ребенка диагноз устанавливают на основании характерных клинических признаков и определении кариотипа. Результаты: Из вышеуказанных методов диагностики синдрома Дауна на ранних этапах развития плода наиболее информативными являются инвазивные методы исследования, но недостатком этих методов является то, что эти методы могут спровоцировать выкидыш, а также могут привести к инфицированию плода. Наименее безопасным методом является УЗИ-диагностика. При проведении УЗИ доктор обращает внимание на воротничковую зону. Дело в том, что при наличии синдрома Дауна на шее образуется складка, так как в воротничковой зоне накапливается чрезмерное количество жидкости. Однако и этот метод не является 100% информативным. Выводы: Проведенная по всем правилам диагностика достоверно устанавливает наличие у ребенка хромосомной мутации. Результаты обследования оцениваются только в комплексе. Положительное значение относительно генной патологии должны иметь: прямые и косвенные признаки УЗ-исследования, анализы на гормоны, результаты биопсии. Согласно статистическим данным, на 700–800 новорожденных приходится всего один малыш с хромосомной аномалией Дауна. В 85% случаев родители принимают решение об аборте или отказываются от ребенка в родильном доме.

ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОАНАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫСЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ И ПРИ ДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ

Миниярова А.Р., студентка 121 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра анатомия человека и ОХТА (зав.каф. – к.м.н., доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Хусанов Э.У.

Селезенка, являясь периферическим органом иммунной системы, до настоящего времени привлекает внимание исследователей. Знание анатомических параметров селезенки при оперативных вмешательствах. Цель исследование. Цель исследование нашей работы сложилось изменения макроанатомических параметров селезенки крысы в онтогенезе и при действии пестицидов. Материалы и методы исследования. Объектом для исследования послужила селезенка 46 дневных крыс контрольной и экспериментальной групп при действии которана и кинмикса. Крысам - самкам (материям) экспериментальной группы сразу после рождения вводили внутрижелудочно которан в дозе 1/100лд50 и кинмикс в дозе 5 м.у. С 11 по 15 дней лактационного периода объём вводимых растворов составил 1,0 мл дистиллированной воды. Забой производился под эфирным наркозом через 30 суток после окончания эксперимента. После вскрытия брюшной полости изымали селезенку и измеряли её длину, ширину, толщину. Результаты исследований и их обсуждение. У 46 дневных крысят контрольной группы длина селезенки составляет от 16 мм, до 21 мм, в среднем 18 +1,4мм. Ширина селезенки колеблется от 3мм до 4 мм, в среднем -2,0+0,4мм. У 46 дневных крысят экспериментальной группы при действии, которого длина селезенки колеблется от 16мм до12 мм, в среднем -17+0,5мм. Ширина селезенки составила от 3 мм до 4 мм ,в среднем 2,6+0,2 мм. У 46 дневных крысят экспериментальной группы при действии кинмикса длина селезенки составляет от 14 мм до 19 мм, в среднем -15,7+1,4 мм. Ширина селезенки варьирует от 2,5 мм, в среднем -3,5+0,5мм. Толщина селезенки колеблется от1,5 мм до 3,5мм, в среднем -2,5+0,5мм. Вывод. Таким образом, результаты исследований показали, что селезенка уменьшается больше под действием кинмикса, ширина селезенки незначительно изменяется при действии котарана и кинмикса. Толщина селезенки под воздействием которана и кинмикса увеличивается по сравнению с контролем. Изменения параметров селезенки при действии пестицидов связано, по-видимому, с изменением соединительно-тканных структур органа

ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ СЕРДЦА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Мирзамухамедов О.Х., докторант базовой доктарантуры «Морфология» ТМА

Кафедра анатомии, клинической анатомии (зав.каф. - проф. Усманов Р.Ж.)

Научный руководитель - д.м.н., Ахмедова С.М.

Эксперименты по моделированию различных видов повреждений миокарда в сочетании с применением морфологических методов исследований, способствуют решению основных вопросов патогенеза заболеваний стенки сердца. Цель исследование: выявление структурных изменений и морфологические особенности стенки различных участков сердца крысят, рожденных от матерей с гипотиреозом. Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили сердца 50 белых беспородистых крыс следующих возрастных групп: 7, 14, 21 и 30-е сутки. В первой серии эксперимента крысам самкам давали мерказолил в дозе 0,5 мг на 100 г массы тела в течение 14 суток, далее в течение месяца до наступления беременности им давали поддерживающую дозу мерказолила из расчета 0,25 мг на 100 мг. Затем после наступление беременности и вовремя кормление крысят давали поддерживающую дозу мерказолила из расчета 0,25 мг на 100 мг. В контрольной группе животным - матерям ежедневно утром натощак в зависимости от срока в течении 5 дней вводили дистиллированную воду в количестве 1 мл. По истечении срока эксперимента крысят экспериментальных и контрольных групп забивали под эфирным наркозом. В разных слоях сердца крысы исследовали направление коллагеновых, эластических и ретикулярных волокон. Результаты исследования показали, что на стенке желудочков сердце крысят, рожденных от матерей в состояние гипотиреоза наблюдается полнокровие, стаз и диапедезные кровоизлияния. При морфологическом исследовании сердца 7 дневных крысят наблюдаются незначительные изменения в виде расширения видимых сосудов. В 14 дневных крысят отмечаются дистрофические изменения кардиомиоцитов в виде неравномерного их окрашивания, местами гиперцеллюлярность ткани в виде пролиферации кардиомиоцитов и лимфоцитов как компенсаторная реакция на местное склерозированные стенки сосудов и расширение сосудов. Появление в тканях пролиферативного инфильтрата свидетельствует о развитии хронического воспаления, которое имеет аутоиммунную природу. Известно, что пролиферация лимфогистиоцитарных клеток нередко сопровождается развитием гиперпластических процессов в виде разрастания первоначально грануляционной, а затем соединительной ткани и приводит к утолщению сосудисто-стромальной интерстициальной стромы. В 21- дневных крысят обращает на себя внимание усиление диффузной мононуклеарной инфильтрации стромы миокарда, особенно в тех участках, где мышечные сегменты преимущественно эозинофильны. Артериолы и венулы расширенные, средний слой артерий утолщен. В некоторых случаях сосуды резко полнокровны. На 30-е сутки отмечалась гипертрофия миокарда, дилатация полости левого желудочка. Миокард имел плотную консистенцию и был красновато-коричневого цвета. На разрезе заметно увеличение сосочковых и трабекулярных мышц, в основном в левом желудочке. Обращает на себя внимание наличие неупорядоченной гипертрофии, характеризующейся разнонаправленным расположением миофибрилл и необычными связями между соседними клетками миокарда. Таким образом, у крысят, рожденных от матерей в состояние гипотиреоза отмечается дистрофические изменение в стенки сердца. В частности, в сердце этим изменениям первоначально подвергались стенки сосудов и периваскулярная соединительная ткань.

МОРФОЛОГИЯ АПУДОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ

Мирхакимова Ф.М., Орзукулов Б.М. студенты 315-группы педиатрического факультета СамМИ

Курс пат. анатомии (зав.курсом доц. Хамидова.Ф.М)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хамидова Ф.М.

Цель работы: Важным источником биогенных аминов в органах являются клетки диффузной эндокринной системы. Регуляторная роль этой системы общеизвестна. При различных патологиях и экстремальных ситуациях может возникать изменения АПУД-системы. Целью нашего исследования является изучение местного эндокринного аппарата гортани при её воспалительной патологии – экспериментальном ларингите. Материал и метод исследования: Экспериментальный ларингит у 26 кроликов моделировали путем введения стерильной капроновой нити в трахею. Состояние гортани

и ее апудоцитов изучено на 30-60 и 90 сутки эксперимента. Использованы гистологические и гистохимические методы. Результаты исследования: К 30 дню опыта эндокринный аппарат гортани кроликов представлен одиночными апудоцитами. Они обнаружены только в составе многорядного реснитчатого эпителия. Единичные аргирофильные клетки располагаются в выводных протоках желез гортани. На 60 сутки воспаления эндокринное обеспечение гортани по сравнению с предыдущим сроком исследования становится немного меньше, но оно по-прежнему значительно превышает норму, в основном за счет гиперплазии апудоцитов. Гистохимические признаки свидетельствуют об усилении синтеза биоаминов. К 90 суткам эксперимента количество эндокриноцитов вновь возрастает и достигает максимального значения по сравнению со всеми сроками эксперимента. Отмечается не только гиперплазия апудоцитов, но и значительное увеличение их размеров. Следует отметить, что наряду с гипертрофированными апудоцитами, отмечаются и пикнотические их формы. Выводы: В динамике развития хронического моделированного ларингита установлено возрастание функциональной деятельности эндокринного аппарата гортани. На 30 сутки наблюдается как гипертрофия апудоцитов, так и их гиперплазия. К 60 суткам гиперплазия эндокринных клеток гортани усиливается, а размеры клеток, по сравнению с предыдущим сроком, снижаются до уровня нормы. При этом наблюдаются морфологические признаки усиления базальной секреции в апудоцитах. На 90 сутки число апудоцитов поддерживается на высоком уровне, и вновь возрастает средний размер клеток. Люминесцентно-гистохимическое исследование показывает высокое содержание в апудоцитах серотонина. Результаты показывают последовательность компенсаторно-приспособительных апудоцитов гортани при воспалении, а также фазовые преобразования их.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ И ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2000-2015 г.

Мохова А.А., Абзалова А.Р., студентки 407группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.каф. - д.м.н., профессор Осетров А.С.)

Научный руководитель ассистент, к.м.н. Малкова А.А.

Цель работы: оценить эпидемиологию клещевого энцефалита и лайм-боррелиоза в Игринском районе Удмуртской республики в период с 2000 по 2015 годы. Материал и методы исследования: 1. проанализированные истории болезни пациентов с клещевым энцефалитом и лайм-боррелиозом в инфекционном отделении БУЗ УР "Игринская РБ МЗ УР".2. Литература по проблеме клещевого энцефалита и болезни Лайма. Результаты: В результате исследования, мы выявили, что наибольшему риску развития заболевания подвержены мужчины (63%) в возрасте от 26-40 лет, деятельность которых связанна с пребыванием в непосредственной близости от леса. Среди женщин (37%) наиболее склонны к инфицированию работницы сельского хозяйства. На территории Игринского района с конца мая по середину июля в ЛПУ обратилось более 100 человек со следующими жалобами: в 82% на умеренную слабость, головную боль и головокружение -72%,на фебрильную температуру в 58% случаев, снижение аппетита, диспепсические расстройства в 28%, озноб- 24%, потливость -12%, болевые ощущения и слабость нижних конечностей в 9%, жар-3%,неврологические расстройства (шаткость походки, парестезии конечностей, провалы в памяти, нарушении речи и фонации) около 3%. В 83% случаев пациенты снимали с себя клеща самостоятельно, из которых в 31% клещ находился на туловище, в 18%- на ногах, в 10%- на руках, голове -9% и шее- 6%; в остальных случаях люди не замечали насекомого.Инкубационный период КЭ в среднем составляет от 1 до 30 дней. ЛБ от 3 до 21 дня.В Игринском районе чаще всего встречается лихорадочная форма КЭ(86%) и менингеальная(14%), в единичных случаях – очаговые. В 82% встречается безэритемная форма ЛБ, в 18%-эритемная. В ходе физикального осмотра пациентов были выявлены изменения: бледность кожи 36%,участки гиперемии: лицо - 9%,лицо+шея - 7%,лицо+шея+грудь - 6%,место укуса - 4%. В 21% случаев наблюдается снижение АД, в 5%- повышение. Тахикардия в 64%. Субфебрильная температура в 28%, фебрильная в 22%. Консультации невролога: тремор рук - 7%, языка- 3%, менингеальные синдромы в 34% случаев. У 24% наблюдалась атаксия, нистагм в 13%, пирамидные нарушения - 4%, положительный рефлекс Бабинского в 2%, повышенные сухожильные рефлексы в 2% случаев. Офтальмолога: инъецированные склеры- 48%, сужение артерий и расширение вен в 15%. Выводы: В ходе анализа 67 историй болезни пациентов Игринского района на базе БУЗ УР "Игринская РБ МЗ УР" было выявлено: в период за 2000-2015 годы соотношение заболеваемости клещевым энцефалитом у мужчин и женщин составило 2:1, а лайм-боррелиозом - 3:1. Ведущими синдромами КЭ и ЛБ являются: интоксикационный, астеновегетативный, неврологический. Наибольшему риску развития заболевания подвержены мужчины в возрасте от 26-40 лет, работающие в близости от леса, и работницы сельского хозяйства.

МОРФОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ

Муминов Б.Ш. студент 220 группы лечебного факультета, Рашидов Ф.А. студент 124 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра анатомия человека и ОХТА (зав.каф. – к.м.н., доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: ассистент Ш.О. Коржавов

В последние годы во всем мире увеличилось количество случаев хронических диффузных заболеваний печени. В связи с этим повышается актуальность морфологических исследований системы сосудов воротной вены (ВВ) для решения частных вопросов диагностики, лечения и прогноза ХДЗП в условиях развития портальной гипертензии. Целью настоящего исследования явилось изучение морфометрических характеристик печени в зависимости от телосложения, пола и типа строения воротной вены. Материалы и методы исследование. Настоящее исследование выполнено на 82 влажных комплексах органов брюшной полости, взятых от трупов людей обоего пола в возрасте от 24 до 87 лет, на которых были выделены и изучены морфометрические характеристики печени. Все препараты были распределены в соответствии с полом и телосложением. Было изучено 31 (37,8%) комплекс от женских трупов и 51 (62,2%) - от мужских. При работе с трупным материалом были соблюдены принципы биоэтики, которые регламентированы Конвенцией совета Европы по правам человека и биомедицины и основными законами Республики Узбекистан. Морфометрические измерения печени проводили металлической линейкой ГОСТ 427-85 или штангенциркулем ТТТЦ I 0-150 ГОСТ 166-80. Измеряли толщину правой и левой долей печени, для чего печень во фронтальной плоскости разрезали на две половины. Фиксацию препарата осуществляли в 10-процентном растворе формалина. Результаты исследование и их обсуждения. Установлено, что толщина правой доли печени у мужчин с долихоморфным телосложением была 126,67 ± 13,14 мм при $p < 0,01$, с мезоморфным - 130,9 ± 9,93 мм при $p < 0,001$ и с брахиморфным - 123,9 ± 5,86 мм при $p < 0,001$. У женщин этот показатель составил:136± 9,58 мм при $p < 0,001$, 123,73 ± 7,68 при $p < 0,001$ мм и 122,55 ± 5,32 мм при $p < 0,001$ соответственно. Толщина левой доли печени у мужчин с долихоморфным телосложением была 85,8 ± 17,9 мм при $p < 0,05$, с мезоморфным - 89,3 ± 13,37 мм при $p < 0,05$ и с брахиморфным - 82,5 ± 11,56 мм при $p < 0,05$. Толщина левой доли у женщин составила 87,4 ± 19,39 мм при $p < 0,05$, 85,7 ± 12,67 мм при $p < 0,05$ и 78,3 ± 9,68 мм при $p < 0,05$ соответственно. Вывод. Таким образом, установлено, что в группе мужчин во всех выделенных группах размеры печени были больше, чем у женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ХРОМАТОГРАФИИ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ

Муминова С.С. студентка 104 группы фармацевтического факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав. курс. доц.Содиков Н.О.)

Научный руководитель: ассистент Содиков М.Н.

Хроматография является методом разделения и анализа смесей веществ, а также изучения физико-химических свойств веществ. Основан на распределении веществ между двумя фазами - неподвижной (твёрдая фаза или жидкость, связанная на инертном носителе) и подвижной (газовая или жидкая фаза, элюент). Хроматографию упрощённо можно рассматривать как последовательность непрерывных ступеней уравновешивания, происходящих в ходе процесса разделения. В небольшой секции колонки («тарелке») устанавливается равновесие между количеством вещества в подвижной и неподвижной фазах, которое описывается константой распределения К, характерной для данного типа вещества. Далее та часть вещества,

которая находится в подвижной фазе, переносится с её потоком к следующей секции колонки. Здесь также происходит установление равновесия между фазами. Эта модель служит основой так называемой «теории тарелок». Однако следует помнить, что это упрощённое представление, т.к. оно исходит из того, что на каждой ступени достигается полное равновесие, что в реальности далеко не так из-за непрерывного движения подвижной фазы через колонку. Основное направление использования хроматографии в фармацевтическом анализе - это идентификация лекарственных веществ, количественное определение биологически активных компонентов в растительном сырье, в полупродуктах, в сложных лекарственных смесях. Хроматография служит для контроля производства лекарств, для изучения стабильности лекарственных форм, для выбора метода оценки стабильности их, а также для контроля качества препаратов. Кроме того, методом тонкослойной хроматографии можно определить витаминов в биологически-активных веществах и фармацевтических препаратах. Для анализа использовали драже «Ревит». Этот комплексный препарат содержит 4 витамина (витамины А, B_1, B_2 и С) и вспомогательные вещества. Две таблетки препарата истирали в ступке до порошкообразного состояния. Добавляли 2 мл смеси тетрахлорметан – эфир (4:1), затем 2 мл воды. Экстракцию проводили при энергичном встряхивании раствора. При этом жирорастворимый витамин (витамин А) экстрагировался в органическую фазу.

ИЗУЧЕНИЕ ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЛАВОНОИДА КВЕРЦЕТИНА

Мухаммаджонова М. студентка 302-группы лечебного факультета ТМА Межвузовская научно- исследовательская лаборатория

Кафедра Фармакология (зав.каф.- доцент Аллаева М.Ж)

Научные руководители: доценты Цеомашко Н.Е. и Рахманов А.Х, профессор. Хакимов З.З.

Актуальность: Повреждение слизистой оболочки является довольно широко распространённой патологией внутренних органов, особенно у больных систематически употребляющих нестероидные противовоспалительные средства. Современные гастропротекторы обладают рядом побочных эффектов и не всегда проявляют отчетливые клинические эффекты. Исходя из этого представляется актуальным поиск эффективных гастропротекторов. Есть данные о гастропротекторной, антиоксидантной, капилляро-протекторной, противовоспалительной и антигистаминной активности производных флавоноидов, в частности дигидрокверцетина (патент РФ 2014841, 1994). В этой связи интересно исследовать отечественный флавоноид кверцетин, выделенный из бутонов японской сафоры Saphora japonica в ФарМИ МЗ РУз на антиоксидантную и гастропротекторную активности. Материал и методы исследования: Для этого были созданы экспериментальная индометацин-индуцированная модель язвы желудка у крыс самцов с массой тела 155-180 г. Индометацин вводили внутрижелудочно в дозе 60 мг/кг, однократно. Опытной группе крыс до моделирования язв в течение 9 дней и за 2 часа до воспроизведения модели патологии вводили внутрижелудочно кверцетин в дозе 150 мг/кг. Животным в контроле вводили воду. За 24 часа до применение ульцерогена животных лишали пищи при свободном доступе к воде, так голодание вследствие активации анаэробного гликолиза способствует снижению уровня факторов защиты слизистой желудка. На 11 сутки эксперимента животных умерщвляли путём декапитации, аликвоты крови брали на определение количества МДА и активности каталазы. Результаты. В результате установлено, что флавоноид кверцетин обладает гастропротективными свойствами, так как на фоне приёма данного препарата у животных отмечалось проявление меньшего числа изъязвлений слизистых желудка, повышение активности каталазы и незначительное снижение количества МДА в сыворотке. Выводы. Таким образом, флавоноид кверцетин, выделенный из бутонов японской сафоры Saphora japonica в ФарМИ МЗ РУз. обладает гастропротективными свойствами и необходимо дальнейшее исследование в этом направлении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ, СПЕЦИФИКА, ОПТИМАЛЬНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

Мухаммедова Ф.Ф., студентка 315 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель исследования: Выяснить действие антибактериальных препаратов, устойчивость бактерий к антибиотикам, и найти оптимальные пути решения этой проблемы. Методы и материалы исследования: истории болезни детей и взрослых, пролеченных антибиотиками при различных инфекционных заболеваниях. Анализы бактериологических и вирусологических лабораторий. Результаты: Нерациональное использование антибактериальных средств уже привело к ситуации, когда пациенту жизненно необходимо лечение препаратами этой группы, а они оказываются неэффективными. В результате болезнь прогрессирует, иногда приводя даже к гибели пациента. Особенно это актуально для службы интенсивной терапии, если лекарство не действует, то возникает очень сложная ситуация и для пациента, и для врача. Бактерии уже научились защищаться и на первом месте стоит проблема очень высокого уровня устойчивости патогенных микроорганизмов в стационарах. Например, популяция метициллин-резистентных стафилококков превышает 54%. Популяция бактерий, продуцирующих фермент бета-лактамазу расширенного спектра действия, разрушающую соответствующие бета-лактамные антибиотики, превышает 60%. Метициллин-резистентный (устойчивый) стафилококк (MPCA, MRSA) – очень серьёзная проблема современной клинической медицины, так как распространённость этих микроорганизмов увеличивается во всём мире. На настоящий момент этот микроб является наиболее проблемным полирезистентным возбудителем в стационарах многих стран мира. Инфекции, вызываемые метициллин-устойчивым стафилококком, будь то пневмония или сепсис, имеют большое медицинское и социальное значение, поскольку сопровождаются более высокой длительностью заболевания, более высокой летальностью и требуют больших материальных затрат на лечение. Метициллин-резистентный стафилококк, помимо устойчивости к бета-лактамным антибиотикам (группы пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов и монобактамов), часто характеризуются устойчивостью к терапии другими классами антибактериальных препаратов, в частности аминогликозидами, макролидами, линкозамидами и фторхинолонамиБольше всего этих возбудителей в ожоговых отделениях – около 70%, несколько меньше в отделениях интенсивной терапии и в травматологии, ещё меньше в хирургии и терапии. В отделениях интенсивной терапии до 60% продуцентов, чаще всего это клебсиелла и кишечная палочка. Они разрушают все незащищённые цефалоспорины 3 и 4 поколения и часто возникают ассоциированная устойчивость к фторхинолонам и аминогликозидам. Разнообразные показания к применению лекарственного средства требуют множества клинических исследований: как влияет антибиотик на организм беременной, как на организм человека с сопутствующей, допустим, почечной патологией, как он влияет на детей и так далее. Это всё требует долгих исследований, времени и денег, что тормозит процесс создания новых эффективных препаратов. Выводы: Есть плохие микробы – нет хороших лекарств. Это порождает, в принципе, катастрофу: «bad bugs – no drugs». Это рассматривается как надвигающаяся глобальная катастрофа и надо отдать должное обществу инфекционистов, которые проявили инициативу и вместе с рабочими группами из ЕС стали разрабатывать международную инициативу «10x20». То есть разработать 10 новых антибиотиков к 2020 г.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Назарова Г.Х. ассистент кафедры медицинской биологии и генетики СамМИ

Кафедра медицинской биологии и генетики (зав.каф.- б.ф.н. Махмудова Х.И.)

Научный руководитель: ассистент Назарова Ф.Ш.

Внутриутробная инфекция обусловлена высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка (30%). Ведение беременных в I триместре включает следующие мероприятия: Обследование на наличие инфекционных заболеваний: мазок на флору, ПЦР- диагностика хламидиоза, гонореи, трихомониаза, инфекции ВПГ и ЦМВ, серологические обследование на ВИЧ- инфекцию, наличие HBsAgи вируса гепатита С, определение содержания IgMи IgG в крови к ВПГ и ЦМВ, краснуха, токсоплазма; обследование партнера на ВИЧ- инфекции, наличие HBsAgи вируса гепатита С, определение содержание IgMиIgG в крови к ВПГ и ЦМВ с целью определения дискордантных пар; при носительства HBsAgи вируса гепатита С показаны обследование на все маркеры вирусных гепатитов и исследование функций печени; в случае развитие острой инфекции ВПГ и ЦМВ вI триместре показано прерывание беременности, в случае реактивации инфекции ВПГ назначают противовирусное лечение. При выявлении урогенитального хламидиоза, гонореи, трихомониаза лечение следует проводить во IIтриместр, а при

выявлении кандидоз, бактериального вагиноза необходимо коррекция микробиоценоза влагалища; при заболевании краснухой и острым токсоплазмозом рекомендовано прерывания беременности. Во II и III триместре в комплексное обследование и лечение беременной должны быть включены следующие мероприятия: a) мазок на флору, ПЦР- диагностика хламидиоза, гонореи, трихомоноза, инфекции ВПГ и ЦМВ, серологические обследование на ВИЧ- инфекцию, наличие HBsAgи вируса гепатита С, определение содержания IgMи IgG в крови к ВПГ и ЦМВ, краснухе, токсоплазме; b) при носительстве HBsAg и вируса гепатита С показаны обследование на все маркеры вирусных гепатитов и исследование функций печени; c) в случае острой инфекции, ВПГ, ЦМВ, вирусом varicella- zosterвозможно применение ацикловира. С 20 недель применяют свечи интерфероном α- 2;d) В случае генитального герпеса за 2- 3недельдо предполагаемых родов проводят супрессивную терапию ацикловиром; в случае диагностики урогенитального хламидиоза, гонореи назначают терапию макролидами, при обнаружении кандидоза или бактериального вагиноза необходима коррекция микробиоценоза влагалища; e) при заболевании краснухой на сроке 16 недель беременности предлагают прерывание беременности; f) при заболевании острым токсоплазмозом назначают курсы соответствующей терапии вплоть до родоразрешения; g) начиная с 14- 16 недель следует проводить курсы профилактики ПН. При выявлении возбудителей урогенитальной инфекции во II иIII триместре назначают соответствующее лечение. При некоторых инфекционных болезнях решают вопрос о прерывании беременности в связи с высоким риском рождения больного ребенка. К абсолютным показаниям для прерывания беременности при подтверждённом инфицировании беременной относят краснуху на сроке до 16 недель беременности, развитие у беременной тяжелых форм хронического активного гепатита или цирроза печени при гепатитах В и С, тяжёлых отёчных форм ГБН при инфекции парвовирусом В19 тяжёлых форм пневмонии, вызванных вирусом varicella- zoster. Относительным показаниями для прерывание беременности считают первичный генитальный герпес, первичную инфекцию ЦМВ, острый токсоплазмоз на ранних сроках беременности, ВИЧ- инфекцию, ветрянную оспу в первые 20 недель беременности.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННУЮ И ВРОЖДЁННУЮ ПАТОЛОГИЮ

Назарова Г.Х. ассистент кафедры медицинской биологии и генетики

Кафедра медицинская биология и генетика (зав. каф.- к.б.н. Махмудова Х.И.)

Научный руководитель: к.б.н. Махмудова Х.И.

Врождённые пороки развития (ВПР) считают важнейшей медицинской и социальной проблемой, поскольку они занимают ведущее место в структуре причин перинатальной, неонатальной и младенческой заболеваемости, смертности и инвалидности. Согласно ВОЗ, ВПР отмечают у 4- 6% детей. Частота рождения детей с ВПР зависит от внешних средовых и мультифакториальных факторов, развития общества и его возможностей профилактики и пренатальной диагностики ВПР. Очень важно проводить эти мероприятия среди всего населения репродуктивного возраста. Периоды внутриутробного развития плода: 1) Герминального или собственно зародышевый - начинается с момента оплодотворения яйцеклетки и заканчивается имплантацией образованной бластоцисты в слизистую оболочку матки (1 сутки). 2) Период имплантации (2 сутка) при действии тератогенных факторов во время этого периода наступает смерть эмбриона. 3) Эмбриональной период (5- 6 недель). Во время этого периода питания зародыша происходит из желточного пузырька. Проходит закладка почти всех органов и систем. 4) Неофетальный (эмбриофетальной) период (7 недель). Во время этого периода формируется плацента, совпадает с окончанием формирования большинства внутренних органов (кроме ЦНС и эндокринной системы). 5) Фетальный период (от 9 недели до рождения). В зависимости от действия вредных факторов в период беременности ВПР подразделяют на следующие типы: Гаметопатии или мутации в половых клетках родителей, в том числе возрастные, которые проявляются наследственными синдромами и заболеваниями. Бластопатии возникают в первые 15 сутки после оплодотворения яйцеклетки и проявляются двойниковыми пороками, сиреномиелиями. Эмбриопатии представлены в виде всех пороков, которые возникают в период от 16 сутки до 8 недель беременности. Фетопатии развиваются в период развития плода от 9 недель до конца беременности в виде дистопий и гипоплазии органов. Неонатальный скрининг предполагает массовое обследование новорождённых на врождённые и наследственные заболевания. В мировой практике проводят скрининг 8- 12 заболеваний. В родильных стационарах путём пункции пятки новорождённого осуществляют забор крови для диагностики врождённого гипотиреоза и фенилкетонурии. В 2006г. скрининговая программа была дополнена исследованиями для выявления ВГКН, галактоземии и муковисцидоза. Важно определить место пункции кожи на пятке новорождённого для заборе крови при проведении неонатального скрининга. Место пункции располагается медиальные линии, проведённой от I пальца до пятки или латеральные от линии, проведённой от границы между IV и V пальцами до пятки. Необходимо согреть предполагаемое место пункции тёплой водой в течение 3- 5мин, протереть место предполагаемой пункции тампоном, смоченным этиловым спиртом. Высокие затраты на лечение, уход и реабилитацию детей с ВПР обусловливают необходимость разработки и совершенствования методов контроля, диагностики и профилактики ВПР у детей.

МОРФОЛОГИЯ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Неганова О.А., заочный аспирант кафедры анатомии человека ФГБОУ ВО ИГМА (зав. кафедрой – профессор, д.б.н. Растегаева Л.И.)

Научный руководитель профессор, д.б.н. Сергеев В.Г.

Цель работы: изучение динамики морфологических изменений околоушных слюнных желез в постнатальном онтогенезе у человека. Материалы и методы исследования: Околоушные железы человека в постнатальном онтогенезе (возрастные группы: 8-12 лет, 15-19 лет, 20-28 лет, 36-45 лет; по 5-10 образцов на каждый возрастной период). Изготавливали гистологические препараты в общей окраске гематоксилином-эозином и по Маллори. Анализировали соотношение соединительно-тканных структур и паренхимы желез. Проводили морфометрические измерения диаметра, высоты эпителия концевых отделов, вставочных и исчерченных выводных протоков, а также площади эпителиоцитов и их ядер (для подсчета ядерно-цитоплазматического отношения). Результаты: В исследуемый промежуток онтогенеза наблюдали существенные изменения в морфологии желез. Основные наблюдаемые тенденции – развитие стромальных и паренхиматозных элементов до юношеского периода (15-19 лет). Это проявлялось в увеличении объема соединительной ткани, увеличении и стабилизации размеров секреторных отделов, исчезновении слизистых концевых отделов, увеличении размеров гландулоцитов и относительном уменьшении их ядерно-цитоплазматического отношения. В период зрелости (36-45 лет) наблюдались первые признаки дистрофических изменений: уменьшение диаметра концевых отделов за счет снижения размеров секреторных клеток. Достоверно уменьшался и объем цитоплазмы и размеры ядер сероцитов, хотя ядерно – цитоплазматическое отношение сохранялся на том же уровне. Клетки характеризовались более светлой цитоплазмой и темными ядрами с глыбками хроматина. Также в указанный возрастной период наблюдали относительное увеличение элементов стромы, утолщение пучков коллагеновых волокон в ней. Выводы: Активное развитие околоушных слюнных желез происходит у человека до юношеского периода. Первые морфологические признаки снижения функциональной активности наблюдаются в период зрелости.

ИЗМЕНЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИГОР

Ниёзов Н.К., студент 1 го курса магистратуры по направлению «Морфология» ТМА

Кафедра анатомии, клинической анатомии (зав.каф. - проф. Усманов Р.Ж.)

Научный руководитель - к.м.н. Хожаназарова С.Ж.

Одним из факторов патологии женских половых органов является неблагоприятные воздействие ядохимикатов, которые используются в сельском хозяйстве. Яичник является центральным органом женской половой системы. Все изложенные позволяют заключить, что изучение макромикроструктурных аспектов яичника у крыс в норме, и при интоксикации острой и хронической токсической воздействии пестицидов на организм, является актуальной проблемой имеющей как научно фундаментальное, так и прикладное значение. Цель исследования: определить характер морфологических изменений яичников крысы при воздействии пестицида Вигора. Материал и методы исследования: Объектом исследования являлись яичники, взятие из 25 крыс. Все животные были разделены на 2 группы. В первую группу включены, 10 интактных крыс-самки. Во второй группе - 15 крыс,

которым в течение одного месяца внутрижелудочно введен пестицид Вигор в дозе 1/50 LD_{50}. Животных всех групп забивали утром, натощак под эфирным наркозом в сроки 3, 7, 15,30 после окончания введения пестицид Вигор. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилин - эозином и Ван-Гизон. Анализы полученных данных показали что, что после 7 суток перорального воздействия пестицида Вигор на организм самок белых крыс клетки однослойного эпителия, покрывающего яичник крысы снаружи, имеют более удлиненную форму. Белочная оболочка яичника крысы обладает более плотной структурой. Отмечается увеличение объема мозгового вещества яичника крысы по отношению к корковом. Примордиальные фолликулы в корковом веществе яичника крысы располагаются преимущественно одиночно. Обращает на себя внимание высокое содержание атретических фолликулов. Атрезии чаще подвергались вторичные растущие фолликулы, реже третичные фолликулы. Среди более зрелых форм фолликулов, часто встречаются фолликулы овальной и неправильной формы. На 14 день эксперимента в мозговом веществе яичника крысы по сравнение с контрольной группой обнаружены более крупные сосуды, это свидетельствует об усилении их кровоснабжения. Морфометрические исследования полученных данных показывает, что в опытной группе животных, по сравнению с контролем, происходит уменьшение толщины наружного однослойного эпителия. Количественный анализ фолликулярного аппарата яичников самок белых крыс показал, что в опытной группе животных, по сравнению с контролем, происходит снижение количества примордиальных, первичных, вторичных, третичных фолликулов и менструальных желтых тел соответственно на 15,12% ($P \leq 0,05$), 18,73% ($P \leq 0,05$), 44,32% ($P \leq 0,05$), 49,43% ($P \leq 0,05$) и 45,30% ($P \leq 0,05$). В тоже время наблюдалось увеличение количества атретических фолликулов на 66,23%($P \leq 0,05$). Таким образом, анализ результатов проведенных исследований позволяет сделать вывод о том, что у самок белых крыс при воздействии Вигор отмечается морфологическая перестройка коркового и мозгового вещества яичника. Имеет место нарушение процесса фолликулогенеза, проявляющегося в снижении суммарного содержания фолликулов, изменением фолликулярного состава яичников и образования менструальных жёлтых тел. Мозговое вещество яичников крысы содержит более крупные кровеносные сосуды, что свидетельствует об усилении их кровоснабжения при интоксикации.

ТОКСОПЛАЗМА - ПАРАЗИТ, МАНИПУЛИРУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Норбекова Н.К. студентка 105 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра медицинская биология и генетика (доцент кафедры к.б.н. Мухитдинов Ш.М.)

Научный руководитель: к.б.н. Назарова. Ф.Ш.

Цель работы: Выявить причины заражения токсоплазмой. Материал и методы использования: Чтобы завершить свой сложный жизненный цикл и попасть в конечного носителя, паразиты умело манипулируют поведением своих промежуточных хозяев. Недавно было показано, что широко распространенный в человеческой популяции паразит "Toxoplasma gondii" влияет на поведение не только конкретного человека, на котором он паразитирует, но и определяет особенности культуры целой нации, в той или иной степени зараженной этим паразитом. Наибольший вред токсоплазма может принести эмбриону, если мать заразилась в первом или втором триместре беременности. При таком врожденном токсоплазмозе увеличивается вероятность поражения токсоплазмой центральной нервной системы, глаз и других внутренних органов, что может даже привести к внутриутробной гибели плода. Помимо чисто физического вреда, наносимого токсоплазмой при инцистировании в тканях организма, существует и другой вред, определяемый взаимодействием паразита с иммунной системой организма-хозяина. Например, при инцистировании в головном мозге, токсоплазма вызывает локальный иммунный ответ хозяйского организма, в результате которого увеличивается уровень дофамина - нейромодулятора, влияющего на активность некоторых отделов лимбической системы - отдела головного мозга, отвечающего за эмоциональный настрой. Таким образом, потенциальное влияние токсоплазмы на поведение человека, скорее всего, обусловлено специфическим ответом нашей иммунной системы - а именно, увеличенным синтезом дофамина. Интересно отметить, что паразит по-разному влияет на женщин и мужчин. Однако оба зараженных пола, предрасположены к повышенному чувств вины, неуверенности и беспокойству. Вот именно эти изменения в эмоциональном настрое «жертвы» могут быть эволюционным механизмом выживания токсоплазмы, ведь проблемы с эмоциональной регуляцией понижают способность к четкому и логичному мышлению, мешают бороться со стрессом и принимать правильные решения. Результаты: Поедание сырого мяса – самый простой способ подхватить этого паразита. Другие способы включают несоблюдение правил гигиены при работе с кошачьим лотком. В среднем в мире около 30% людей заражены токсоплазмой, причем в некоторых странах заражено до 80% населения. Кроме того токсоплазма может проникать в мозг. Среди инфекционных заболеваний, вызываемых простейшими микроорганизмами, токсоплазмоз - одно из самых распространённых и наиболее опасных для будущих матерей. Так, как приблизительно один младенец из тысячи заражён токсоплазмозом. Выводы: Токсоплазмоз, может протекать совершенно незаметно и вызывать неприятные осложнения во время беременности. А может вызывать тяжелые нарушения зрения или судорожные припадки, может попасть непосредственно в кровь человека через поврежденную кожу или передаваться кровососущими насекомыми. В результате врождённого токсоплазмоза плод либо погибает в результате возникновения уродств, несовместимых с жизнью, либо рождается с симптомами острого врождённого токсоплазмоза - интоксикацией, лихорадкой, желтушностью, поражениями печени, селезёнки, лимфатических узлов и центральной нервной системы (энцефаломиелит). Но токсоплазмоз может поражать плод только один раз, все последующие беременности будут надежно защищены образовавшимися у матери антителами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕЩЕСТВА НА ОСНОВЕ ФИБРОИНА ШЕЛКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Норов М.А. студент 1-курса 2-педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель: д.б.н., профессор Юлдашев Н.М.

Актуальность. Гиперхолестеринемии (ГХС) являются основными факторами риска сердечно - сосудистых патологий. Среди разных способов их лечения особую важность имеют сорбенты, обладающие большой тропностью как самому холестерину (ХС), так и желчным кислотам. Цель. Исследование гипохолестеринемического действия вещества БС-1 (биологический сорбент-1), выделенный из отходов шёлкового производства - вещества белковой природы (фибриллярный белок) в устранении нарушений липидного обмена при экспериментальной ГХС у крыс. Материал и методы. Исследования проведены на 40 белых крысах-самцах массой 200-250г. Экспериментальную ГХС у 15 крыс вызвали ежедневным введением перорально 2 мл смеси спиртового и масляного растворов витамина $Д_2$ из расчёта 80000 ЕД/100 г и ХС в дозе 200 мг/кг, дополнительно к обычному лабораторному рациону, в течении 6 дней. 15 крысам перорально вводили БС-1 одновременно с ХС и витамином $Д_2$ в дозе 0,5 г/кг. Параллельно изучали липидные показатели у 10 интактных крыс. Животных, находящихся под эфирным наркозом, декапитировали на 7-е сутки опыта. В сыворотке крови и ткани печени определяли содержание ХС, общих липидов (ОЛ), триглицеридов (ТГ) и фосфолипидов (ФЛ), в аорте определяли содержание ХС и ФЛ с помощью тест - наборов. Цифровые данные обрабатывали статистически с применением критерия t-Стьюдента. Результаты. ГХС приводила к повышению содержания ОЛ и ХС в плазме крови на 228 и 205% соответственно по сравнению с нормой. Содержание ФЛ оставалось на уровне нормы. Содержание ТГ составило всего 29,6% нормы. При введении крысам БС-1 содержания ОЛ и ХС снизились на 28,3 и 28,8% соответственно по сравнению с контрольными значениями. Энтеросорбция в течение 6 дней способствовала повышению содержания ФЛ на 53,4 и 45,9% по сравнению с интактным и контрольным значением соответственно. Наблюдали также повышения уровня ТГ у леченных крыс на 68,7% по сравнению с контролем. При ГХС в печёночной ткани содержания ОЛ и ХС оказались выше на 167,5 и 405% по сравнению с нормой. У животных, получавших БС-1 содержания ОЛ и ХС в печёночной ткани статистически значимо снизились на 29 и 52,5% соответственно по сравнению с контролем. Содержание ТГ и ФЛ после энтеросорбции стало ниже даже по сравнению с исходным значением на 7 и 10% соответственно. При ГХС уровень ХС в аорте повысился на 96,5% от нормы. В содержании ФЛ также наблюдали повышение на 55,5% по сравнению с нормой. У животных, получавших БС-1 содержание ХС и ФЛ в аорте, было снижено на 25,2 и 14,8% соответственно по сравнению с контролем. Заключение. Результаты исследований показали наличие гипохолестеринемического действия вещества БС-1, что позволит рекомендовать его в качестве энтеросорбента для снижения уровня ХС при ГХС и атеросклерозе.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛОЧНО-КИСЛЫХ ПРОДУКТОВ ИЗ КОЗЬЕГО МОЛОКА ПРИ ПИТАНИИ ДЕТЕЙ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ

Нурбаева И., СамМИ лечебный факультет 109-группа

Кафедра медицинской биологии и генетики,

Научный руководитель: к.б.н. Махмудова Х.И.

Многие исследователи определили, что существуют факты коренного отличия технологических свойств козьего молока от коровьего молока. Ассортименты диетических молочно-кислых продуктов предназначенных для потребителей разных возрастных категориях постоянно расширяются в зависимости от интереса к безопасного и здорового питания населения, а также детей школьного и дошкольного возраста. В последнее время у выше указанных потребителей в организме содержатся аллергические реакции и нарушения в пищеварении, увеличенное содержание силовой кислоты которая входит в структуры иммунного барьера организма. Холестерин козьего молоко очень полезный для деятельности головного мозга и он формирует головной мозг и поддерживает нервную систему. Полагаясь на выше указанных, использование козье молоко в получении диетических, целебных молочно-кислых продуктов в будущем будет считаться лечебным, экономическим дающим высокую прибыл направлением. Высокая температура не только вызывает дезактивное состояние патогенную микрофлору и энзимных веществ, но и приводит к денатурации белков. Это обеспечивает образования однородной и однотипной мягкой массы чтобы иметь необходимую вязкость которая необходима в производстве кефира, простокваши и йогурта требуется чтобы в составе молока было 10-11% СОМО. После добавления закваски в молоко его осторожна начинают смешивать. При быстром смешивании происходит выделения сыворотки, в итого можно получить не простоквашу а творожную массу Молочно – кислые продукты – это средства питания с целебными свойствами. Если молоко час усваивается на 32%, то молочнокислые продукты за это время усваиваются полностью. Молочно-кислые бактерии расщепляют длинную цепь молочных белков на пептиды и аминокислоты, а они легко усваиваются и мало содержат аллергенов. Лактобактерии выработают фермент лактозу, которая легко усваивает молочный сахар. Кислотная среда обеспечивает легко и полностью всасывания кальция, железа и витамина Д. Молочная кислота которая образуется во время окисления молочна является хорошим антисептиком из за уничтожения им микробов гниения в кишечнике, из-за активности молочко-кислых бактерий за счёт протеолизма казеина происходит накопления аминокислот и пептидов.Во время этого процесса активность молочно-кислых палочек относительно высокая чем у кокков в кишечнике. Значение молочно-кислых продуктов в том что они нормализуют кишечный биоценоз стимулируют иммунные реакции, бактерицидное воздействие молочной кислоты и синтез антибактерицидных веществ. В связи с высокой питательной и физиологической ценности молочно-кислых продуктов, они рекомендуются как ценный лечебный продукт здоровым детям с первых дней жизни и детям больными кишечными заболеваниями, пищевой аллергией, болезнью связанной нехваткой лактозы. В институте питания медицинской академии наук России были проведены клинические исследования по влиянию разных молочно-кислых продуктов (кефир, простокваша, ряженка и др) на микрофлору кишечника детей на ранних стадиях их развития. Эти исследования дали возможность сделать два основных вывода: Во первых, распространение дисбиоза кишечника серьёзно у детей практически здоровых, а также детей которых кормят только грудным молоком; Во вторых, молочно-кислые продукты серьёзно влияют на микрофлору кишечников. Молочно-кислые продукты кефир, простокваша, ряженка останется целебным продуктом созданным традиционно местным населением.

РАСЧЁТ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Одилова Ш. студентка 115 группы педиатрического факультета СамМИ

Курс медицинской и биологической физики (зав.курс к.ф.-м.н., доц. Содиков Н.О.)

Научный руководитель: доц. Содиков Н.О.

Наличие электрических явлений в сердечной мышце впервые обнаружили два немецких ученых: Р.Келликер и И.Мюллер в 1856 г. В 1873 английский физиолог А.Уоллер впервые получил запись электрической активности миокарда человека. Он впервые сформулировал основные положения электрофизиологических понятий ЭКГ, предположив, что сердце является диполем. Первым, кто вывел ЭКГ из стен лабораторий во врачебную практику, был голландский физиолог Виллем Эйнтховен. После 7 лет упорного труда, он создал первый электрокардиограф, правда он был очень громоздким сооружением и весил около 270 кг. Его обслуживанием было занято 5 сотрудников. Однако, результаты, полученные Эйтховеном, были революционными. Впервые в руках врача оказался прибор, который так много говорит о состоянии сердца. Схема размещения электродов на руках и ногах предложенная Эйтховеном, используется и по сей день. В 1924 ему была присвоена Нобелевская премия. Запись электрических потенциалов в сердце называется электрокардиограммой (ЭКГ). На кривой записи ЭКГ различают зубцы, сегменты и интервалы. Зубцы – это отклонения от изоэлектрической линии, они могут быть положительными и отрицательными. Различают 5 зубцов: P, Q, R, S, T. Зубец R всегда положителен, зубцы Q и S – отрицательны, зубцы P и T чаще положительны, но могут быть и отрицательными при патологии. Зубец P отражает возбуждение предсердий, комплекс QRS – охват возбуждением желудочков, зубец T – процесс реполяризации желудочков. Сегменты – это временные отрезки изоэлектрической линии между зубцами. Например, сегмент PQ – отражает время проведения ПД от предсердий до желудочков.Интервалы – это временные элементы ЭКГ, включающие в себя сегмент и ширину зубца. 1. Определить источник возбуждения. Для определения источника возбуждения (водителя ритма) сердца надо проследить в стандартных отведениях за последовательностью положительных предсердных зубцов P, желудочковых комплексов QRST и продолжительностью интервалов P- Q. В норме электрический импульс возникает в синоатриальном узле и на ЭКГ во II стандартном отведении регистрируются положительные зубцы P перед каждым комплексом QRST. При этом говорят о синусовом ритме. 2. Определить правильность сердечного ритма. Для определения ритмичности генерации импульсов возбуждения водителем ритма нужно определить продолжительность нескольких последовательных интервалов R-R и сравнить их между собой. В норме отмечается незначительное колебание их продолжительности в пределах 0,1 с, что говорит о правильном ритме. 3. Установить частоту сердечного ритма. Для этого необходимо 60 секунд разделить на продолжительность интервала R-R в секундах. 4. Определить вольтаж электрокардиограммы. Для этого необходимо определить амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. Если амплитуда зубца R превышает 5 мм, или сумма трех зубцов R больше 15 мм, тогда вольтаж ЭКГ сохранен. 5. Установить направление электрической оси во фронтальной плоскости. 6. Анализ отдельных элементов ЭКГ. 7. По формуле Баззета интервал QT определяется произведением коэффициента K (для мужчин, для женщин и для детей зависимости частоты сокращения сердца) корень квадратный время кардиоцикла. 8. Кардиоцикл определяется отношением длины ленты на одну кардиоцикл скорость движения ленты. 9. Биопотенциалы зубцов P, R, T определяется отношением высоты зубцов на чувствительность пера или калибровки при ЭКГ=10 мм/мВ.

ВЕТРЯННАЯ ОСПА

Очилова М.Ш., студентка 212 группы педиатрического факультета,

Бакиров А.А., студент 326 группы медико-профилактического факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель работы: Изучить степень распространения ветряной оспы среди населения и определить закономерности сезонность развития болезни. Сравнить течение болезни у взрослых и детей. Материалы и методы исследования: истории болезней пациентов клиник, анализы бактериологических и вирусологических лабораторий. Результаты: было исследовано 18 историй болезни с ветряной оспой у детей -13 человек и 6 взрослых. Ветряная оспа или ветрянка – острое вирусное заболевание с воздушно-капельным путём передачи. Вирус ветрянки является причиной двух клинически несходных заболеваний: ветряной оспы, возникающей преимущественно в детском возрасте, и опоясывающего герпеса (опоясывающий лишай), клинические проявления которого наблюдаются, как правило, у людей зрелого возраста. Заболевают в основном дети в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Вирус проникает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей и внедряется в эпителиальные клетки слизистой оболочки. Затем вирус

проникает в кровь и фиксируется в коже, вызывая в её поверхностном слое патологический процесс: ограниченное расширение капилляров (пятно), серозный отёк (папула), отслоение эпидермиса (везикула). После болезни возникает стойкий иммунитет. У взрослых возбудитель может персистировать в организме; в результате различных провоцирующих факторов он активируется и вызывает локальные кожные высыпания - опоясывающий лишай. В течение ветряной оспы выделяют следующие периоды: инкубационный, продромальный период, периоды высыпания и образования корочек. Инкубационный период для больных в возрасте от 30 лет составляет 11-21 день, до 30 лет 13-17 дней. У взрослых продромальные явления проявляются чаще и протекают тяжелее (головная боль, пояснично-крестцовые боли, лихорадка). Период высыпания у большинства детей протекает без особых нарушений общего состояния, лихорадочное состояние совпадает с периодом массового появления сыпи, высыпания появляются толчкообразно, поэтому лихорадка может носить волнообразный характер. У взрослых высыпание часто бывает массивным, сопровождается повышением температуры тела, общетоксическими явлениями, сильным зудом. Лечение проводится как в амбулаторных условиях (легкая форма), так и в условиях стационара (при наличии осложнений). При выборе методики лечения учитываются следующие факторы: клиническая картина, степень проявления симптомов, наличие осложнений, возраст, другие имеющиеся заболевания у больного. Местное лечение в местах поражения предусматривает обработку кожи и слизистых оболочек дезинфицирующим раствором для профилактики бактериальных заражений (раствор Кастеллани, генциановый фиолетовый, метиленовый синий, раствор марганцово-кислого калия). Бриллиантовый зеленый не является обязательным лечением. Для подсушивания везикул используют синтетические танины, для смягчения и заживления кожи - наружные средства с аллантоином, декспантенолом. При среднетяжелых и тяжелых формах заболевания назначают нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы, например, ацикловир. Выводы: Прогноз при ветряной оспе обычно благоприятный. Рекомендуется не срывать корочки во избежание остаточных следов. Методом специфической профилактики является вакцинация. В некоторых странах, например США вакцинация против ветряной оспы с использованием вакцины «Варивакс» проводится с 1995 г., вакцина включена в схему национального прививочного календаря. Вакцина против ветряной оспы включена в национальный прививочный календарь Австралии, Австрии, рекомендации постоянного комитета по вакцинации Германии, прививочные календари большинства канадских провинций. Врачи констатируют, что для детей безопаснее получить вакцину, которая содержит ослабленную форму вируса, а не заболевание, которое может быть фатальным.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Охотникова Д.А., Сысуева М.В. студентки 322 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра патологической анатомии (зав. каф. – д.м.н., профессор Кирьянов Н.А.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Баженов Е.Л.

Цель работы: Провести анализ протоколов аутопсий больных с психическими заболеваниями, вскрытых в отделении взрослой патологии БУЗ "Республиканское патологоанатомическое бюро" МЗ УР г. Ижевска в период с 2015 по 2018 года с целью выявления причины их смерти. Материал и методы исследования: За данный период количество наблюдений составило 107. Был проведен анализ протоколов вскрытий в отделении взрослой патологии БУЗ "Республиканское патологоанатомическое бюро" МЗ УР умерших с психическими заболеваниями за период с 2015 по 2018 год, выкопировка данных и статистическая обработка с применением стандартного пакета программ Microsoft Excel. Результаты: За эти годы было произведено 4617 аутопсий. Из этого числа на долю больных психиатрического профиля пришлось 2,32% (107 наблюдений), среди которых 52 мужчины и 55 женщин. По возрасту умершие распределились следующим образом – до 40 лет – 10 (9,3%), от 41 до 60 лет – 16 (15%), от 60 до 74 лет – 33 (30,8%), от 75 до 89 лет – 45 (42,1%), от 90 лет – 3 (2,8%). Самой распространенной психической патологией является деменция сосудистая (43,9%) и в меньшей степени смешанного генеза (28%). В 5,6% случаев встречается органическое расстройство личности, в 4,7% – шизофрения, в 3,7% – умственная отсталость, в 1,8% – биполярное аффективное расстройство, также единичные случаи других видов деменций (в связи с эпилепсией, сенильные, с выраженным расстройством корковых функций). У лиц, умерших до 40 лет, в клинических диагнозах преобладает умственная отсталость, помимо этого встречаются деменция смешанного генеза и в меньшей степени органическое расстройство личности. Больные среднего возраста чаще страдают деменцией смешанного генеза и шизофренией, пожилые – сосудистой деменцией, деменцией смешанного генеза, в большинстве случаев сочетающейся с болезнью Альцгеймера. Среди умерших от 75 до 89 лет большой процент приходится на сосудистую деменцию, деменции смешанного генеза в 2,6 раза меньше. У долгожителей встречается только сосудистая деменция. Непосредственной причиной смерти психически больных за период с 2015 по 2018 год в 30,8% случаев является ХСН, в 27,1% - сердечно-легочная недостаточность, в 16,8% - отек и дислокация ГМ, в 9,3% - ОСН, в 6,6% - альвеолярный отек легких, в 4,7%-полиорганная недостаточность. Встречаются единичные случаи смерти пневмонии, перитонита, острой постгеморрагической анемии, ТЭЛА. Причиной смерти лиц до 40 лет, в основном является ОСН, которая развилась после перенесенного инфаркта, острой коронарной недостаточности и алкогольной кардиомиопатии. Смерть больных среднего и пожилого возрастов практически в равной степени вызывают: 1) отёк и дислокация головного мозга, обусловленные инфарктом мозга или алкогольной энцефалопатией; 2) ХСН, вследствие ИБС, АГ, диффузного мелкоочагового и постинфарктного кардиосклероза; 3) сердечно-легочная недостаточность, в основе ее формирования лежит ХИБС, ХОБЛ и нередко сопутствующая ей стойкая легочная гипертензия. Во всех перечисленных выше возрастных группах встречается полиорганная недостаточность, возникшая при ВИЧ-инфекции и раках отдельных органов. В возрасте от 75 до 89 лет смерть наступает в результате ХСН и сердечно-легочной недостаточности, а долгожители умирают от ХСН. Выводы: Проведенные исследования показали, что количество умерших с психическими заболеваниями за 2015-2018 гг. в УР составляет 2,32%. Психиатрическая патология в равной степени распространена среди женщин и мужчин разных возрастных категорий. Преобладающими причинами смерти явились хроническая сердечная недостаточность, сердечно-легочная недостаточность, отек и дислокация ГМ.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ПОТОМСТВА, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ В СОСТОЯНИИ ГИПОТЕРИОЗА

Ортиков К.К., Нажмиддинова Н.Н студент 1 го курса магистратуры по направлению «Морфология» ТМА

Кафедра анатомии, клинической анатомии (зав.каф. - проф. Усманов Р.Ж.)

Научный руководитель – д.м.н. Ахмедова С.М.

Воспроизведена экспериментальная модель гипотиреоза по общеизвестной методике. Крысам после рождения давали мерказолил в дозе 8=-60,5 мг на 100 г массы тела в течение 30 суток, далее в течение 90 суток давали поддерживающую дозу мерказолила из расчета 0,25 мг на 100 мг. Для гистологического исследования брали щитовидную железу, фиксировали их в 10%-ном нейтральном формалине в течение 10 суток, после чего промывали в проточной воде, проводили через спирты возрастающей крепости, заливали в парафин и готовили среды толщиной 5-6 микрон. Полученные срезы окрашивали гематоксилином и эозином. В результате исследований установлено, что паренхима щитовидной железы лабораторной крысы, представлена тиреоцитами кубической формы, которые формируют стенку для каждого фолликула. Ядра тироидного эпителия округлой формы и расположены в центре клеток. Щитовидная железа после рождения окружена тонкой соединительнотканной капсулой и состоит из одной дольки. Паренхима щитовидной железы состоит из сформированных фолликулов различных размеров. В щитовидной железе преобладают мелкие фолликулы, средние и крупные встречаются редко. По периферии железы фолликулы крупные. При микроскопическом исследовании щитовидной железы у интактной группы крыс отмечалось типичное фолликулярное строение, видны соединительнотканные перегородки, отделяющие дольки друг от друга. Фолликулы представлены округлой или слегка овальной формы с четкими контурами. Коллоид окрашен в бледно-розовый цвет. Клетки фолликулярного эпителия в основном кубической формы, ядра преимущественно расположены у базальной мембраны тиреоцитов. На гистологических срезах щитовидной железы экспериментальной группы животных, рожденных от матерей в состоянии гипотиреоза, наблюдается картина, присущая йодной недостаточности. Вследствие развития гипофункции щитовидной железы усиливается тиреотропная функция гипофиза, под влиянием избытка ТТГ тиреоциты приходят в состояние функциональной активности. Также отмечается наличие фолликулов с фестончатыми краями с высоким фолликулярным эпителием и незначительным количеством коллоида. Средняя высота тироцита увеличилась на 48%, площадь тироцита увеличилась в 4,6 раза,

при этом средний диаметр фолликула уменьшился на 26%, площадь коллоида – на 24% по сравнению с показателями интактной группы. Установлено увеличение числа митозов в ядрах тироцитов. Митозы в основном происходят в клетках экстрафолликулярных островков, которые, как известно, служат резервом для роста тироидной ткани. Митотический индекс увеличился в 4,8 раза по сравнению с интактной группой, что свидетельствует об усиленной пролиферации тироцитов. Так, суммарный объем фолликулярного эпителия возрос за счет экстрафолликулярных тироидных клеток. В результате исследований установлено, что в состояние гипотериоза у матерей, у потомства отмечали выраженные изменения не только зонального, но и клеточного состава тимуса во всех его структурно-функциональных зонах. В первые часы после рождения снижалась плотность клеточных элементов, особенно во внутреннем слое коркового вещества. Основной вклад в эти изменения вносило уменьшение численности лимфоидных клеток, и в первую очередь в коре снижалось количество зрелых лимфоцитов. Таким образом, анализ данных показывает, что у потомства рожденных от матерей в состоянии гипотиреоза наблюдается дисбаланс между процессами пролиферации и апоптоза в виде усиления апоптоза при подавлении пролиферации клеток органа.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ГИПОТЕРИОЗЕ

Ортиков О.С., студент 1 го курса магистратуры по направлению «Морфология» ТМА

Кафедра анатомии, клинической анатомии (зав.каф. - проф. Усманов Р.Ж.)

Научный руководитель - д.м.н., проф.Усмонов Р.Ж.

Воспроизведена экспериментальная модель гипотиреоза по общеизвестной методике. Крысам после рождения давали мерказолил в дозе 0,5 мг на 100 г массы тела в течение 30 суток, далее в течение 90 суток давали поддерживающую дозу мерказолила из расчета 0,25 мг на 100 мг. Для гистологического исследования брали кусочки печени, гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Результаты исследование показали, что при экспериментальном гипотиреозе масса печени постепенно увеличивается (на 30 день по сравнение с контрольной группой больше на 10%) и к концу эксперимента (на 90 й день) больше на 45%. Наиболее значимое увеличение выявлено на 60-е сутки (на 35%) эксперимента. Через 30 й день эксперимента выявлены небольшие сосудистые нарушения в виде умеренного полнокровия вен и стазов. Перипортальных пространствах выявлен отек, который носит очаговый характер. В этих участках отмечается набухание коллагеновых волокон и местами их гомогенизация. На 60 й день эксперимента сосудистые нарушения сохраняются по типу небольшого венозного застоя. В строме печени преимущественно вокруг центральной вены обнаружен небольшой отек. В отдельных гепатоцитах центральной части долек определяются единичные мелкие вакуоли. Отмечается фибриноидное набухание стенок ъмелких артерий. Гепатоциты набухшие, цитоплазма их вакуолизирована. Но все эти изменения более выражены, чем предыдущие сроки. Через 90 суток от начала эксперимента в печени крыс выявлены диффузный перисинуоидальный отек, отек перипортальных трактов и отек вокруг центральных вен. В эти сроки в строме печени впервые выявлены мелкоочаговые инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов, единичных плазматических клеток. В указанные выше сроки в печени наблюдается гидропическая дистрофия всех гепатоцитов. Дистрофические изменения носят диффузный характер и наиболее выражены в центральной части дольки. В эти сроки в печени наблюдается более интенсивная пролиферация фибробластов вокруг сосудов. Таким образом, при экспериментальном гипотиреозе в печени лабораторных белых крысах развиваются дистрофические, атрофические и деструктивные изменения гепатоцитов, диффузный интерстициальный отек, лимфоцитарная инфильтрация и фиброз стромы. Эти изменения наиболее выражены на 60 й день эксперимента.

ДИНАМИКИ РАЗМЕРОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Плантус И.В., Юхновец А.Н., Черникова Г.Н.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии ВГУЗ «Буковинский государственный медицинский университет»

(зав.каф. – д.мед.н. Цигикало А.В.)

Комплексом методов морфологического исследования (антропометрия, морфометрия, макроскопия, микроскопия серий последовательных гистологических срезов, статистический анализ) исследованы 5 зародышей 5-6-й недель развития и 42 предплодов человека возрастом от 7 до 12 недель (19,5-78,5 мм теменно-копчиковой длины (ТКД)). Использованы методы вариационной статистики с определением средней величины (M) и ошибки к ней (m), а также степени достоверности (p). Результаты: В результате исследований показатели роста поджелудочной железы в предплодном периоде эмбриогенеза человека (M±m): длина эмбриона 24,7- 28,0 мм, размеры поджелудочной железы (мм): длина - 3,00±0,05 (P < 0,05), ширина: головки - 0,24±0,12, тела - 0,160±0,012, хвоста - 0,290±0,012; толщина: головки - 0,390±0,012, тела - 0,040±0,001, хвоста - 0,260±0,12 мм; длина эмбриона 31,0- 40,3 мм, размеры поджелудочной железы (мм): длина - 4,20±0,22 (P < 0,05), ширина: головки - 0,310±0,014(P < 0,05), тела - 0,240±0,013 (P < 0,05), хвоста - 0,330±0,0014 (P < 0,05), толщина: головки - 0,430±0,009 (P < 0,05), тела - 0,12±0,008 (P < 0,05), хвоста - 0,340±0,014 (P < 0,05); длина эмбриона 42,0- 48,5 мм, размеры поджелудочной железы (мм): длина - 5,80±0,12 (P < 0,05), ширина: головки - 0,410±0,012 (P < 0,01), тела - 0,310±0,012(P < 0,05), хвоста - 0,450±0,020 (P < 0,05), толщина: головки - 0,550±0,020 (P < 0,01), тела - 0,190±0,012 (P < 0,05), хвоста - 0,490±0,012 (P < 0,05); длина эмбриона 53,5- 61,0 мм, размеры поджелудочной железы (мм): длина - 7,40±0,26 (P < 0,01), ширина: головки - 0,490±0,015 (P < 0,05), тела - 0,370±0,003(P < 0,05), хвоста - 0,530±0,013 (P < 0,05), толщина: головки - 0,690±0,014 (P < 0,05), тела - 0,230±0,009 (P < 0,05), хвоста - 0,560±0,019 (P < 0,01); длина эмбриона 53,5- 61,0 мм, размеры поджелудочной железы (мм): длина - 10,30±0,28 (P < 0,01), ширина: головки - 1,470±0,280 (P < 0,05), тела - 0,770±0,09 (P < 0,01), хвоста - 1,000±0,080 (P < 0,01), толщина: головки - 1,400±0,150 (P < 0,05), тела - 0,650±0,120 (P < 0,01), хвоста - 0,930±0,080 (P < 0,01). При этом темпы прироста размеров поджелудочной железы в предплодном периоде эмбриогенеза человека в расчете на 1 мм ТКД эмбриона в мм составляют: - у эмбрионов длиной 24,7- 28,0 мм поджелудочная железа имеет длину 0,110 мм, а ширина (мм): головки - 0,090, тела - 0,006, хвоста - 0,011, при этом толщина (мм): головки - 0,015, тела - 0,010, хвоста - 0,090; у эмбрионов длиной 31,0 - 40,3 мм поджелудочная железа имеет длину 0,120 мм, а ширина (мм): головки - 0,090, тела - 0,007, хвоста - 0,091, при этом толщина (мм): головки - 0,012, тела - 0,003, хвоста - 0,090; у эмбрионов длиной 42,0 - 48,5 поджелудочная железа имеет длину 0,130 мм, а ширина (мм): головки - 0,090, тела - 0,007, хвоста - 0,010, при этом толщина (мм): головки - 0,012, тела - 0,004, хвоста - 0,011; у эмбрионов длиной 53,5 - 61,0 поджелудочная железа имеет длину 0,130 мм, а ширина (мм): головки - 0,080, тела - 0,006, хвоста - 0,090, при этом толщина (мм): головки - 0,012, тела - 0,004, хвоста - 0,010; у эмбрионов длиной 65,5 - 73,5 поджелудочная железа имеет длину 0,160 мм, а ширина (мм): головки - 0,040, тела - 0,030, хвоста - 0,027, при этом толщина (мм): головки - 0,032, тела - 0,022, хвоста - 0,019. Выводы: Из приведенных данных следует, что по мере развития предплода происходит рост его в длину, и темпы изменения размеров головки, тела и хвоста несколько отличаются между собой. В период, когда длина предплода возрастает с 20,0 мм до 70,0 мм, т.е. увеличивается в 3,5 раза, размеры поджелудочной железы увеличиваются в 5 раз. Наиболее интенсивно в этот период увеличивается головка поджелудочной железы.

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НАУШНИКОВ НА ОСТРОТУ СЛУХА

Понич М.В., студентка 17 группы I курса, специальность «Медицина», медицинского факультета №2 БГМУ, Олар Е.И.

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – проф. Федив В.И.)

Научный руководитель - доцент, канд. физ.-мат. наук Олар Е.И.

Цель работы: Объяснить, как долгосрочное прослушивания музыки в наушниках снижает остроту слуха и чем оно грозит. Материалы и методы исследования: Аналитический метод исследования. Результаты: Трудно представить жизнь современного человека без музыки. Большинство использует наушники, чтобы комфортно слушать любимую музыку и при этом не мешать другим. Но мало кто задумывается о последствиях, учитывая тот факт, что систематическое длительное влияние звуков, особенно высокой интенсивности, приводит к снижению слуха. Все зависит от физиологии уха. Объяснить механизм вредного воздействия наушников довольно трудно, если не знать анатомическое строение самого органа слуха, состоящего из

трех частей. Наружное ухо состоит из ушной раковины и слухового прохода, среднее ухо - барабанной полости и слуховых косточек, а внутреннее ухо - улитки с кортиевым органом внутри. Достигая ушной раковины, звуковые колебания проходят через слуховой проход и передаются на барабанную перепонку, которая уменьшает амплитуду колебаний звуковых волн и передает их на слуховые косточки, передающие колебания на волосковые клетки в кортиевом органе. Эти клетки являются нервными рецепторами, которые преобразуют звуковые колебания в электрические импульсы, передающиеся по нервным волокнам в кору головного мозга. В норме часть звуковых колебаний отражаются от барабанной перепонки и выходят наружу через слуховой проход. Однако, колебания, не имеющие выхода наружу, оказывают давление на барабанную перепонку. Это, в свою очередь, усиливает влияние на волосковые клетки, которые могут повреждаться. При кратковременном несистематическом прослушивании, клетки регенерируются быстро, но при длительном систематическом - происходят серьезные повреждения клеток, приводящие к так называемой сенсоневральной тугоухости, которая очень трудно поддается лечению. Вывод. Необходимо осознать, что наушники неизбежно приводят к снижение уровня слуха. Ухудшение ощущается не сразу. Последствия становятся заметными только через несколько лет, поэтому важно заранее их предотвращать.

ВЛИЯНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛИКОВ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИТОХОНДРИЙ СЕРДЦА

Раимбаева С, Раимбаева П, 2 курс лечебного и 1-педиатрического факультет, Ташкентский педиатрический медицинский института

Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской биологии и общей генетики(зав.каф-проф. Юлдашев М.)

Научный руководитель: Нишантаев М.К., к.б.н., доцент

Эндогенная интоксикация, наступающая при инфаркте миокарда, может привести к нарушению функционирования субклеточных структур, что может существенно ухудшить течение заболевания. Целью работы является оценка влияния сыворотки крови, полученной из кроликов с экспериментальным инфарктом миокарда (ЭИМ) в динамике на функциональное состояние «интактных» митохондрий сердца. Материал и методы. ЭИМ у кроликов моделировали перевязкой передней нисходящей ветви левой коронарной артерии в верхней её трети. Животные наркотизировались нембуталом (40 мг/кг массы, внутрибрюшинно). У кроликов брали кровь до операции и через 1, 6, 12 и 24 ч течения ЭИМ. Митохондрии из сердца были получены дифференциальным центрифугированием из интактных кроликов. Скорость эндогенного и активированного сукцинатом дыхание митохондрий определяли на полярографе Lp-7 (Чехия). Цифровые данные обрабатывали статистически с применением критерия t-Стьюдента. Результаты. Исследования по изучению влияния «инфарктной» сыворотки на скорость дыхания митохондрий сердечной мышцы показали, что добавление в суспензию интактных митохондрий сыворотку крови торакотомированных животных (контрольная группа) приводит к снижению скорости эндогенного дыхания в 2,1 раза. При введении в суспензию интактных митохондрий «инфарктную» сыворотку, полученную через 1 час после коронарооккклюзии, наблюдается тенденция к снижению скорости эндогенного дыхания (снижение на 11,8% по сравнению с контролем оказалось статистически не значимым). Введение в суспензию интактных митохондрий «инфарктную» сыворотку, полученную через 6 ч ЭИМ, приводило к снижению скорости эндогенного дыхания митохондрий на 47,5% по сравнению с контролем. При введении в суспензию интактных митохондрий 12 часовую «инфарктную» сыворотку наблюдали некоторое повышение скорости эндогенного дыхания митохондрий по сравнению с 6 часовой сывороткой. Однако оно все же было ниже контроля на 22,7%. И, наконец, введение в суспензию интактных митохондрий «инфарктную» сыворотку, полученную через 1 сутки, не приводило к статистически значимым изменениям по сравнению с контрольной величиной. При стимуляции дыхания сукцинатом добавление торакотомированной сыворотки не приводило к существенным изменениям в скорости дыхания интактных митохондрий. Однако при добавлении «инфарктной» сыворотки, полученной всего через 1 час после коронарооккклюзии, наблюдали снижение скорости дыхания митохондрий на 29,7% по сравнению с контролем. 6 часовая «инфарктная» сыворотка показала аналогичный результат (скорость дыхания ниже на 26% по сравнению с контролем). При введении в суспензию интактных митохондрий 12 часовую «инфарктную» сыворотку наблюдали снижение скорости дыхания на 31,3% по сравнению с контролем. И, наконец, при введении в суспензию интактных митохондрий «инфарктную» сыворотку, полученную через 24 часа после окклюзии коронарной артерии, наблюдали снижение скорости дыхания на 26,9% по сравнению с контрольной величиной. Выводы. Таким образом, под влиянием «инфарктной» сыворотки наблюдается существенное снижение как эндогенного, так и стимулированного скорости дыхания интактных митохондрий сердечной мышцы. Причём этом более выраженные изменения наблюдается при стимуляции дыхания экзогенным субстратом. Снижение скорости дыхания непременно скажется на скорости окислительного фосфорилирования, а это, в свою очередь приводит к снижению энергетического обмена в миокарде

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ МОЗЖЕЧКА НА УЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТАХ

Рахматов М.М., студент 218 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав.каф.- д.м.н. Орипов Ф.С.)

Научный руководитель асс. Юлдашева Н.Б.

Цель исследования. Выявить морфометрические показатели слоев коры мозжечка собаки на учебных препаратах. Материал и методы исследования. Морфометрическому исследованию подвергнуты учебные препараты мозжечка собаки. Препараты импрегнированы азотнокислым серебром по Кампосу. Морфометрия проведена с помощью окулярной линейки при увеличении микроскопа об.10, ок.9. Измерения слоев мозжечка проведены в 10 полях зрения, всего изучены препараты 3 животных. После соответствующего перерасчета получены результаты в мкм. Для математической обработки данных применен метод Стьюдента с определением средней арифметической М, средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t; использованы прикладные субпрограммы программного продукта Microsoft Excel 97 в разделе описательной статистики, определения стандартных отклонений и сравнения выборок. Результаты. На учебных препаратах мозжечка определяются его борозды и извилины. При импрегнации азотнокислым серебром в центральной части органа выявляются аргирофильные нервные волокна белого вещества. Вокруг этих волокон располагается кора мозжечка. На препарате первого животного молекулярный слой составляет 121,5 ± 6,5 мкм, ганглионарный – 46,5±4,15 мкм, зернистый слой – 75± 4,47 мкм. У второго животного все слои коры толще, чем у первого, особенно молекулярный слой, его толщина достоверно больше и равна 211,5 ± 10,11 мкм (P<0,05). Хотя толщина ганглионарного слоя также больше, чем в первом случае, она равна 55,5 ± 3,2 мкм, но различия недостоверны. Зернистый слой у второго животного также достоверно толще (120± 11,4 мкм, P<0,05). Измерения, проведенные у третьего животного, показали, что наблюдаются такие же изменения размеров слоев как у второго животного, по сравнению с первым. Молекулярный слой составляет 196,5 ± 15,88 мкм (P<0,05), ганглионарный слой 48,5 ± 3,5 (P>05), зернистый слой 115,5 ± 12,26 мкм (P<0,05). Сопоставление параметров слоев коры мозжечка третьего животного со вторым не выявило между ними достоверных различий. Выводы. У разных животных различаются толщина молекулярного и зернистого слоев. При этом, толщина ганглионарного слоя, представленного грушевидными нейронами Пуркине, не различается. Такие изменения могут быть обусловлены возрастными изменениями.

ХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Рябая О.В. ассистент кафедры биоорганической и биологической та клинической биохимии

Кафедра биоорганической и биологической та клинической биохимии (зав. каф. – к.б.н. Григорьева Н.Ф.)

Научный руководитель доцент, к.б.н. Григорьева Н.Ф.

С помощью хроматографического метода анализа решено ряд задач, такие как разделение сложных смесей веществ, изучение и анализ строения составляющих компонентов. Универсальность хроматографии найдено в применении в современной медицине. Газовую хроматографию используют во многих медицинских отраслях: токсикологической химии, судебной медицине, криминалистике и гигиены. В медицине с помощью газовой хроматографии определяют содержание лекарственных препаратов, уровень жирных кислот, продуктов их метаболизма и т.д. Такие анализы позволяют получить важную информацию об общем состоянии здоровья человека, как протекает болезнь, и является эффективное использование тех или

иных лекарственных препаратов. Другой метод анализа широко используют в медицине и это аффинная хроматография. Этот метод основывается на специфическом взаимодействии между биологически активных молекул компонентов смеси. Например, разделение ферментов происходит лигандами, в которых служат их ингибиторы, субстраты, коферменты, для разделения токсинов соответственно являются рецепторы, белки, антитела и т.д., которая характерна только для некоторых биологических и биохимических процессов. И поэтому, в основе механизма разделения аффинной хроматографии относятся принципы избирательного взаимодействия, как белков так и других молекул компонентов подвижной фазы прикрепленной к неподвижной фазы специфическими веществами. Особое место в применении занимает аффинная хроматография, так как сам процесс проходит слишком специфически с использованием выделенных веществ в биологической активности. За счет этого можно концентрировать и выделять компоненты смеси с достаточно больших объемов. Хроматографические методы достаточно широко применяются как в медико-биологических исследованиях, также и в клинической практике. С помощью этих методов определяют в биологических жидкостях различные микрокомпоненты, которые появляются при патологии. Возможно даже определить какими именно микроорганизмами вызвано заболевание. При применении хроматографии возможно мгновенно определить содержание в крови алкоголя, наркотиков, летучие вещества.

ПЕРСПЕКТИВЫ НАНОТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Сагдуллаев А. 101 группа педфака СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав. курс. доц.Содиков Н.О.)

Научный руководитель: доц.Содиков Н.О.

Понятие нанотехнологии прочно входит в нашу жизнь, а еще в 1959 г. знаменитый американский физик-теоретик Ричард Фейнман говорил о том, что существует "поразительно сложный мир малых форм, а когда-нибудь (например в 2000 г.) люди будут удивляться тому, что до 1960 г. никто не относился серьезно к исследованиям этого мира". На первом этапе развитие нанотехнологии определялось в основном созданием устройств зондовой микроскопии. Эти устройства являются своеобразными глазами и руками нанотехнолога. Сегодня прогресс в области нанотехнологии связан с разработкой наноматериалов для аэрокосмической, автомобильной, электронной промышленности.Но постепенно все чаще упоминаются как перспективная область применения нанотехнологии медицина. Это связано с тем, что современная технология позволяет работать с веществом в масштабах, еще недавно казавшихся фантастическими - микрометровых, и даже нанометровых. Именно такие размеры характерны для основных биологических структур - клеток, их составных частей (органелл) и молекул. Сегодня можно говорить о появлении нового направления - наномедицины. Впервые мысль о применении микроскопических устройств в медицине была высказана в 1959 г.Р. Фейнманом в своей знаменитой лекции "Там внизу - много места" (со ссылкой на идею Альберта Р. Хиббса). Но только в последние несколько лет предложения Фейнмана приблизились к реальности. Конечно, сегодня мы можем лишь выдвигать предположения о том, какими путями будет развиваться наука будущего, и медицинская наука в частности. Некоторые из этих предположений будут более обоснованы, другие менее. Так, можно более или менее уверенно ожидать, что современные методы получат и дальнейшее развитие. Например, микроустройства будут становиться все более миниатюрными и совершенными, а их функции - все более богатыми. Устройство размером в несколько миллиметров может быть помещено на поверхности кожи (для анализа веществ, выделяемых с потом) или внутри организма (в полость рта, желудочно-кишечный тракт, под кожу или в мышцу). При этом оно сможет сообщать о состоянии внутренней среды организма, сигнализировать о любых подозрительных изменениях. Наночипы к атомно-силовому микроскопу используются для диагностики инфекционных и соматических заболеваний. Перспективы развития нанотехнологий очень велики. Применяемые в настоящее время нанотехнологии безвредны, примером являются наночипы и солнцезащитная косметика на основе нанокристаллов. А такие технологии, как нанороботы и наносенсоры, пока еще находятся в процессе разработки.

К МОРФОЛОГИИ МУКОВИЦИДОЗА

Саидов Н.Д., Ширинов Ж.Ш., Фазлиддинов К.З. Студенты 322 группы лечебного факультета СамМИ.

Курс патанатомии (зав. курсом доц. Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель – доцент к.м.н Эшкобилов Т.Ж.

Цель работы: Мы задались целью изучать по аутопсийным материалом изменение структур трахео-бронхиальной системы у новорожденных с врожденным муковисцидозом. Материал и методы: Объектом исследования послужили легкие 8 постнатально умерших доношенных, новорожденных которым во время аутопсии установлен легочный муковисцидоз. Смерть наступила у одного из них через 4 часа после рождения а у 7 новорожденных в течение первой недели после родов. Срезы окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-гизону. Результаты исследования: У новорожденного жившего 4 часа после родов, с момента рождения прогрессировали симптомы гипоксии и возникла массивная эмфизема шеи, грудии спины. При аутопсии обнаружены множественные слизистые пробки, обтурирующие просвет бронхов. У остальных 6 доношенных новорожденных, умерших на 6-7 сутки при аутопсии обнаружены бронхопневмония, развившаяся на фоне легочного муковисцидоза. При микроскопическом исследовании бронхолегочной системы, у новорожденных живших до 7 суток были обнаружены массивные воспалительные изменения с развитием обструктивного бронхиолита. Стенки бронхиол и сегментарных бронхов были сильно утольшены и пропитаны слизевидной массой, отмечалось появление молодой рыхлой соединительно-миксоматозной ткани. Также наблюдались в разной степени выраженные альтеративныеизменения бронхолегочной ткани инфильтрированные лейкоцита и лимфоидными клетками. Выводы: Получение результаты показывают, что у новорожденных с легочной формой муковисцидоза имеет место глубокое нарушение дренажной функции бронхов. Вязкте слизистые массы в виде слизистых пробок бронхиол и бронхов более крупного калибра приводят к ателектазам и эмфиземе с нарушениями дыхательной поверности. В последующим на этом фоне может присоединяется вторичная инфекция и может развивается бронхопневмония. В механизме развития осложнений при легочном муковисцидозе немаловажную роль играет дисфункция мукоцилиарного клиренса, верификация которых возможно только электронно микроскопическими мэтодами.

КОКЛЮШ - ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Сирожединова С., студентка 131 группы медико-биологического факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Были использованы данные семейной поликлиники и инфекционной больницы. Наши исследования посвящены 17-ти больным детям. Результаты: У всех наблюдаемых больных обнаруживались симптомы в самом начале болезни. Коклюш очень похож на простуду, имеет аналогичные признаки – слабость, головную боль, озноб и только потом начинается сухой кашель. Опытный врач может заподозрить инфекцию по тому, что привычные противокашлевые средства не дают результатов. Заболевание проходит несколько периодов, которые отличаются по симптомам. Катаральный этап характеризует: насморк; умеренный кашель; ухудшение аппетита; раздражительность; слезотечение; боль в горле; приступы кашля по ночам; недомогание. Примерно через две недели наступает спазматический этап, который отличается судорожным кашлем. Приступы становятся частыми, интенсивными, происходит спастическое (вызванное спазмом) сужение голосовой щели, что порождает свистящий звук перед вдохом. Период может продолжаться до месяца, характеризуется симптомами: першение в горле; беспокойство перед приступом кашля; кровоизлияния на слизистой носоглотки, коже лица, конъюнктиве; учащение приступов ночью, утром; гиперемия лица; головокружение; отечность; тошнота; обморок; судороги; рвота. Постепенно инфекция переходит в стадию разрешения (выздоровления). Снижается частота приступов, они теряют спазматический характер. Основные симптомы стихают, но сохраняется нервная возбудимость, состояние слабости, усталости. У пациентов отмечается: появление слизистой мокроты; возможность ее отхаркивания; постепенное прекращение приступов; покашливания, которые остаются на длительное время. Специалисты считают важным формирование положительных эмоций, которые стимулируют выработку эндорфина. Выброс гормона снижает частоту приступов кашля.

При лечении коклюша необходимо: ограничить нервные впечатления – слуховые, зрительные – не смотреть телевизор, не пользоваться компьютером; проводить массаж для лучшего отхождения мокроты. Диагностика. Основа диагноза – это клиническая картина с судорожными приступами кашля, но точное установление диагноза может быть только после проведения посевов и обнаружения в них коклюшной палочки. Посевы покажут наличие микроба на 1 неделе с вероятностью около 95%, а на 3-4 неделе – лишь в половине случаев. После 4 недель микроб в посевах не отделяется. Применяют также метод кашлевых пластинок – на чашку Петри больной кашляет с расстояния около 10 см, стараются уловить мокроту как минимум пяти кашлевых толчков. Можно использовать серологические методы – обнаружение антител к коклюшу в нарастающих титрах – более 1:80. Также применим иммуноферментный анализ – обнаруживают антитела IgM и антитела IgG со второй недели болезни. Выводы: коклюш - это бактериальная инфекция, возбудитель которой называется Bordetella Pertussis. Болезнь передается только от человека к человеку и очень заразна: при контакте с заболевшим вероятность заражения у непривитого ребенка - 70-90%. Еще в середине прошлого века, до того как появилась прививка от этого заболевания, смертность грудных детей при коклюше превосходила идентичные показатели дифтерии, кори, скарлатины, полиомиелита и менингита вместе взятых. Массовое введение вакцинации сократило заболеваемость в 150–200 раз и резко снизило смертность. Инфекция опасна своими осложнениями. В детском возрасте несвоевременно оказанная помощь может закончиться летальным исходом.

ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЗЬЕГО МОЛОКА ПРИ ПИТАНИИ ДЕТЕЙ

Собиров Ш, студент 109-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра Медицинской биологии и генетики,

Научный руководитель: к.б.н. Махмудова Х.И.

В последнее время у выше указанных потребителей в организме содержатся аллергические реакции и нарушения в пищеварении, увеличенное содержание силовой кислоты которая входит в структуры иммунного барьера организма. Холестерин козьего молоко очень полезный для деятельности головного мозга и он формирует головной мозг и поддерживает нервную систему. Полагаясь на выше указанных, использование козье молоко в получении диетических, целебных молочно-кислых продуктов в будущем будет считаться лечебным, экономическим дающим высокую прибыл направлением. козье молоко которая получено для приготовления молочно-кислых продуктов должно быть без запаха и примесей; Для этого берётся молоко в котором мало количество бактерий и соматических клеток. При переработки молока-пастеризация является самым важным этапом. Д.Т.Мастерских в своей статье предложил во время использования козье молоко для получения кефира перед пастеризацией держат 30 мин 85 С°температуре. Молочно – кислые продукты это группа продуктов при помощи молочно-кислых бактерий используя их как закваску которые получают из естественного молоко, обезжиренного молока, каймака. Молочно - кислые продукты можно разделить на молочно –кислые продукты- сметана, творог, простокваша, йогурт и гетероферментативные (молочно-кислые и спиртные) продукты – кефир, кумись, ацидофил. В доступной литературе показывается, что козье молоко своим химическим составом и биохимическими свойствами близко к материнскому молоку чем коровье молоко, это служить фундаментом использования козьего молока при изготовлении продуктов питания для детей. Нельзя сказать о времени появление молочно-кислых продуктов, можно только предположить, что технологии появились около 10.000 лет тому назад. Это связанно с изменением образа жизни древнего человека, эти технологии появились после того как человек начал собирать еду, его хранить и приготавливать, Но можно сказать точно, что переход к этим технологиям в разных континентах осуществлялась в разное время. Среди них самое правдоподобное то, что к нам молочные продукты были завезены из Балконов и Дальнего Востока, так как населения этого региона очень интересовалось кулинарией. Кроме этого, технологии созданные ими сложный процесс, и в них были заложены достижения предметов микробиологии и энзимологии и древнюю культуру ремесленничество. Ассортимент молочно-кислые продукты разделяются на две категории-продукты адаптированные они используются при питание детей начиная с первых дней жизни и дополнительные продукты которые изготавливаются из естественного молока предназначены для детей старше 8 месяцев. При питании детей первые 6 месяцев не адаптированными, содержащими большое количество белков и повышающие кислотность у почек молоком приводит к метаболическому ацидозу. По 225 методическому указанию министерства здравоохранения России «Современные и методы кормления детей до одного года». Если с первых дней ребёнка кормят адаптированными молочно- кислыми продуктами комбинированными с безсольными продуктами, с 6-7 месяцев дополнительными молочно-кислыми продуктами. По методическому указанию рекомендуется детям которых кормят искусственным или грудным молоком кормит молочно- кислыми продуктами для детей 12 месяцев за день 400-500 мл, детям которых кормят искусственно 500- 600 мл.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ВНУТРИОРГАННЫХ СОСУДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ

Содикова С., Турсунова М., студенты 206 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав.каф.- д.м.н. Орипов Ф.С.)

Научный руководитель проф. Блинова С.А.

Цель исследования. Изучение строения эндотелия сосудов легких при хронических воспалительных заболеваниях у детей. Материал и методы исследования. Гистологическими методы изучены оперированные по поводу бронхоэктатической болезни сегменты легких 6 детей в возрасте от 5 до 12 лет. После фиксации в 12% нейтральном формалине кусочки органа залиты в парафин. Срезы окрашены гематоксилином и эозином. Результаты. Исследования гистологических препаратов показали, что сосуды разного калибра находятся рядом с бронхами. Просвет крупных и средних артерий обычно неправильный, толщина их стенки неодинаковая. В некоторых участках стенки этих артерии миоциты располагаются беспорядочно и рыхло. Адвентициальная оболочка утолщена и склерозирована. В артериях легких при хроническом воспалении отмечается переориентация мышечных элементов. При этом поверхностные слои мышечной оболочки артерии изменяют свой ход, приближаясь к продольному расположению. В некоторых случаях в артериях малого диаметра отмечается наличие внутреннего продольного слоя миоцитов и наружного более тонкого циркулярного слоя. Внутренняя эластическая мембрана утолщена, её гофрированность резко выражена, что свидетельствует о резко выраженном спазме сосудов. В ряде случаев отмечаются также изменения миоцитов, которые проявляются наличием в их цитоплазме мелких вакуолей. Наряду с нарушением структуры оболочек артерий отмечаются также изменения эндотелия. В сосудах можно обнаружить нарушение рядности эндотелия и образование их выступов. Ядра эндотелиоцитов гиперхромные, сморщенные, т.е. они пикнотично изменены. Базальная мембрана эндотелия утолщенная. В некоторых участках внутренней оболочки сосудов ядра эндотелия не определяются. Эндотелиоциты могут располагаться хаотично. В артериях мелкого калибра стенка набухшая. В них также отмечается вакуолизация эндотелиоцитов. Во многих сосудах отмечается прилипание форменных элементов крови, в особенности лейкоцитов, к эндотелиоцитам. Выводы. В результате хронических воспалительных заболеваний легких у детей происходит перестройка стенок внутриорганных сосудов. В составе сосудов выраженные изменения наблюдаются в эндотелиоцитах, которые могут привести к нарушениям их функций

МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО. ЛАЗЕР

Стасюк П.И., студентка 17 группы I курса медицинского факультета №2, БГМУ, Бирюкова Т.В.

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – д.ф.-м.н. Федив В.И.)

Научный руководитель: доцент, к. техн. н. Бирюкова Т.В.

Цель работы: исследовать направления использования лазерных технологий в медицине. Материалы и методы исследования: анализ и обобщение данных отечественных и зарубежных литературных источников. Результаты: По длине волны различают лазеры ультрафиолетового спектра, синего, фиолетового, инфракрасного. С помощью лазеров лечат заболевания и опухоли кожи, ЛОР-заболевания, варикозные болезни, внутривенное лазерное облучение крови с успехом используют для лечения различных заболеваний, также распространена лазерная хирургия, например, в пульмонологии лазерные ножи позволяют разрезать ткани с меньшими кровопотерями. Создание гибкого оптического волокна, способного без затрат

передавать введеное в него лазерное излучение, сделало лазерный скальпель идеальным инструментом для малоинвазивных лапороскопичних и эндоскопических операций. Дополнительные возможности открылись при использовании принципов волоконной оптики внутри лазера - появились аппараты, в которых лазерный модуль выполнен в виде интегрального волоконного устройства. Волоконнооптические катетеры с лазерным излучением λ = 532 нм применяются в уротермии (индуцированной аутофлуоресценции) для контактных измерений In vivo. Для флуоресцентной диагностики рака используют оптоволоконные лазерные спектрометры. Спектрометры встроены в блок персонального компьютера. В том же блоке расположена миниатюрная лампа - источник лазерного возбуждения биологической ткани, которое распространяется по центральному волокну. 100-200 микрон подается на ткань по центральному волокну, а окружающие 6-7 волокон собирают флуоресцентное излучение, возникшее под воздействием лазерного луча, и через устройства волоконной оптики, игрек-систему передают информацию, которая с помощью компьютерной обработки выдает на экран кривую - график спектра аутофлуоресцентного свечения ткани. Например, для исследования заболеваний онкологического характера используют лазерное излучение с λ = 400 нм. В месте, где наблюдается развитие опухолевых клеток, наблюдается эффект темного пятна - флуоресценция резко падает. С помощью лазерного оборудования осуществляется диагностика и лечение вредных новообразований в организме человека. Выводы: Таким образом, развитие лазерной техники способствует развитию медицинских технологий для диагностики и лечения различных заболеваний.

ЗОЛОТИСТЫЙ СТАФИЛОКОКК – ОЧЕНЬ ОПАСНАЯ БАКТЕРИЯ

Суюнова М.Ш., студентка 212 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав.каф. – к.б.н. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доц. Вахидова А.М.

Цель. Определить действие бактерии как самая частая причина развития инфекций, вызванных этим семейством бактерий. При высокой патогенности стафилококк также обладает рядом защитных механизмов, которые делают его неуязвимым к лекарствам и некоторым механизмам иммунной защиты. Материалы и методы исследования. Были использованы материалы клиник и данные патологоанатомической лаборатории, также сведения клинической бактериологической лаборатории. Результаты. Наиболее опасный тип – метициллин-резистентный золотистый стафилококк, лечение которого всегда проходит крайне тяжело, поскольку он устойчив к антибиотикам первого ряда (пенициллинам и цефалоспоринам). В обычных условиях этот тип бактерии ведет себя как и другие стафилококки – не вызывает заболевания, а сосуществует с микрофлорой. Однако в том случае если он приводит к развитию инфекции, часто поражения распространяются по организму, а не носят локальный характер. Именно с метициллин-резистентным золотистым стафилококком чаще всего врачи связывают сложные случаи пневмонии, менингиты, сепсисы. Также к распространенным антибиотикам при лечении инфекций золотистого стафилококка относят цефалоспорины – цефалексин, цефуроксим, цефазолин. Наиболее опасное осложнение стафилококковой инфекции любой локализации – попадание бактерии в кровь. Именно в этом случае могут развиваться опасные для жизни состояния – поражение сердца, почек, головного мозга, развитие сепсиса. После перенесенной инфекции человек может стать инвалидом. Особую опасность такое течение стафилококковой инфекции представляет у грудничков, поскольку необратимые процессы могут развиться в течение нескольких суток, а иногда и часов. Поверхностные поражения кожи могут провоцировать развитие флегмоны – острого и обширного гнойного поражения жировой ткани. При определенных условиях золотистый стафилококк представляет смертельную опасность, поэтому даже в том случае если инфекция носит локальный характер, она подлежит обязательному лечению. Также к серьезным осложнениям стафилококковой инфекции относят и токсическое поражение организма. Многие штаммы золотистого стафилококка могут выделять сильнейшие яды – эндотоксины. Именно с ними связывают сильные отравления (при обнаружении стафилококка в кале), вызывающие понос, рвоту и сильные боли в животе. Также яды становятся причиной синдрома токсического шока, который без неотложного лечения является смертельным. Понимая, как трудно лечить стафилококк, большинство врачей обращают внимание на профилактику развития инфекции. Полностью избавиться от разных видов этого микроорганизма просто невозможно. Выводы. Таким образом, ключевой задачей является не устранение бактерии, а предотвращение развития инфекционного процесса. Патогенным стафилококк становится при большом скоплении бактерий и неконтролируемом росте их числа. А это может произойти в двух случаях: при низкой сопротивляемости организма, когда иммунная система не может пресекать размножение микроорганизма, при частом контакте с источником заражения. Устранив эти два фактора, можно рассчитывать, что стафилококк не вызовет симптомы болезни.

ОБМЕН ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ В КОЖЕ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Терещенко М.В., ассистент кафедры клинической биохимии и лабораторной диагностики ФГБОУ ВО

Кафедра клинической биохимии и лабораторной диагностики ФГБОУ ВО (зав. каф. – д.м.н., профессор Бутолин Е.Г.)

«Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Научный руководитель д.м.н., профессор Бутолин Е.Г.

Цель работы: выявить особенности обмена гликозаминогликанов (ГАГ) в коже и сыворотке крови крыс в условиях высокожировой диеты. Материал и методы исследования: эксперименты проведены на 40 белых беспородных крысах-самцах с начальной массой тела 180-210г. Животные контрольной группы (6 особей) получали стандартный рацион вивария, из расчета 74,4 ккал/сутки на одну крысу (жиры составляли 7% от общей массы рациона). Опытная группа получала высокожировую диету, включающую 44% жиров (свиное сало) от общей массы рациона и 10% раствор сахарозы в качестве питья, что составило 206,2 ккал/сутки на одну крысу. Эксперимент продолжался в течение 60 дней. Далее все животные переводились на стандартный рацион питания. Из эксперимента животных выводили под эфирным наркозом путем декапитации на 61, 68, 75, 82 дни от начала эксперимента. Оценивали уровень гликемии, липидный спектр в сыворотке крови, динамику изменений содержания гликозаминогликанов и их фракций в коже и крови крыс, измеряли массу тела животных. Результаты: прирост массы тела к 61 дню эксперимента у животных опытной группы составил 37,8% (по сравнению с 16,8% в контрольной); установлено статистически значимое повышение уровня глюкозы на 68 и 75 дни на 16,3 и 20%, холестерина (ХС) - на 68, 75 и 82 дни эксперимента соответственно на 48,2, 50,2 и 50,3%; отмечено одновременное повышение ХС липопротеинов высокой плотности и ХС липопротеинов низкой плотности. Триглицериды снижались на 61 и 68 дни, затем статистически значимо нарастали к 82 дню эксперимента. Отмечено увеличение количества суммарных ГАГ в крови крыс относительно контроля на 61 и 75 дни (за счет несульфатированных фракций) с тенденцией к снижению на 82 день эксперимента. В гомогенате кожи отмечался значительный рост содержаниия ГАГ на 75 день эксперимента, преимущественно за счет несульфатированной фракции. Выводы: Таким образом, представленная экспериментальная модель метаболического синдрома способствовала гипергликемии, дислипопротеинемии, увеличению массы тела животных. Изменения ГАГ носили разнонаправленный характер: в коже отмечалось их накопление за счет несульфатированных фракций с максимумом на 75 день эксперимента. В сыворотке крови сдвиги изучаемых гетерополисахаридов носили двухфазный характер: подъем на 61 и 75 дни с последующим резким снижением к концу эксперимента.

ИЗ ИСТОРИИ ПАРАЗИТОЛОГИИ

Туракулов А.Э.,студент 101 группы,факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра Медицинской биологии и генетики (зав.каф.-к.б.н.Махмудова Х.И.)

Научный руководитель:ассистент Мамурова Г.Н.

Паразитология как самостоятельная наука сформировалась во второй половине XIX века.Огромный вклад в развитие паразитологии внесли русские учёные А.Д. Федченко впервые описал жизненный цикл ришты, И.А.Порчинский опубликовал подробные данные о слепнях, комарах, оводах, мухах, Н.А.Холодковский - о вшах.. Руководитель школы советской гельминтологии академик К.И.Скрябин организовал первый в мире институт гельминтологии, которому ещё при жизни выдающегося учённого было присвоено его имя (Всесоюзнқй институт гельминтологии им. акад. К.И.Скрябина),

а также Лабораторию гельминтологии АН СССР, являющийся основным теоретическим центром общей гельминтологии. Большая часть работы была посвящена практическим мероприятиям по борьбе с гельминтозами. По предложению К.И. Скрябина, комплекс мероприятий, направленных на лечение больного тем или другим гельминтозом, а также очищение внешней среды от инвазионного материала получил название - дегельминтизации, он же сформулировал учение о девастации – комплекса мероприятий, направленных на полное уничтожение некоторых видов гельминтов, а также создание условий, при котором эти виды несмогли бы возникнуть вновь. Девастация подразумевает уничтожение гельминта как зоологического вида. Труды акад. Е.Н.Павловского (1884-1965) для развития паразитологии имеют огромное значение. Под руководством ученого успешно разрабатывалась арахноэнтомологические направления. Им была обоснована теория об организме хозяина как среде обитания паразита и теория паразитоценозов. Итогом изучения переносчиков, их хозяев и путей церкуляции в природе возбудителей стало учение Е.Н.Павловского о природной очаговости трансмиссивных заболеваний. Под руководством Лауреата Ленинской премии члена-корреспондента АН СССР проф. В.А.Догеля (1882 - 1955) развивалась Экологическая паразитология, изучающая зависимость фауны паразитов от биологического цикла и специфики физиологии их хозяев, а также от факторов окружающей среды. В изучении паразитологии и гельминтологии большой вклад внесли ученые Узбекистана: Т.З.Захидов, О.П.Багданов, С.Н.Алимухамедов, Р.О.Алимжанов, В.В.Яхонтов, М.А.Султанов, А.Т.Тулаганов, Ж.А.Азимова и др.Достижения в области паразитологии нашли широкое применение в медицинской практике.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ В БИОСФЕРЕ

Уктамова Ю.У.,студентка 121-группы лечебного факультета СамГосМИ

Кафедра биологии (зав.кф - к.б.н. Махмудова Х.Э.)

Научный руководитель доцент Мухитдинов Ш.М.

Цель работы: Ознакомление со свойствами ядовитых животных. Материал и методы работы: Ядовитые животные, содержат в организме постоянно или периодически вещества, токсичные для человека и особей других видов. Введённый даже в малых дозах в организм другого животного яд вызывает болезненные расстройства, а иногда - смерть. Различают активно-ядовитых и пассивно-ядовитых животных. Активно-ядовитые животные имеют специализированные железы, вырабатывающие яд, используемый для защиты от врагов. У многих ядовитых животных ядовитые железы связаны с ранящим аппаратом; такие животные используют яд и для нападения на жертву. Пассивно-ядовитые - это животные, содержащие токсичные вещества в тех или иных тканях. Яд оказывает влияние только при поедании этих животных другими. Ядовиты могут быть половые железы (у некоторых жуков и кольчатых червей), а также икра ряда рыб (усачей, маринок), сыворотка крови (например, угря, мурены, скатов). Многие внутренние паразиты животных также являются ядовитыми животными. Например, паразитические круглые черви анкилостомиды выделяют токсические вещества, растворяющие эритроциты. Результаты: Скорпионы. В Крыму, на Кавказе и в Средней Азии обитают различные виды скорпионов (желтый, итальянский, кавказский и др.), секрет особых желез, который ядовит для человека. Тонкое задне-брюшье ("хвост") скорпионов оканчивается острым изогнутым "жалом", соединенным с двумя ядовитыми железами. Скорпионы часто обитают в поселках, укрываясь в стенах домов, под камнями в садах. В поисках добычи нередко заползают в дома, где прячутся в обувь, одежду, мебель. Укус скорпионов болезнен, сопровождается сильным отеком, покраснением кожи. В течение первого часа развиваются судороги, затрудняются дыхание, глотание, речь. Появляются боли в области сердца, озноб, тошнота, одышка. Первая помощь - грелки, горячая ванна и горячее питье. Свой яд скорпион использует в целях защиты. Змеи. Существует 410 видов ядовитых змей. Но змеи с очень токсичным ядом не всегда самые опасные. Тут надо учитывать кроме силы, еще и дозу яда, которую змея впрыскивает в рану, глубину проникновения ядовитых зубов, агрессивна змея или спешит скорее уползти, сразу кусает или сначала предупреждает угрожающей позой и громким шипением, как хорошо маскирует ее окраска, где живет, активна ночью или днем, многочисленна или встречается редко. Также змеи ядовито плюются, но не все змеи, а только два вида африканских кобр - ошейниковая и черношейная. Плевок отравленный: в нем 4 миллиграмма яда. Вылетает из отверстий ядовитых зубов и летит метра два - три! Бывает до 30 плевков подряд! Обычно кобра целится в глаза. Попадает метко. Попадание в глаз опасно. В ходе проделанной работы я выяснила, что большинство ядовитых животных используют свой яд в качестве защиты, часто в качестве защиты от человека, который даже в ядовитом животном может найти пользу и применение для общества. Выводы: Ядовитые животные не опасны для окружающей среды, выполняют полезные функции на нашей планете. А вред человеку, который наносят некоторые виды, это инстинкт самосохранения животных. Некоторые животные находят защиту в жилищах человека, не подозревая, что наносят человеку неудобства и вред.

МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Усманова М.Д. магистр 1 курса акушерства и гинекологии АДТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав.каф. – д.м.н. Асранкулова Д.Б.)

Научные руководители: д.м.н. доц. Асранкулова Д.Б., к.м.н. доц. Насирова Ф.Ж.

Цель исследования: Определить морфофункциональное состояние плаценты при недонашивании беременности инфекционного генеза. Материалы исследования: Проведено морфологическое обследование последов у 8 родильниц с ФПН на фоне урогенитальной инфекции (УГИ). Обследовано 11 родильниц с ФПН на фоне хронического пиелонефрита (ХП). Исследование последа проводилось на основании методов, А.П. Милованова и А.И.Брусиловским (1987), в модификации Е.П.Калашниковой (1988). Результаты: При ХП с воспалительными изменениями в виде васкулита, децидуита, веллизита, признаков плацентарной недостаточности, истончения синцития, отложения фибриноида в ворсинах и межворсинчатом пространстве, дисциркуляторных нарушениях, определялись выраженные изменения компенсаторно-приспособительного характера, проявлениями гиперваскуляции ворсин, наличии синцитиальных узелков, образовании множества синцитиокапиллярных мембран, направленных на создание единой биологической системы мать-плацента-плод. То есть при ХП комплекс компенсаторно-приспособительных изменений в плаценте оказался в состоянии восполнить функциональную неполноценность плаценты, обусловленную развитием воспалительных изменений и признаков плацентарной недостаточности. При УГИ наряду с более глубокими изменениями, обусловившими существенное развитие плацентарной недостаточности, отмечались явления хорионита, децидуита, частичной анемизации плаценты, наличие бессосудистых ворсин, сужение межворсинчатого пространства и просветов сосудов, их облитерации, явления васкулита. Выявлялись более частые участки фибриноза, тромбоза сосудов, фибриноидного некроза ворсин, а также участки, лишенные синцитиального покрова. Выводы: Таким образом, выявленные нами признаки нарушения от частичной до полной анемизации участков плаценты, существенные воспалительные изменения в виде децидуита, хорионита, веллизита в сочетании с признаками патологической незрелости плаценты, обусловили развитие хронической Ф.П.Н. При этом видно явное превалирование патоморфологических изменений над компенсаторно-приспособительными, последние оказались недостаточными для обеспечения полноценного течения беременности и питания плода.

ФЕТОМЕТРИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Усманова М.Д. магистр 1 курса акушерства и гинекологии АДТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав.каф. – д.м.н. Асранкулова Д.Б.)

Научные руководители: д.м.н. доц. Асранкулова Д.Б., к.м.н. доц. Насирова Ф.Ж.

Актуальность проблемы: Метод ультразвуковой диагностики является доступным, высоко информативным, неинвазивным и позволяет провести эхографическую оценку структурной патологии плода, плаценты, амниона, а также определить степень гемодинамических нарушений фетоплацентарного комплекса у беременных с высоким инфекционным индексом. Целью: Данной работы является комплексная эхографическая характеристика функциональной системы мать-плацента-плод при внутриутробном инфицировании. Материалы и методы: Под наблюдением находились 29

беременных женщины, которым проводились все необходимые клинико-лабораторные обследования, а также ультразвуковое исследование в сроке 30-36 недель гестации. Исследование основано на клинико-лабораторном исследовании 29 беременных женщин, которые были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 8 (27,5%) женщины группы высокого инфекционного риска, родивших детей без признаков ВУИ, во 2 группу - 11 (37,9%) беременных родивших детей с легкой формой ВУИ. 3 группа состояла из 10 (34,4%) матерей новорожденных с тяжелыми формами ВУИ. Результаты и их обсуждение. По данным УЗИ структурной организации плаценты получены следующие результаты. В 1 группе нарушения зарегистрированы у 7 (11,3%) женщин, из них у 3 (42,8%) отмечалось преждевременное созревание плаценты, которое регистрировалось с 33 недель, и у 4 (57,2%) - расширение межворсинчатого пространства, что связано с низким артериальным давлением в период плацентации. Во 2 группе преждевременное созревание плаценты зарегистрировано в 15 (20,5%) случаях, увеличение толщины плаценты в 7 (9,6%) случаях, расширение межворсинчатого пространства в 15 (20,5%) случаях. В 10 (13,7%) случаях отмечалось сочетание признаков. В 3 группе преждевременное созревание плаценты выявлено у 26 (35,1%) женщин, а незрелость плаценты (I степень) у 8 (10,8%) женщин. Увеличение толщины плаценты отмечалось у 20 (27,0%) женщин, расширение межворсинчатого пространства у 28 (37,8%) женщин. Сочетание признаков наблюдалось в 36 (48,7%) случаях. При оценке объема и качества околоплодных вод были выявлены следующие закономерности. В 1 группе данная патология определялась у 12 (16,2%) пациентов, из них у 3 (25,0%) в виде умеренно выраженного маловодия, у 4 (33,3%) - в виде умеренно выраженного многоводия, гиперэхогенные включения в околоплодных водах зарегистрированы у 5 (41,7%) пациентов. Сочетания признаков не выявлено. В 1 группе патология околоплодных вод обнаружена у 56 (76,7%) пациентов. Так, во 2 группе маловодие выявлено у 6 (8,2%) женщин, многоводие - у 5 (6,8%) женщин, гиперэхогенные включения отмечались у 19 (26,0%) женщин. Сочетание признаков зарегистрировано в 12 (16,4%) случаях. В 3 группе маловодие наблюдалось в 34 (45,9%) случаях, многоводие в 15 (20,3%) случаях, гиперэхогенные включения в 27 (36,5%) случаях. Кроме того, в 6 (8,1%) случаях было зарегистрировано наличие амниотических тяжей, свободно располагающихся в амниотической полости. Кроме того, в 2 и 3 группах многоводие с множественными гиперэхогенными включениями сочеталось в 24 (32,4%) случаях, у 5 (6,8%) беременных многоводие сочеталось с амниотическими тяжами. Выводы: 1.Фетометрия позволяют проводить динамическую оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод и контролировать эффективность проводимой терапии. 2. Чем выше инфекционный индекс у беременной, чем больше эхографических маркеров внутриутробного инфицирования плода встречается, тем более вероятно рождение ребенка с признаками внутриутробной инфекции.

ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ИХ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКОЙ

Фёдорова Т.С., клинический-ординатор кафедры судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП. БУЗ УР «БСМЭ МЗ УР»

Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП (зав.-проф. Вавилов А.В.)

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Научный руководитель – профессор, доктор мед. наук Вавилов А.Ю.

Цель исследования. Оценить возможность диагностики повреждений, не сопровождающихся видимыми наружными проявлениями, при помощи бесконтактного (дистанционного) тепловизионного способа. Методы исследования: Измерение температуры кожных покровов участков тела, на которые, со слов потерпевших, было произведено воздействие травмирующего предмета, и температуры неповрежденной (не травмированной) поверхности тела при помощи современного высокотемпературного пирометра (тепловизора) со встроенным видеоскопом. Результаты исследования. Потерпевшая женщина 1963 г.р., получила телесные повреждения локтем в левый бок. Жалобы на боли передней поверхности грудной клетки слева на уровне 5-7 ребер между срединно-ключичной и передней подмышечной линиями. При тепловизионном исследовании симметричных участков тела выявлено: справа t 32,3 С, слева t 33,0 С. Потерпевшая женщина 1982 г.р. Обстоятельства дела: «…муж ударял рукой по голове. От ударов падала…». Исследовательская часть: «…Болезненность на ощупь мягких тканей верхней трети левого бедра.». При тепловизионном исследовании симметричных участков тела выявлено: справа t 25,7 С, слева t 26,2 С. Потерпевший мужчина 1980 г.р. Обстоятельства дела: «…неизвестный толкал, ударял руками по телу, лицу, голове…». Исследовательская часть: «…Болезненность на ощупь мягких тканей в правой височной области…». При тепловизионном исследовании симметричных участков тела выявлено: справа t 34,7 С, слева t 33,1 С. Выводы. Учитывая полученные результаты, при проведении тепловизионного измерения кожных покровов симметричных участков тела. Можно сделать вывод, что температурная реакция поврежденного (со слов потерпевших) участка тела, несколько выше, симметричного (неповрежденного) участка тела. Что позволяет нам судить о месте и факте механического воздействия на данную поверхность тела.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ К АНТИБИОТИКАМ

Фурохов И.Ё. студент 303 группы медицинского факультета; Хомидзода К.А. студент 206 группы педиатрического факультета;

Ганиева Ш. О. студентка 107 группы медицинского факультета ХГМУ. Таджикистан

Кафедра фармакологии и микробиологии (зав. каф. – к.м.н, Б. И. Исоева)

Научный руководитель: Д.Х.Сафарова

Цель исследования. Изучение резистентности и чувствительности патогенных бактерий к антибиотикам. Материал и методы исследования. Нами обследовано 98 пациентов с заболеваниями мочеполовой системы, на резистентность и чувствительность биологического материала с бактериологическим посевом к антибиотикам. В качестве биологического материала проводили анализ мочи, а также у женщин выделение цервикального канала, а у мужчин - уретры. Доставка биологического материала осуществлялась не позже 2-3 часов от момента сбора. Мочу центрифугировали, осадок культивировали на питательный агар и в течение 24 часов инкубировали в термостате при 36°С. На следующий день из выросших колоний готовили мазки на предметном стекле и их окрашивали по методу Грамма затем рассматривали под микроскопом. Проводили расчёт колонии чистой культуры пересева в питательный агар с дисками, пропитанными различными антибиотиками. В одну чашку Петри ставили не более 6 дисков с антибиотиком и чашку оставляли на 24 часа в термостате при 36°С. На следующий день подсчитали зону задержки колонии над дисками с помощью сантиметровой линейки. Результаты. При обследовании у 48 пациентов выявили бактерий E. coli (48,98%), 4 дрожжевые бактерии (4,08%), 22 микрококка (22,45%), 14 эпидермальных стафилококков (14,29%), 7 диплококков (7,14%) и 3 золотистых стафилококка (3,06%). Результат анализов на резистентность и чувствительность к антибиотикам следующая: у 38 пациентов выявили высокую чувствительность к ципролету – составляли (38,78%), слабую резистентность к ципролету обнаруживали у 56 пациентов – составляли (57,14%), у 4 пациентов определили устойчивость к ципролету – составляли (4,08%); к гентамицину высокую чувствительность выявили у 47 пациентов – составляли (47, 96%), у 46 пациентов определили слабую резистентность к гентамицину – составляли (46,94%), устойчивость обнаруживали к гентамицину у 5 пациентов – составляли (5,1%); у 53 пациентов определили устойчивость к ампициллину – составляли (54,08%), у 25 пациентов выявили высокую чувствительность к ампициллину – составляли (25,51%), у 20 пациентов обнаружили слабую резистентность к ампициллину – составляли (20,41%) ; к цефтриаксону выявили высокую чувствительность у 50 пациентов – составляли (51,02%), слабую резистентность обнаружили к цефтриаксону у 43 пациентов – составляли (43,88%), у 5 пациентов определили устойчивость к цефтриаксону – составляли (5,1%); к тетрациклину высокую чувствительность выявили у 7 пациентов – составляли (7,14%), слабую резистентность к тетрациклину определили у 86 пациентов – составляли (87,76%), у 5 пациентов обнаруживали устойчивость к тетрациклину – составляли (5,1%); к левомицетину высокую чувствительность выявили у 38 пациентов – составляли (38,78%), слабую резистентность определили к левомицетину у 47 пацентов – составляли (47,96%), у 13 пациентов обнаружили устойчивость к левомицетину – составляли (13,26%). Выводы. Таким образом наиболее высокую чувствительность микроорганизмов на чувствительность наблюдается к ампициллину и цефтриаксону. Наиболее слабую резистентность к микроорганизмам показали тетрациклин и ципролет, а резистентность и чувствительность более устойчиво обнаруживалась к гентамицину и левомицетину. Эффективность высокочувствительный антибиотиков даёт нам возможность наибольшую пользу для пациентов, по отношению к здоровью и финансовому положению.

МОРФОЛОГИЯ И РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА.

Хамраев А.Х., ассистент

Кафедра гистологии СамМИ (зав.кафедрой – д.м.н. Орипов Ф.С.)

Изучение морфологии эфферентной иннервации мышечной оболочки пищевода в норме и при воздействии экстремальных факторов имеет определенное значение в выяснении патогенеза его нервно-мышечных заболеваний. К нервно-мышечным заболеваниям пищевода относят нарушения функции его сфинктеров, диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа) и др. Цель исследования. Изучение морфологии нервного аппарата и эфферентной иннервации мышечной оболочки верхнего отдела пищевода при воздействии пестицидом «цирекс». Материал и методы исследования. Изучен интрамуральный нервный аппарат верхней трети пищевода у 3 контрольных и у 5 экспериментальных кроликов при воздействии последним малыми дозами пестицида «цирекс», которое вводили в желудок зондом в виде водной эмульсии. Животных умерщвляли под этаминал-натриевым наркозом. Материал взятий сразу после забоя животных натягивали деревянными иголками на пенопласт и в таком виде фиксировали в 12% нейтральном формалине. Формалин нейтрализовали насыщенным раствором тетраборнокислого натрия. Периодически проверяли РН формалина универсальным индикатором РКС, и импрегнацию начинали при первых же сдвигах РН в кислую сторону. Криостатные срезы материла импрегнировали методами Бильшовского - Гросса, Кампоса и Рассказовой. Результаты исследования. В стенке верхнего отдела пищевода кроликов мышечная оболочка состоит из поперечнополосатой мышечной ткани, эфферентная иннервация которой изучена недостаточна как в норме, так и при воздействие экстремальных факторов. В составе этой оболочки (в составе межмышечного ауэрбаховского сплетения) нами обнаружены интрамуральные ганглии, содержащие различное количество нейроцитов. Они в основном расположены на месте перекреста пучков нервных волокон. Следует отметить, что чем больше калибр перекрешиваюшихся нервных пучков, тем больше размер ганглии, следовательно, тем больше количество и нервных клеток в их составе. Основное количество нейроцитов являются длинноаксонными (нервными клетками первого типа Догеля). Нами также обнаружено много эфферентных нервных окончаний (моторных бляшек) в мышечных волокнах, которые плотно прилегают в его сарколемму. Концевые образования их имеет различную форму. Большинства этих эфферентных нервных окончаний имеют концевое разветвление и каждая ветвь заканчивается утолщением в виде барабанной палочки. При воздействии малыми дозами пестицида в ранние сроки мы обнаружили реактивные изменения нервных структур, выражающиеся в виде гиперимпрегнации, гипертрофии и варикозных изменений нервных волокон, гипертрофии нервных окончаний, деформации концевых образований эффекторов. В более поздние сроки наблюдали частично дегенеративные изменения. Они выражались в виде гипертрофии и деформации эффекторных нервных окончаний, гиперплазии отростков нервных клеток и зернисто – глыбчатого распада некоторых нервных волокон. Таким образом, при воздействии пестицидом «цирекс», в нервном аппарате мышечной оболочки верхней трети пищевода в ранние сроки наблюдения обнаруживается реактивные изменения, а в более поздние сроки наблюдения и частично дегенеративные изменения.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПЛОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Ходоровская А.А.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии Высшего государственного учебного заведения

«Буковинский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой – д. мед. н., профессор Цигикало А.В.

На сегодняшний день быстрый прогресс в области перинатальной медицины привел к увеличению числа различных трахеобронхиальных вмешательств дыхательных путей у плода и новорожденных. Поэтому целью нашей работы было изучение особенностей развития органов дыхательной системы в плодовом периоде онтогенеза человека. У зародышей с теменно-копчиковой длиной (ТДК) от 14,2 и 16,5 мм закладка легких, в прежде описанных стадиях развития, имеет вытянутую форму, но нижний полюс легких непосредственно у зародыша длиной 16,5 мм значительно расширен в правом легком, что следует рассматривать как начало формирования диафрагмальной поверхности органов. Продольный размер правого легкого равен 1716 мкм (зародыш длиной 14,5 мм) и 1870 мкм (зародыш длиной 16,5 мм), левой соответственно 1342 мкм и 1584 мкм. Поперечные размеры легких: правой – 784 мкм, левой - 726 мкм и 836 мкм и 814 мкм. Дольчатые вырезки значительно усугубляются, превращаясь в более широкие борозды. Средняя доля правого легкого значительно увеличивается и у зародыша длиной 16,5 мм ее вертикальный размер достигает 352 мкм, поперечный - 308 мкм, почти соответствует размерам верхней части легких (385 и 440 мкм). Наибольшими все же остаются нижние доли легких. В бронхиальном дереве на данном этапе развития можно выделить ветви 1 - го, 2 - го и 3 - го порядка. Гистологическое строение стенки бронхов с внутренней стороны представлено высоким многорядным эпителием, ядра клеток которого имеют овальную форму на срезах толщиной 15 мкм и располагаются преимущественно в три ряда. Количество бокаловидных клеток в составе эпителия значительно увеличиваются. Внешне к базальной мембране прилегает слой, плотно расположенных в несколько рядов клеток мезенхимы, по периферии которого образуется как бы ободок неплотно расположенных клеток мезенхимы, образующих рыхлую соединительную ткань. Слой плотно расположенных клеток мезенхимы вокруг главных и дольковых бронхов значительно толще. чем по ходу ветвей 2 - го и 3 - го порядка и достигает 24 мкм. Клетки этого слоя непосредственно прилегают к базальной мембране и по форме напоминают гладкомышечные клетки. Длина правого главного бронха у зародыша ТДК 14,5 мм равна 352 мкм, левого - 418 мкм, у зародыша длиной 16,5 мм - соответственно 374 и 440 мкм. Диаметр бронхов в области вхождения в ворота легких достигает 176 мкм - правого легкого и 154 мкм - левого легкого, толщина стенки не превышает 56 мкм. Диаметр дольковых бронхов равен 88-116 мкм и ветвей - 66-70 мкм. На этих стадиях развития легких особенно у зародыша ТДК 16,5 мм оказываются кровеносные сосуды, следующие по ходу бронхов и их разветвлений. Стенка кровеносных внутриорганных сосудов еще полностью не сформирована, она только представлена эндотелием, хорошо выраженным в более крупных стволах (20 и более мкм в диаметре) и плохо обнаруженным в более меньших ветвях. Расстояние между сосудами и бронхами колеблется от 24 до 30 мкм. В этом периоде уже устанавливается связь между внутри - и внеорганными сосудами, в ворота каждого легкого входит легочная артерия, которая отдает дольчатые ветви. Диаметр правой легочной артерии равен 44, левой - 42 мкм, просвет артерий очень узкий и не превышает 12 мкм, стенка их еще не полностью сформирована и представлена эндотелием и слоем клеток мезенхимы, расположенных в несколько рядов. Стенка легочных вен развита еще меньше чем в соответствующих артериях и представлена только однослойным плоским эпителием - эндотелием. Таким образом, формирование кровеносных сосудов легких происходит как бы в двух взаимно противоположных направлениях: с одной стороны в закладки легких вступают сосуды извне – это легочные и бронхиальные, с другой стороны, они развиваются из мезенхимы, заложенной в самом органе.

АДАПТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

Ходоровская А.А.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии Высшего государственного учебного заведения

«Буковинский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой – д. мед. н., профессор Цигикало А.В.

Современное общество подвергается растущим стрессорным нагрузкам. Поэтому все большую актуальность приобретает изучение механизмов развития патологических изменений в результате действия стрессорных факторов, а также поиска способов адаптации организма и его защиты от стресса. Основой развития патологических состояний при стрессе является длительное воздействие гормонов, которые участвуют в формировании стрессовой реакции и вызывают нарушения в обмене липидов, углеводов и электролитов. Целью проведенных исследований было изучение ультраструктуры тироцитов щитовидной железы в условиях иммобилизационного стресса при гипофункции эпифиза на фоне введения мелатонина. Экспериментальные исследования проведены на 24 половозрелых самцах белых крыс, которые были распределены на 3 группы по 8 особей в каждой: 1 группа - контрольная, 2 группа – животные, которые поддавались стрессу с гипофункцией эпифиза, 3 группа - животные с гипофункцией эпифиза, которые перед стрессом получали мелатонин. Гипофункцию эпифиза моделировали путем содержания животных в условиях освещения в течение 7 суток. Стресс моделировали путем 1-часовой иммобилизации животных в пластиковых клетках. Мелатонин животным вводили в дозе 1 мг/кг за час до

стресса. Морфологические исследования щитовидной железы проводили методом электронной микроскопии. Ультраструктурная организация щитовидной железы у животных 3-й группы показала, что большинство тироцитов по размерам низкие, в их цитоплазме имеются округло-овальные ядра, в которых преобладает эухроматин, есть ядрышки и скопления гранул рибосомального типа. Кариолема ровная и имеет преимущественно равномерное перинуклеарное пространство. Объем цитоплазмы небольшой, но она насыщена большим количеством органелл. Канальцы гранулярной эндоплазматической сети очагово расширены, протяженность их невелика, в цитоплазме много свободных полисом. Дополнительные также цистерны и вакуоли комплекса Гольджи. Большинство митохондрий округлой продолговатой формы, отдельные - гипертрофированные, деформированные и имеют очагово просветленный матрикс и редуцированные кристы. Кроме первичных небольших лизосом, прослеживаются увеличенные, различной плотности, вторичные лизосомы. На апикальной поверхности плотность микроворсинок умеренная, но есть увеличенные по высоте и незначительные цитоплазматические выпячивания - это свидетельствует о функциональной напряженности клеток. В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы: ультраструктурные изменения щитовидной железы у стрессированных животных с гипофункцией эпифиза имеют более выраженный характер, что, в свою очередь, свидетельствует о большей степени мобилизации щитовидной железы; менее выражены ультраструктурные изменения щитовидной железы у животных с гипофункцией эпифиза, которые перед стрессом получали мелатонин. Вероятно, такие ультраструктурные изменения щитовидной железы обусловлены адаптогенным влиянием в результате введения экзогенного мелатонина.

НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Холикулова М.М, Рахимов И.К. студенты 309 группы леч.фак. СамМИ

Курс патологической анатомии (зав. курсом доцент Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель: ассистент Исмоилов Ж.М.

Цель работы: Новообразования молочной железы являются одним из распространенных патологий во всех регионах планеты. Рак молочной железы среди женщин по частоте является ведущим в Узбекистане и коррилирует с раком матки. Мы решили изучить частоту распространения и морфологию новообразований молочной железы по биопсийным материалам. Материал и метод исследования: Проводили анализ биопсий 69 больных в возрасте 24-58 лет. Основной контингент больных были в возрасте 30-45 лет (52 женщин). Срезы новообразований окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-гизону. Результаты исследования: По результатом исследования у 28 больных были выявлены различные формы мастопатии. Возраст больных составляет 24-45 лет. У 27 больных в возрасте 29-53 лет установлены разные варианты фиброаденомы. У 14 больных в возрасте 31-58 лет по биопсиям обнаружены разные формы рака молочной железы. Гистологическая картина рака разнообразная. В 8 случаях установлена инфильтрирующая форма протокового рака по типу аденокарциномы и внутрипротоковый фиброзный рак. В 4 случаях распознана неинфильтрирующая скиррозная аденокарцинома и еще в 2 случаях внутриэпидермальный рак соска (болезнь Педжета). Протоковый рак чаще всего развивался на фоне пролиферирующий мастопатии и у 5 незамужных женщин. У 12 больных новообразования молочной железы сочетались миомой матки. Выводы. Проведенное морфологическое изучение новообразований молочной железы показало, что чаще всего у 28 женщин наблюдались различные мастопатии и возраст их сравнительно молодая (24-35 лет). У 27 больных распознана фиброаденома и у 14 - больных рак молочной железы. Сравнительно чаще отмечена инфильтрирующая форма рака, что является косвенным показателем поздней диагностики опухолевого процесса. В анамнезе больных с протоковым раком очень часто была отмечена дисгормональная мастопатия молочной железы.

РАБОТА МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖИ ПОЗВОНОЧНИКА

Холмуродова Х.Х. студентка 121 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра медицинская и биологическая физика (зав. курс. доц.Содиков Н.О.)

Научный руководитель: ассистент. Ахроров М.Н.

Вся работа МРТ начинается с квантовой физики, откуда берет свое начало термин «спин», применяемый к элементарным частицам. Что такое спин, общепринято - это момент количества движения частицы. Частицы как-бы постоянно вращаются, создавая при этом возмущения в магнитном поле. Так как элементарные частицы в свою очередь образуют ядра атомов, считается, что их спины при этом складываются и ядро обладает собственным спином. При этом если мы хотим как-то взаимодействовать с ядрами атомов с помощью магнитного поля, нам будет очень важно, чтобы спин был ненулевым. Самый распространенный в нашей вселенной элемент - водород имеет ядро в виде одного единственного протона, который имеет спин равный ±1/2. А это означает, что упрощенно, ядра водорода можно рассматривать как очень маленькие магниты, имеющие северный и южный полюс. И стоит ли упоминать, что в теле человека атомов водорода много (около 10^{27}), но так как мы не притягиваем к себе железки, становится очевидно, что все эти маленькое «магниты» уравновешиваются между собой и остальными частицами, и общий магнитный момент тела практически равно нулю. Магнитный момент ядра, помещенного в магнитное поле, может принимать лишь дискретную ориентацию. Это означает, что энергии ядра будут соответствовать подуровки, расстояние между которыми зависит от индукции магнитного поля. Приложив внешнее магнитное поле, можно вывести эту систему из равновесия и протоны поменяют свою пространственную ориентацию в соответствии с направлением силовых линий поля. Классификация грыж на МРТ по направлению выпячивания включает передние, задние и боковые, а также грыжи Шморля. Передние являются самыми неопасными, в отличие от задних, поскольку они находятся в канале спинного мозга и могут сдавливать его. Боковые грыжи располагаются слева или справа от позвонков, что отображается в диагнозе. Грыжа Шморля подразумевает вертикальное грыжевое выпячивание и разрушение тела позвонка. Классификация по пораженному отделу позвоночника насчитывает три вида грыж: поясничную, которая встречается практически в ста процентах случаев, шейную, диагностируют которую на порядок реже, и грудную, являющуюся большой редкостью. МРТ при грыже позвоночника позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз, а также выбрать способ лечения, благодаря точной визуализации: спинномозговых корешков; межпозвонкового хряща; ткани; окружающей ткани. Нельзя проводить процедуру при наличии металлических имплантатов в теле. Также МРТ не проводится при наличии кардиостимуляторов и электрических ушных протезов, также других металлосодержащих приспособлений. Если металл амагнитный, то процедуру проводить можно.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Хусанова Д. студентка 222 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра анатомия человека и ОХТА (зав.каф. – к.м.н., доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: ассистент Тошмаматов Б.Н.

Изучение возрастной морфологии строения стенки разных отделов пищеварительного тракта и его сфинктерного аппарата представляет не только теоретический, но и практический интерес. Илеоцекальная заслонка, располагаясь на границе между тонкой и толстой кишкой, разделяет две функционально различные зоны пищеварительного тракта. Так как, от морфофункционального состояния илеоцекальной заслонки зависит возникновение и развитие многих заболеваний кишечника. Цель исследование. Изучить строение структурных компонентов стенки илеоцекальной заслонки крысы и кроликов в раннем постнатальном онтогенезе. Материалы и методы исследование. Материалом для исследования – послужили 36 препаратов илеоцекальной области взятых от белых беспородных крыс. У крыс новорожденного 6, 11, 16 и 22 – х дневного. Все животные содержались в одинаковых условиях вивария. Забой производился под эфирным наркозом, после вскрытия брюшной полость изымалась илеоцекальная область. Полученный материал фиксировался в жидкости Буэна, затем органы проводили по спиртам восходящей концентрации и заливали в парафин. Срезы толщиной 8 – 12 мкм окрашивали гематоксилином – эозином, по ван Гизону, Вейгерту. При микроскопическом исследование определяли форму илеоцекального

отверстия у крыс. Измеряли диаметр илеоцекального отверстия у крыс. Результаты исследование и их обсуждение. У крыс в илеоцекальной области перехода подвздошной кишки в слепую отверстие в большинство случаев имеет овальную форму. Реже оно щелевидной формы. Со стороны подвздошной кишки отверстие прикрыто ворсинками, со стороны слепой кишки криптами. Ворсинки прикрывают примерно 1/3 диаметра просвета илеоцекального отверстия. У новорожденных крысят диаметр просвета илеоцекального отверстия колеблется от 330 до 170 мкм, в среднем - 250±9,3 мкм. В 6 дневному возрасту у крысят диаметр просвета илеоцекального отверстия варьирует от 590-360 мкм, в среднем - 445±14,2 мкм. В 11 дневном возрасте у крыс диаметр просвета илеоцекального отверстия от 830 до 620 мкм, в среднем - 723±13 мкм. У 16 дневного возраста в илеоцекальным отверстии диаметр варьирует от 1100 до 880 мкм, в среднем 983±13,6 мкм. К 21 дневному возрасту у крыс просвета илеоцекального отверстия колеблется от 1320 до 1050 мкм, в среднем 1190±13 мкм. Вывод. У крыс в илеоцекальной области перехода подвздошной кишки в слепую отверстие в большинство случаев диаметр просвета больше у 16 – 21 дневных крысят.

ОБЩАЯ МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СРЕДСТВ ДЛЯ НАНЕСЕНИЯ МАКИЯЖА

Чернобровкина М.С, Прибыткова П.Ю, Абасова А.Д студенты 301-302 группы педиатрического факультета ИГМА

Кафедра микробиологии и вирусологии №15 (зав.каф. – профессор, д.м.н. Иванова М.К.)

Научный руководитель профессор, д.м.н. Иванова М.К.

Цель работы: изучить степень обсемененности организмами кисточек и спонжей для макияжа при их многократном использовании. Материалы и методы исследования: Были использованы 6 кисточек (2 для нанесения пудры, 4 для нанесения теней) и 6 спонжей (для нанесения тональной основы), часть из которых (3 кисточки и 3 спонжа) после каждого использования подвергались чистке с использованием мыла. Для макияжа использовались тени для век, пудра, а так же ВВ крем. В работе использовались следующие методы: 1. изучение литературы по данной теме; 2.экспериментальные (проведение серии опытов); 3. сравнение результатов между собой. Результаты: 1. На 7 и 14 дни исследования наблюдалось увеличение обсемененности немытых кисочек и спонжей, произошло увеличение колоний при исследовании немытых образцов. 2. При окраске по грамму были выявлены такие микроорганизмы, как грибы рода Candida и грамположительные кокки (стафилококки). Выводы: Использование грязных спонжей и кисточек может существенно влиять на кожу лица и тем самым привести к возникновению различных заболеваний; Мытье кисточек и спонжей даже обычным мылом значительно снижает их загрязненность. После проведенных опытов было установлено, что степень обсемененности немытых кисточек и спонжей выше, чем мытых. При исследовании мазков были выявлены грамположительные кокки (стафилококки) и грибы рода Candida. Данные микроорганизмы могут отрицательно влиять на микрофлору кожи лица, приводя тем самым к различным заболеваниям. На 14 день произошло увеличение колоний, что свидетельствует о большей обсемененности грязных кисточек и спонжей.

ДЕФЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ДИАФРАГМЫ И ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА

Шаймарданова А.Ф., ординатор второго года ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП (зав.-проф., д.м.н. Вавилов А.В.)

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Бабушкина К.А.

Врожденная диафрагмальная грыжа – тяжелый порок, сопровождающийся внутриутробным недоразвитием грудобрюшной преграды – диафрагмы. В течение всего периода внутриутробной жизни плода органы брюшной полости располагаются в груди, сдавливая и смещая сердце и оба легких. Не смотря на совершенствование методов диагностики, летальность при таких пороках, по данным мировой медицинской литературы, колеблется от 7 до 22%. Цель работы: оценить корректность клинической диагностики врожденного порока развития диафрагмы на примере из судебно-медицинской практики. Материал и методы исследования: были изучены материалы судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденной с врожденной диафрагмальной грыжей. Результаты: Из представленной медицинской карты пациента, известно: ребенок 37 недель, доношенный на 8-9 баллов по Апгар; при выписке из роддома – клинический диагноз: здоров. Первый врачебно-сестринский патронаж: период адаптации без патологии; над легкими перкуторно легочный звук, дыхание пуэрильное, хрипов нет. Из заключения эксперта: «В левой плевральной полости 30мл светло-серой полупрозрачной жидкости. В заднебоковой части левого купола диафрагмы треугольной формы дефект размерами 3х1см, через который в левую плевральную полость проникают компактно-лежащие петли тонкой кишки; края дефекта тонкостенные без кровоизлияний. Левое легкое уменьшено в объеме, поджато; правое на 2/3 заполняет плевральную полость. Масса легких: правого – 28,20гр, левого – 14,30гр. Средняя часть тонкого кишечника длиной 90см находится в левой плевральной полости, где петли кишечника с поверхности и на разрезе темно-красно-коричневого цвета, незначительно утолщены за счет отека, в просвете их красно-коричневая густая слизь». Гистологическая картина характеризуется очаговой десквамацией бронхиального эпителия и альвеолярной эмфиземой в левом легком, в правом – наличием в просветах бронхов десквамированных бронхоцитов и инородных масс бурого цвета; в окружающей легочной ткани, просвете многих альвеол инородные массы бурого цвета с колониями кокковой микрофлоры. Слизистая оболочка тонкой кишки на всем протяжении с выраженным полнокровием и диффузной имбибицией эритроцитами с сохранением контуров и яркой окраски эритроцитов, отеком. Легкое (окраска суданом 3): в просветах ряда респираторных бронхиол, альвеолярных ходов, альвеол установлены круглые и овальные вакуолеподобные структуры, окрашенные в оранжевый и желтый цвет. Судебно-медицинский диагноз: 1.2. Механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей желудочным содержимым. 3. Врожденная ложная не ущемленная левосторонняя заднебоковая диафрагмальная грыжа с эвентрацией петель тонкого кишечника в левую плевральную полость (дефект заднебоковой поверхности левого купола диафрагмы, через который в левую плевральную полость проникают петли тонкого кишечника, заполняя ее на 1/2 объема). Гипоплазия левого легкого. Легочная гипертензия. Выводы: Проанализировав материалы судебно-медицинской экспертизы, можно сделать вывод, что врожденная диафрагмальная грыжа не находится в прямой причинно-следственной связи со смертью, однако со стороны медицинского персонала был допущен ряд диагностических ошибок: недооценка анамнестических данных, некачественно, неполно проведенное физикальное обследование ребенка, не проведена рентгенография грудной клетки и в целом недооценена тяжесть состояния ребенка. Подобные случаи требуют разбора на всех уровнях оказания помощи ребенку, обязательно с участием врача судебно-медицинского эксперта.

СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРОЛИКОВ С ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ПРОЛИНА

Шодиев И.З. студент 1-курса 2 педиатрического факультета ТашПМИ

Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель: доцент, к.х.н. Сулейманова Г.Г.

Актуальность. При инфаркте миокарда повышается уровень среднемолекулярных пептидов (СМП). Причиной повышения СМП, может быть развитие некротического процесса в миокарде. Исследования влияния α-аминокислот на снижение деструктивных процессов в организме является актуальным вопросом. Целью настоящей работы явилась оценка эффективности аминокислоты пролина в снижении деструктивных процессов в организме кроликов при экспериментальном инфаркте миокарда (ЭИМ). Материал и методы. В опытах использовано 15 кроликов-самцов массой 2,6-3,0 кг. ЭИМ вызывали перевязкой нисходящей ветви левой коронарной артерии. Сразу после перевязки 5 кроликам через зонд перорально в желудок вводили водный раствор пролина в дозе 30 мг/кг массы тела. Далее животные каждые сутки перорально получали пролин в указанной дозе. Животные, не получавшие пролин, составили контрольную группу. Кровь из ушной вены получали до перевязки (исходная) и через 30 мин, 1, 3, 6, 12 ч и на 1, 3 и 7 сут течения ЭИМ. О степени деструктивных процессов судили по уровню деградации белковых молекул, для чего определяли содержание СМП по.

Метод заключается в осаждении 10% трихлоруксусной кислотой грубодисперсных белков с последующей детекцией элюирующей фракции при длине волны 254 (общая фракция) ($СМП_{254}$) и 280 нм (фракция, содержащая ароматические аминокислоты) ($СМП_{280}$). Содержание СМП выражали в условных единицах, соответствующих данным экстинкции. Цифровые данные обработаны статистически. Результаты. Результаты показали, что при ЭИМ статистически значимое повышение содержания $СМП_{254}$ на 22,1% наблюдается, начиная с 3 ч после перевязки. Через 6, 12, 24 и 72 ч после окклюзии наблюдалось повышение содержания $СМП_{254}$ на 62,8, 93,0, 139,5 и 144,2% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении пролина статистически значимое повышение содержания $СМП_{254}$ на 64,0% наблюдалось через 6 ч. Через 12 и 24 ч после окклюзии содержание $СМП_{254}$ оказалось повышенным по сравнению с исходным значением соответственно на 89,0 и 119,2%, что было ниже по сравнению с контрольными значениями. Уже на 3-и сутки содержание $СМП_{254}$ оказалось на уровне исходного показателя. Изучение содержания $СМП_{280}$ показало его повышение уже через 1 ч окклюзии (на 40,9%). Через 3, 6, 12, 24 и 72 ч после окклюзии наблюдалось повышение содержания $СМП_{280}$ на 168,2, 221,2, 330,3, 451,5 и 269,7% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении пролина статистически значимое повышение содержания $СМП_{280}$ на 33,3% также наблюдалось через 1 ч. Через 6, 12, 24 и 72 ч после окклюзии содержание $СМП_{280}$ оказалось повышенным от исходного значения соответственно на 177,3, 230,3, 311,8, 395,5 и 128,8%. Заключение. Результаты свидетельствует, что пролин, снижая степень деградации белковых молекул, может снизить уровень деструктивных процессов, наблюдаемых при некрозе миокарда при его инфаркте.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОДКОЖНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ И КРОВОПОДТЕКОВ

Шаймарданова А.Ф., ординатор второго года ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП (зав.-проф. Вавилов А.В.)

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Бабушкина К.А.

В практике судебно-медицинский эксперт часто сталкивается с проблемой дифференциальной диагностики нетравматических подкожных кровоизлияний и кровоподтеков при описании повреждений у трупов и живых лиц. Нетравматические подкожные кровоизлияния чаще всего обусловлены патологией системы гемостаза, определяющейся исключительно клиническими методами исследования, потому изменения кожных покровов часто либо не учитываются, либо описываются как травматические кровоизлияния (кровоподтеки), что является некорректным и может вызвать затруднения в работе как судебно-медицинских экспертов, так органов следствия пути с учетом Статьи 116, УК РФ Побои (в ред. Федерального закона от 07.02.2017 N 8-ФЗ). Цель работы: Разработка критериев дифференциальной диагностики кровоподтеков и нетравматических подкожных кровоизлияний. Материалы и методы исследования: На базе БУЗ УР "БСМЭ МЗ УР проводилось макро- и микроскопическое исследование кожных лоскутов, изъятых у 15 трупов обоих полов в возрасте от 54 до 89 лет. Для микроскопического исследования использовалась стандартная технология изготовления гистологических препаратов с окраской гематоксилин-эозином и применением оптических приборов (микроскопов) фирмы "ЛОМО". Результаты: Нетравматические подкожные кровоизлияния в виде пигментных, петехиальных и пурпурозных пятен, перемежающихся с телеангиэктазиями, локализуются преимущественно на тыльных и лучевых поверхностях предплечий, тыле кистей, на передних поверхностях голеней, реже: на передней поверхности грудной клетки, имеют неправильную круглую или овальную форму, часто сопровождаются шелушением. Цвет кровоизлияний колеблется от светло-фиолетового до темно-фиолетового и буро-фиолетового в зависимости от глубины и площади кровоизлияния и, в отличие от кровоподтеков, не имеет тенденции к «цветению». Контуры кровоизлияний четкие, ровные, на уровне кожных покровов, без травматической припухлости в окружности, с тенденцией к «слиянию» при близком расположении, тогда как четкость контуров кровоподтеков зависит от силы и индивидуальных свойств контактирующей поверхности (его площадь; материал, из которого она сделана и т.д.). В начальные периоды кровоподтек визуализируется над кожными покровами за счет посттравматической припухлости; затем – на уровне кожных покровов; тенденции к «слиянию» при близком расположении нет. При вырезке у некоторых кожных лоскутов верхние слои кожи над кровоизлияниями отходят в виде тонкой пленки. Гистологическая картина нетравматических подкожных кровоизлияний характеризуется полиморфно-клеточным инфильтратом вокруг сосудов и придатков кожи с фибриноидной дегенерацией поверхностных артериол, венул и лимфатических сосудов. В инфильтрате значительное количество эритроцитов и зерен гемосидерина. Гистологическая картина кровоподтеков более вариабельна и зависит от давности повреждения, но в целом характеризуется распадом и выщелачиванием эритроцитов, выраженной макрофагальной реакцией в основном клетками гистиоцитарного ряда (1-2 сутки), последующим нарастанием фибробластов и появлением зерен гемосидерина (3-10 сутки). Выводы: Учитывая полученные результаты, при проведении осмотра места происшествия и в ходе исследования трупа судебно-медицинскому эксперту необходимо руководствоваться оперативно-следственными данными; тщательно изучить характер патологических изменений на коже потерпевших для проведения дифференцировки с травматическими повреждениями. Для уточнения патогенетического происхождения кровоизлияний проводить судебно-гистологическое исследование.

ПРИЖИЗНЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК

Шаймухаметова Г.Ф., студентка 225 группы лечебного факультета ИГМА,

Бушмакин А.А., студент 219 группы лечебного факультета ИГМА, Долгушина А.А., студентка 219 группы лечебного факультета ИГМА

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (зав.каф. - д.м.н. Шумихина Г.В.)

Научный руководитель доцент, к.м.н. Соловьев А.А.

Цель работы: Изучить цитологические особенности опухолевых клеток, отличающие их от здоровых клеток, электрокинетических различий между опухолевыми и буккальными клетками. Исследовать реакцию злокачественных клеток на гипертермию. Материалы и методы исследования: Обследованы биологические материалы различных опухолей, окрашенные метиленовым синим, и буккальный эпителий, окрашенный нейтральным красным. Исследование проводилось методом микроэлектрофореза опухолевых клеток с помощью прибора «Цито-эксперт» (патент РФ №2168176). Результаты: Установлены следующие признаки злокачественности опухолевого материала: изменение ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону увеличения ядра. Была отмечена диссоциация между созреванием ядра и цитоплазмы. Форма раковых клеток частично или полностью не соответствует свойственной клеткам нормальной ткани. Полиморфные и гиперхромные ядра располагаются атипично, контур неравномерно извилистый. Ядрышки чаще всего определяются, но размеры их увеличены, а форма неправильная. Наблюдалось противоположно направленное движение здоровых и злокачественных клеток и таких структур, как ядра и ядрышки. Было отмечено движение ядрышек в электрическом поле как признак злокачественных новообразований. У раковых клеток резко снижается электрическая проводимость ткани и изменяется заряд мембраны; следовательно, у таких клеток меняется амплитуда и направление движения в электрическом поле, что характерно для опухолевых клеток. При воздействии на раковые клетки высокой температурой было установлено, что гипертермия имеет достаточно выраженный характер влияния на раковые клетки. Это проявлялось в изменении кинетики клеток, т. е. происходит снижение амплитуды движения или полное его отсутствие под действием электрического поля. Так же было отмечено изменение морфологических признаков, таких как гиперхроматоз, как отражение коагуляции белков, уменьшение объема цитоплазмы. Выводы: Таким образом, характерные для раковых клеток признаки представляют особую значимость в цитологическом исследовании и постановке диагноза, так как позволяют обнаружить клетки, характеристики которых существенно отличаются от неопухолевых клеток и типичны для злокачественных опухолевых клеток. Исследование противоположно направленного движения здоровых и злокачественных клеток может быть использовано в качестве ранней диагностики рака. Использование гипертермии позволяет дифференцировать реакцию опухолевых и неопухолевых клеток. При этом злокачественные опухолевые клетки теряют Дзета-потенциал, проявляются признаки их дегенерации.

АДАПТОГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ НООТРОПОВ

Шашерина Я.В., студентка 206 группы педиатрического факультета,

Гарипова Р.Р., студентка лечебного факультета 225 группы ФГБОУ ВО «ИГМА»

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии (заф. каф. – д.м.н. Шумихина Г.В.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Соловьев А.А.

Цель: проследить адаптационные эффекты ХГч на клетки крови. Задачи: 1. Изучить данные отечественной и зарубежной литературы по исследуемому вопросу; 2. Провести ряд наблюдений и изучить влияние препарата на клетки крови человека; 3. Сделать статистическое исследование на основании полученных результатов; 4. Сделать выводы о влиянии ХГч на клетки крови. Материалы и методы: растворы ХГч с содержанием 15ЕД, 75ЕД, 150ЕД, 1500ЕД, капиллярная кровь из пальца; изучение и анализ литературы по теме; метод прижизненной окраски; метод микроэлектрофореза; метод световой микроскопии. Полученные результаты: статистически доказанным результатом является повышение кинетики эритроцитов при добавлении в кровь раствора ХГч с 150ЕД. Было проведено 6 опытов, на основании данных которых был вычислен U-критерий Манна-Уитни, который подтверждает нахождение изучаемого признака в зоне значимости. В ходе исследования было выяснено, что кинетика эритроцитов при введении раствора ХГч с 150ЕД увеличивается в среднем на 2,6 мкм по сравнению с контрольной группой. Дополнительные наблюдения, не подтвержденные статистикой: 1. В крови с физ. раствором наблюдаются не двигающиеся лимфоциты, клетки с минимальными движения или с блеббингом; с 15 ЕД кинетика клеток достигает 2 мкм; с 75 ЕД кинетика лимфоцитов увеличивается до 6 мкм, встречаются клетки с блеббингом, наличие пузырьков, отшнуровывающихся от активных лимфоцитов; с 150 ЕД кинетика лимфоцитов 1 мкм, также встречаются пузырьки; 2. Нейтрофилы в крови с физ. раствором не двигаются, встречаются клетки с блеббингом, с 15 ЕД кинетика не повышается, с 75 ЕД зафиксирована кинетика 1 мкм, при 1500 ЕД клетки обладают кинетикой до 7 мкм; 3. Кинетика моноцита в крови с физ. раствором до 3 мкм; с 15 ЕД не меняется, с 75 ЕД увеличивается до 4 мкм. Выводы: ХГч действует на аденилатциклазную систему, которая регулирует активность внутриклеточных ферментов. Изменение их активности влияет на функционирование ионно-транспортных мембранных систем, в результате чего изменятся заряд эритроцита, а как следствие - кинетика эритроцита.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ МАТКИ ЛАБОРАТОРНОЙ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Эшмурадова С.Ш., студент 205 группы лечебного факультета ТМА

Анатомия. Клиническая анатомия. (Зав.кафедрой –проф. Усмонов Р.Ж.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Миршаропов У.М.

Цель работы: анатомо-гистологическое изучение матки половозрелых крыс. Материалом для исследования служили препараты матки 30 половозрелых крыс, контрольной группы. Уникальность матки, будь то человека или животных, во многом объясняется особенностями её морфологии и выполняемыми ею функциями. Анатомически матка крысы состоит из двух рогов, тела и шейки. На самом деле, несмотря на то, что стенки правого и левого маточных рогов срастаются, формируя тело и шейку, их полости остаются отделенными друг от друга тонкой перегородкой и открываются во влагалище двумя отдельными отверстиями, следовательно, матку крыс следует отнести к двойной. При гистологическом исследовании установлено, что стенка матки состоит из трех оболочек: слизистой (эндометрия), мышечной (миометрия) и серозной (периметрия). Изучению строения эндометрия посвящено большое количество работ. Периметрий представлен плотной волокнистой соединительной тканью, покрытой мезотелием, в области шейки матки имеются скопления жировой ткани - параметрий. Малоизученной остается гладкая мышечная ткань миометрия матки, характеризующаяся, как известно, спецификой выполняемых функций и эндокринной зависимостью. Существует целый ряд спорных вопросов, на которые в специализированной литературе нет однозначных ответов, так, например, до сих пор нет определенной позиции относительно количества слоёв в миометрии и тем более его строения в нижнем сегменте матки. Серозная оболочка представлена одним слоем мезотелиальных клеток и не составляет существенной части толщины матки. Миометрий состоит из двух слоев мышечных клеток: наружного, состоящего из продольно ориентированных пучков клеток, и внутреннего циркулярного, содержащего пучки клеток, направленных по окружности матки. Толщина обоих слоев составляет примерно 1/3 всей стенки матки. С помощью электронной микроскопии установлено, что гладкомышечные клетки внутреннего слоя миометрия имеют вытянутый характер с небольшим ядром и длинными цитоплазматическими отростками. Миоциты разобщены между собой и размещены в однородном веществе матрикса. Небольшое количество митохондрий и других органелл указывает на неактивное состояние миометрия. Контакты между миоцитами выявляются в удаленных от ядер окончаниях, где цитоплазматические отростки образуют соединения типа "замок", обеспечивающие циркулярную ориентацию миоцитов внутреннего слоя миометрия. По длиннику миоцитов встречаются выросты цитоплазмы, направленные навстречу друг другу, либо редкие непосредственные контакты типа щелевых. Однако в этих соединениях отсутствуют параллельные структуры и характерные сгущения электронно-плотного материала, что отличает их от истинных СЛ. Эндометрий представлен плотной соединительной тканью, в толще которой расположены сечения эндометриальных желез; они берут начало возле циркулярного слоя миометрия и, извиваясь, проникают через соединительную ткань и открываются в небольшую полость матки. Эпителий желез идентичен поверхностному цилиндрическому эпителию полости матки. Эндометрий занимает около 2/3 всей толщины стенки матки. Секреторная активность эпителиального покрова полости матки и эндометриальных желез минимальна. Сосуды эндометрия имеют спиралевидный ход и на срезах выглядят как несколько сближенных сечений артериол. В строме, кроме множества фибробластов, выявляются малые лимфоциты и более крупные гранулоциты. Проведенное гистологическое исследование носит фундаментальный характер, и полученные данные будут полезны студентам и преподавателям вузов, а также экспериментаторам, работающим в различных исследовательских учреждениях и практических лабораториях.

ХРОНИЧЕСКИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ

Юсупов А.Б., Османов Т.М. студенты 229 группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра микробиологии,вирусологии и иммунологии (зав.каф. к.б.н. доц. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: асс. Шайкулов Х.Ш., асс. Юсупов М.И

Цель работы: Для разработки схемы эффективного лечения, исходя из их микробной этиологии определить чувствительность возбудителей к антибиотикам. Материал и методы исследования: Мы обследовали 62 больных с хронической абцедирующей угры (32 больных), хронической рецидивирующей микробной экземой (11), хронический рецидивирующий пиодермией (11), хроническим рецидивирующим фолликулитом (2), хроническим рецидивирующим фурункулёзом (2), дерматитом Дюринга (2) и по одному больного со стрептодермией и эксудативной экземой. Посевы гноя производились методом рассева по Дригальскому на кровяном мясопептонном агаре. Чуствительность микрофлоры определялась с применением 10 видов антибиотиков (гентамицин, эритромицин, левомицетин, полимиксин, тетрациклин, цефазолин, оксациллин, бензилпенициллин, доксициклин и ампициллин) методом стандартных бумажных дисков. Результаты исследований показывают, что среды перечисленных антибиотиков на общую микрофлору гноя более эффективно действуют гентамицин, оксациллин и доксициклин, к которым микрофлора гноя проявила чувствительность, соответственно, у 38 (61%), 36 (60%) и 31 (50%) обследованных больных. Что касается остальных 7 препаратов, к ним в подавляющим большинстве случаев микрофлора гноя приобрели устойчивость. Из них только эритромицин и тетрациклин сохранили в 21 и 18% случаев свою антибактериальную активность. К 5 препаратам такая активность была регистрирована только от 8 до 12% случаев. Выводы: Анализ видового состава микрофлоры показывает, что в развитии гнойно-воспалительных заболеваний кожи причастны стафилококки, дрожевые грибы, эшерихии, стрептококки и другие виды, однако доминирующим оказались стафилококки, которые высевались в монокультуре у 36 больных, а в ассоциациях с другими микроорганизмами ещё у 15 больных. В общей сложности у 51 больного (89%) с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями кожи в этиопатогенезе основная роль принадлежит стафилококкам, обладающим признаками патогенности и устойчивостью ко многим антибиотикам.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ АМПУЛЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА У МЛЕКОПИТАЮЩИХ, ИМЕЮЩИХ И НЕИМЕЮЩИХ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Юсупова С.Х., студентка 225-группы лечебного факультета СамМИ

Кафедра анатомия человека и ОХТА (зав.каф. – к.м.н., доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: ассистент Рахмонов З.М.

Цель исследования. Изучение сравнительной морфологии ампулы Фатерова сосочка у животных, имеющих и не имеющих желчный пузырь. Материалы и методы исследования. Изучены морфологические особенности ампулы фатерова сосочка крыс, как представителей животных, не имеющих желчный пузырь, и кроликов – животных, имеющих желчный пузырь. Методом получения серийных гистотопографических срезов от уровня формирования ампулы Фатерова сосочка до его устья с последующим последовательным морфологическим и морфометрическим их анализом, реконструирована картина внутреннего рельефа слизистой оболочки ампулы. Парафиновые срезы материала окрашены гематоксилином и эозином, методами Ван Гизона, Маллори и Гримелиуса. Результаты исследования. Установлена, что рельеф слизистой оболочки ампулы Фатерова сосочка крыс и кроликов значительно отличается.У крыс полость ампулы гладкая и имеет небольшие углубления. Слизистая оболочка Фатерова сосочка кроликов образует складки, которые образуя между собой анастомозы, формирует трабекулярную сеть. Ампула Фатерова сосочка лабораторных животных, имеющих и не имеющих желчный пузырь, утолщены. Стенка полости ампулы покрыта призматическим эпителием и местами имеет криптообразные углубления. Вывод. Со стороны мышечной оболочки двенадцатиперстной кишки в собственной пластинке расположены секреторные отделы желез. Обе губы устья содержат мышечную оболочку, однако они, не доходят до края губ, заканчиваются клинообразным утончением.

ДАУН СИНДРОМИ-САБАБЛАРИ, КАСАЛЛИК БЕЛГИЛАРИ, ТАШХИСЛАШ

Абдуллаев Э., СамМИ, 117-гурух Даволаш факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И.)

Илмий рахбар ассистент. Исламова З.Б.

Ишнинг мақсади: XX асрда Даун синдроми етарлича кенг тарқалган ташхисга айланди. Даун синдроми бўлган одамлар кўп қайд этилган, аммо аломатларнинг фақат бир қисмини тўхтатиш мумкин эди. Даун синдроми билан касалланган одамларнинг кўпчилиги чақалоқлик ёки болалик даврида вафот этган. Материаллар ва методлар. Даун синдроми (21-хромосома трисомияси) - геном патологияларнинг бир шакли бўлиб, унда кариотип кўпинча нормал 46 ўрнига 47 хромосома билан ифодаланади, чунки 21-жуфт хромосомалар нормал иккита ўрнига уч нусхада бўлади. Мазкур синдромнинг яна иккита шакли мавжуд: Натижалар: Ушбу синдром 1866-йилда уни биринчи марта тасвирлаб берган инглиз шифокори Жон Даун номи билан аталган. Туғма синдромнинг келиб чиқиши ва хромосомалар сонининг ўзгариши орасидаги боғлиқлик фақатгина 1959-йилга келиб француз генетиги Жером Лежен томонидан аниқланган. Ёшлар сленгида «Даун» дея шунчаки аҳмоқ одамлар камситилади (ингл.Down- пастки). «Синдром» сўзи белгилари ёки характерли хусусиятлар мажмуасини англатади. Бу атамани қўллаганда, «Даун касаллиги» дан кўра «Даун синдроми» шаклини қўллаш тўғрироқ бўлади. Халқаро Даун синдромига чалинган одам куни биринчи марта 2006-йил 21-март куни Женева университетидан юнон генетиги Стилианос Антонаракиса ташаббуси билан нишонланди. Кун ва ой жуфтлик рақами ва хромосомалар сонига қараб танланган. 1975-йилда АҚШ Миллий соғлиқни сақлаш институти номенклатурани стандартлаштириш бўйича конференция ўтказди. Улар нотўғри аталишни бекор қилишни тавсия қилдилар. Бунинг сабаби синдромнинг кашфиётчиси бу касалликдан азият чекмаганлиги эди. Шунга қарамай, Даун синдроми номи ҳали ҳам барча мамлакатларда ишлатилади. Эпидемиология. Даун синдроми камдан-кам учрайдиган патология эмас - у ўртача 700 та туғилишдан битта ҳолатда кузатилади. Ҳозирги вақтда пренатал ташхис туфайли, Даун синдроми бўлган болалар туғилишининг частотаси ҳар 1100 ҳолатдан 1 тагача камайган, чунки ҳомила касаллиги ҳақида хабар топгач, абортга мурожаат қилинади. Ҳар икки жинсдаги ҳомилада ҳам аномалия учраши эҳтимоли бир хил бўлади. Даун синдроми юзага келиши эҳтимолининг она ёшига боғлиқлигини кўрсатувчи график Даун синдроми билан туғиладиган болалар сони ҳар 800 ёки 1000 чақалоқ учун 1 тани ташкил этади. 2006-йилда касалликларни назорат қилиш ва профилактика маркази буни Қўшма Штатларда 733 та тирик туғилиш учун битта ҳолат деб баҳолади (йилига 5 422 янги ҳолат). Уларнинг 95%га яқини 21-хромосома трисомиясидир. Даун синдроми барча этник гуруҳларда ва барча иқтисодий табақаларда учраши мумкин. Онанинг ёши Даун синдроми бўлган болага ҳомиладор бўлиш эҳтимолига таъсир қилади: Агар оналар 20 дан 24 ёшгача бўлса, бу эҳтимоллик 1562 га 1; 30 ёшгача бўлса - 1000 га 1; 35 ёшдан 39 ёшгача - 214 га 1; 45 ёшдан ошганда эса эҳтимол 19 га 1 нисбатида бўлади. Еҳтимоллик онанинг ёши ўтгани сайин ошишига қарамай, ушбу синдромли болаларнинг 80 фоизи 35 ёшгача бўлган аёлларда туғилади. Бу ҳолат мазкур ёш гуруҳида умумий туғилишнинг юқорилиги билан боғлиқ. Охирги маълумотларга кўра, отанинг ёши, айниқса, у 42 ёшдан ошган бўлса ҳам болада синдром ривожланиши хавфини оширади. Хулоса: Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, Даун синдроми шунингдек жинсий ҳужайра шаклланиши ва ҳомиладорлик жараёнида тасодифий ҳодисаларга ҳам боғлиқ. Ота-оналарнинг хатти-ҳаракати ва атроф-муҳит омиллари бунга таъсир қилмайди.

СУНЪИЙ КОН АЙЛАНИШ АППАРАТИ

Абдуллаев Э.Ж. студент117 гурух даволаш факультети СамМИ

Кафедра «тиббий ва биологик физика» (курс.мудири,доц.Содиков Н.О.)

Илмий рахбар: укитувчи Хамроев Ж.Х.

Бу сунъий йўл билан организмда, унинг алоҳида органларида ёки алоҳида қисмларида қон айланишини таъминлайдиган усулдир. Умумий сунъий қон айланиш эса қисқа вақт ичида юракнинг насос функциясини муайян механик мосламалар билан алмаштирилишига айтилади ва кардиохирургияда кенг қулланилади. Регионар сунъий қон айланиш организмнинг алоҳида органи ёки бир қисмини вақтинча томирлар системасида изолятция қилган ҳолдаги перфузиясидир. Бу усул ёрдамида дори моддаларини жароҳат жойига юбориш мақсадида онкология ва хирургияда қўлланилади. Барча жаррохликларшу усул ёрдамида амалга оширилади. Сунъий қон айланиш (СКА) аппаратига қуйиладиган талаблар: 1. Аппаратнинг ишончлилиги таъминланиши ва айланадиган қоннинг ҳароратини нормал меъёрда таъминлаши керак. 2. Оксигенератор қоннинг адекват артериализациясини таъминлаши зарур (95% дан кам бўлмаган кислород билан тўйинтириш). 3. СКАаппаратининг тўлдириш ҳажми катта бўлмаслиги керак. 4. Аппарат юракнинг ва зарарланган тўқиманинг ёрилган бўшлиқларидан оқадиган қоннинг айланиш контурига қайтиши учун махсус мослама билан таъминланиши керак. 5. Аппаратда қоннинг жароҳати минимал бўлиши керак (Биринчи соатда плазманинг эркин гемоглабини40 мг% дан кўп эмас). 6. СКА аппарати зарарсиз материалдан қонга нисбатан кимёвий ҳаракатсиз муносабатида тайёрланиши керак. У клиник шароитда тозалаш ва стерилизитсия қилиниши таъминланиши керак. СКА аппарати 2 та блокдан иборат: физиологик ва механик.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ МИОРКАРД ИНФАРКТИ ДИНАМИКАСИДА ГЛИЦИННИНГ КАТАЛАЗА ВА СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗА ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИ

Акбаров Ш.Ғ., ТошПТИ I-Педиатрия факультети 203-гурух талабаси

Тиббий ва биологик кимё, тиббий биология ва умумий генетика кафедраси (кафедра мудири – б.ф.д. Юлдашев Н.М.)

Илмий рахбар доцент Нишантаев М.К.

Ишнинг мақсади: Адабиётдан олинган маълумотларга кўра, глицин антиоксидант хусусиятга эга. Бироқ ўзининг кимёвий таркибига кўра глицин электронлар учун "қопқон" ҳисобланмайди ва шу боис ушбу хусусиятнинг эҳтимолий механизмларига қизиқиш юзага келади. Глицин ишемия ва

гипоксия ривожланиши билан бирга кечадиган патологияларда самарадорлигини кўрсатди. Шу муносабат билан организмдаги патологик ҳолатларда унинг антиоксидант ферментлар фаоллигига таъсири қизиқиш туғдирди. Экспериментал миокард инфаркти (ЭМИ) динамикасида глициннинг каталаза ва супероксиддисмутаза (СОД) фаоллигига таъсирини баҳолаш мазкур тадқиқотнинг мақсадига айланди. Тадқиқот материаллари ва методлари: Тажрибалар оғирлиги 2,5-2,8 кг бўлган 10 та қуёнда ўтказилди. ЭМИ чап коронар артериянинг пасайиб борувчи тармоғини боғлаш йўли билан келтириб чиқарилди. 5 та қуёнга глицин per os 100 мг/кг дозада киритилди. Ҳайвонлар ҳар суткада кўрсатилган дозада глицин қабул қилди. Глицин олмаган ҳайвонлар назорат гуруҳини ташкил қилди. Ҳайвонлардан қон боғлашгача (бошланғич) олинди, ЭМИдан кейин 30 дақиқадан, 1, 3, 6, 12 соатдан ва 1, 3, 7 суткадан сўнг. Каталаза фаоллиги М.А.Королюк ва бошқалар (1988) бўйича аниқланди. СОД фаоллиги В.Г.Мхитарян ва Г.Е. Бадалян (1978) бўйича аниқланди. Рақамли маълумотларга статистик ишлов берилди. Натижалар окклюзиянинг 3-соатида каталаза фаоллиги 1,9 бараварга пасайиши ва 3 сутка давомида пасайган ҳолда қолишини кўрсатди. Глицин киритилганида каталаза фаоллиги 1,6 бараварга пасайган. Кузатувларнинг қолган муддатларида даволанаётган ҳайвонлардаги каталаза фаоллиги назорат кўрсаткичларга қараганда тахминан 2 баравар юқорилигича қолган. Окклюзиянинг 3-соатида СОД фаоллиги 2,8 бараварга пасайган ва 3 сутка давомида пасайган ҳолда қолган. Глицин киритилганида СОД фаоллиги 1,9 бараварга пасайган. Кузатувларнинг қолган муддатларида даволанаётган ҳайвонлардаги СОД фаоллиги назорат кўрсаткичларга қараганда тахминан 2 баравар юқорилигича қолган. Хулоса. Шундай қилиб, натижалар глициннинг ЭМИда СОД ва каталаза фаоллиги пасайишини бироз тўхтатиш имконини беришидан далолат бермоқда.

ЗАМОНАВИЙ ЕНГИЛ АВТОМОБИЛ САЛОН ИЧИ ТРАВМАЛАРИДА ОЛДИНГИ УРИНДИК ЙУЛОВЧИ (ОУЙ) ТАНАСИГА ЕТКАЗИЛГАН ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ БАХОЛАНИШИ

Бахтиёрова Г.Г. даволаш факультети 420-гурух талабаси, Махмудов О.И., Давранов С.Ф.

Суд тиббиёти ва патологик анатомия, СамМИ (каф.муд.-проф. Индиаминов С.И.)

Илмий рахбар: проф. Индиаминов С.И.

Жадал илмий–техник ривожланиш даврида транспортлар тури ва сонининг тоборо купайиши хамда уларнинг харакатланиш тезлигини юкорилашуви травматизм микдорини кескин равишда ошиши натижасида инсонлар ногиронлиги ва улимига сабаб булмокда. Шунга кура, мазкур муаммо мухим тиббий ижтимоий ахамият касб этади. Адабиёт маълумотларига асосан, бугунги кунда автомобил травматизми структураси хам сезиларли даражада узгариб бормокда. Статистик маълумотларга кура, автомобилнинг пиёдани уриб юбориш холати нисбатан камайган булса, унинг бошка тури, яъни автомобилларнинг узаро тукнашиши ёки унинг харакатсиз тусикка урилиши хамда агнаши холатларида инсонларнинг салон ичидаги жарохатланишлар микдорининг ошиши кайд килинмокда. Шунга карамасдан, ушбу автомобил травматизми турида жарохатланишлар хосил булиш механизми ва йул улов ходисаларида жабрланган шахсларнинг салон ичида жойлашиши, айникса етказилган жарохатларнинг хайдовчи ёки олдинги уриндикдаги йуловчига хослигини аниклаш масаласи илмий-амалий жихатдан тулалигича ечимини топмаган. Ишнинг максади. Замонавий енгил автомобил салон ичи жарохатларида жабрланганлар жойлашувини аниклаш имконини берувчи дифференциал-диагностик мезон-ларини аниклаш максадида улимга олиб келган ва улимга олиб келмаган жаро-хатланишларда хайдовчи ва олдинги уриндик йуловчилари-даги жарохатларнинг учраш частотаси, характери ва локализациясини урганиш ва жарохатлар механизмига бахо бериш. Текширув материали ва усуллари. Республика суд тиббий экспертиза илмий-амалий маркази Самарканд филиали морфология булимида кайд этилган йул транспорт ходисаси натижасида халок булган 52 нафар шахслар суд тиббий экспертиза хулосалари ва иш материаллари урганилди. 52 та йул транспорт ходисаси буйича утказилган суд тиббий экспертизада салон ичи травмаси 22 (42,4%) тани ташкил этиб, улардан 14 (26,9%) нафар хайдовчи, 16 (30,7%) нафар йуловчилар жарохатлари урганилди. Тадкикот натижалари. Замонавий енгил автомобиль салони ичида шикастланишда олдинги уриндикдаги йуловчида жарохатлар асосан пешона сохаси унг томони ва унг ёнок сохасида, пастки жагнинг унг томонида, унг кул кафт орка юзаси, унг сон сохаси юкори учлиги ташки юзасида, унг тизза копкогида чизиксимон, узунчок овал шаклларда шилинмалар аникланди. Унг елка олдинги юзаси юкори учлигида, унг билак орка юзаси урта учлигида, унг болдир ички ён юзаси юкори учлигида конталашлар мавжуд. Шунингдек, йуловчининг юз сохаси унг томонида, унг кул кафт сохаси ташки юзаларида уткир ойна булакларининг синиклари таъсирида юзаки кесилган яралар хамда яралар ичига ойна синик булаклари мавжудлиги аникланди. Олдинги уриндикдаги йуловчи танасидаги шилинмалар эпидермис кавати юзасида хар жойда эпителий булакчалари осилган холда булса, конталаш ва кон куйилишлар яримойсимон, овалсимон булиб, унг сон сохаси олдинги урта учлигида нотугри учбурчак ва ёйсимон шаклда бир нечта кесилган яралар мавжуд, айрим яраларнинг ичида ойна синик буланлари олинган. Ушбу жарохатлар асосан автомашина олдинги уриндикдаги йуловчи танасининг унг томонида жойлашади. Хулоса. Утказилган тадкикотлар асосида йул транспорт ходисасида замонавий енгил автомобиллар салон ичида жабрланувчилар жойини аниклашнинг диагностик ва дифференциал-диагностик мезонлари ишлаб чикилади. Суд тиббий экспертиза максад ва вазифаларига мос равишда тергов ва суд амалиётининг замонавий адекват суровларига автомобил салон ичида жабрланувчилар жойини (урнини) аниклаш учун илмий асосланган тавсиялар берилади.

АВТОМОБИЛЬ САЛОНИ ИЧИ ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ХАЙДОВЧИ ТАНАСИДАГИ ЖАРОХАТЛАР ХУСУСИЯТИ

Бахтиёрова Г.Г. даволаш факультети 420-гурух талабаси, Махмудов О.И., Мейлиев Х.А.

Суд тиббиёти ва патологик анатомия, СамМИ (каф.муд.-проф. Индиаминов С.И.)

Илмий рахбар: проф. Индиаминов С.И.

Транспорт травматизми структурасида автомобиль халокати билан боглик жарохатлар етакчи уринни эгаллайди. Автомобиль травмалари тумток каттик жисмлар таъсирида етказиладиган жарохатларни алохида тури сифатида каралади ва уни тумток жисмлар жарохатлари структурасидаги курсаткичи 75-80% гача, шундан салон ичида шикастланиш эса автохалокат шикастлари ичида энг куп кузатиладиган холат хисоблангади. Хозирги кунда автомобиллар сонининг хамда уларнинг салон ичи жихозланиш даражаси узгариши ва йул транспорт ходисаларининг купайиши натижасида хайдовчи ва йуловчининг салон ичида жойлашишини аниклашда алохида долзарб муаммо булиб келмокда. Ишнинг максади. Замонавий енгил автомобилларнинг салон ичи шикастларида йуловчи ва хайдовчи жарохатлари хусусиятларини урганиш. Текширув материали ва усуллари. Самарканд вилояти суд тиббий экспертиза бюроси морфология булимида 2018 йил кайд этилган йул транспорт ходисаси натижасида халок булган 68 нафар шахслар суд тиббий экспериза хулосалари ва иш материаллари урганилди. 68 та йул транспорт ходисаси буйича утказилган суд тиббий экспертизада салон ичи травмаси 30 тани ташкил этиб, улардан 13 нафар хайдовчи, 17 нафар йуловчилар жарохатлари урганилди. Тадкикот натижалари. Хайдовчи жарохатлари асосан пешона сохаси чап томонида, пастки жагнинг чап томонида, чап кул кафт орка юзаси, чап кул биринчи ва иккинчи бармоклар орасида эзилиб йиртилган яра ва биринчи бармокнинг асос фалангаси синиши, энгак сохасида шилинма ва эзилган яра чап сон сохаси юкори учлиги ташки юзасида, унг тизза копкоги чизиксимон, овалсимон, узунчоксимон, узунчок овал шаклларда шилинмалар, чап елка олдинги юзаси юкори учлигида, унг билак орка юзаси урта учлигида, чап болдир ички ён юзаси юкори учлигида конталашлар мавжудлиги аникланди. Шунингдек ойна булакларининг синиклари таъсирида хайдовчининг юз сохаси чап томонида, чап кул кафт сохаси ташки юзаларида юзаки кесилган яралар хамда яралар ичига ойна синик булаклари мавжудлиги аникланди. Хайдовчининг танасидаги шилинмалар асосан пешона, чап кул ва чап сон сохаларида узунчок-овалсимон шаклда булиб, эгак сохасида ярим ойсимон шакилдаги шилинмалар, кукрак кафаси туш дастаси усти сохасида конталаш, эпидермис кавати юзасида хар жойда эпителий булакчалари осилган холда булиб, конталаш ва кон куйилишлар яримойсимон, овалсимон шаклларда, чап сон сохаси олдинги урта учлигида нотугри учбурчак ва ёйсимон шаклда бир нечта кесилган ва эзилган яралар, айрим яраларнинг ичида ойна синик булаклари мавжуд. Ушбу жарохатлар асосан йуловчи танасининг унг томонида жойлашади. Хулоса. Келтирилган маълумотлар замонавий автомобиллар салон ичи шикастланишларида аникланган жарохатларни шакли, характери ва жойлашган жойи автомашина хайдовчисига хос булган шикастларни аниклаш имкониятини беради.

МАГНИТ РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИЯ

Бобоқулова А.К., студент 129 гурух тиббий профилактика факультети СамМИ

Кафедра «тиббий ва биологик физика» (курс мудири. ф-м.ф.н,доцент Содиков Н.О.)

Илмий рахбар: катта укитувчи Худойкулова Ш.Н.

Магнит резонанс томография (МРТ) - ядро магнит резонанс ҳодисаси ёрдамида ички органлар ва тўқималарни ўрганиш учун томографик тиббий тасвирларни олишнинг бир усули ҳисобланади. Усул атом ядроларининг электромагнит жавобини, одатда водород атомларининг ядролари жавобини, яъни юқори кучланишдаги доимий магнит майдонда маълум электромагнит тўлқинлар комбинациясини уйғунлаштиришга асосланган. Ядровий магнит резонанс усули тўқималарнинг водород билан тўйинганлиги ва уларнинг магнит хусусиятларига асосланиб инсон танаси тўқималарини ўрганиш имконини беради. Водород ядроси битта протондан иборат, у протон ўз магнит моментига эга ва унинг кучли магнит майдонли ва градиент деб номланган қўшимча майдонларининг таъсири остида фазовий жойлашувини ўзгартиради. Водород протони параметрлари ва уларнинг фақат икки қарама-қарши фазада бўла оладиган вектор йўналишига, шунингдек уларнинг протон магнит моментига боғлиқ эканлигига асосланиб, у ёки бу водород атоми айнан қайси тўқимада жойлашганлигини аниқлаш мумкин. Баъзан гадолиний ёки темир оксиди асосида МР контрастлари ҳам ишлатилиши мумкин. Агар протон ташқи магнит майдонига жойлаштирилса, унда унинг магнит моменти магнит майдон йўналиши бўйлаб ёки магнит майдон йўналишига қарши йўналган бўлади ва иккинчи ҳолатда энергия юқорироқ бўлади. Ўрганилаётган соҳага муайян частотали электромагнит майдон таъсир этилганда, протонларнинг бир қисми магнит моментини тескарисига ўзгартиради ва кейин асл ҳолатига қайтади. Бундай ҳолда, томографнинг энергия қайд қилиш тизими илгари қўзғалган протонларнинг тинч ҳолатга ўтиши пайтида энергия ажралишини қайд қилади.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ЁШГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ

Давронова М.У., 201-Даволаш иши факультети

Топографик анатомия ва оператив хирургия асослари кафедраси Кафедра мудири проф.Ахмедов Ш.М.

Илмий раҳбар: Акрамова М.Ю.

Долзарблиги: Қалқонсимон безнинг гормонлари етишмаслиги натижасида келиб чиқадиган гипотиреоид бўқоқ, қалқонсимон безнинг зарарли ўсма касалликлари Ўзбекистон худудида кўп учраши олимларни ташвишлантириб келмоқда. Мақсад ва вазифалар: Қалқонсимон безнинг ёшга хос хусусиятларини ва топографик анатомиясини ўрганиш, қалқонсимон без касалликларини олдини олишда муҳим аҳамият касб этади. Қўлланилган усуллар: Қалқонсимон безнинг макроанатомик тузилишини ва ёшга хос ўлчамларини ўрганиш. Олинган натижалар: Қалқонсимон без - gl.thyroidea 2 та ён бўлак ва юқорига қараб йўналган бўйинча ёки lobus pyromidalis дан иборат. У бўйиннинг IV-фацияси (fascia endocervicalis)нинг варақлари ёрдамида устки ва остки томондан ёпилади ва ғилофни ҳосил қилади. Унинг остида қалкон олди бези жойлашади. Қалқонсимон безни олдиндан mm.sternohyoidei, mm.sternothyroidei, mm.omohyoidei қоплайди. Орқадан эса кекирдак, ҳиқилдоқ ва қизилўнгачга ён бўлаклар тегиб туради. Қалқонсимон безни aa.thyroidea superior et inferior dextra et sinistra қон билан таъминлайди. Қалқонсимон без янги туғилган болаларда катталардагига нисбатан юқорироқда жойлашган. Юқориги чегараси C-II, пастки чегараси C-VII чи умуртқаларга тўғри келади. Болаларда қалқонсимон без мактабгача бўлган давр ва пубертат даврида катталашади ва аста-секин халқумдан узоқлашади. Қалқонсимон безнинг оғирлиги янги туғилган чақалоқларда 0,7-1,5 гр, 1-2 ёшда 1,4-2,6 гр, 2-4 ёшда 2,0-3,9 гр, 4-10 ёшда 2,1-5,31 гр, 10-14 ёшда 5,1-9,6 гр ва 14-18 ёшга бориб унинг оғирлиги 5,2-14,2 грни ташкил этади. Қалқонсимон без функциясининг етишмаслиги болаларда ва катталарда нохуш ҳолатларни келтириб чиқаради, шунинг учун струмэктомия тафсия қилинади. Струмэктомиянинг клиник аҳамияти шундаки, операция вақтида қалқон олди безининг бехосдан зарарланиши натижасида, гипопаратериоз касаллиги келиб чиқиши мумкин. Бундан ташқари, қалқонсимон безнинг орқасида жойлашган хиқилдоқнинг қайтувчи нерви (n.recurrens)нинг зарарланиши натижасида, афония ва ўткир асфиксия келиб чиқиши мумкин. Бунда беморни фақатгина трахеостомия билан қутқариш мумкин, қайтувчи нерв олдида жойлашган умумий уйқу артериясини жароҳатланиши натижасида, катта миқдорда қон кетишига ва ҳаво эмболиясига олиб келиши мумкин. Хулоса: Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, струмэктомия вақтида кузатиладиган нохуш ҳолатларини олди олишда ва беморнинг ҳаётига ҳавф солувчи омилларни бартараф қилишда, қалқонсимон безнинг топографиясини ва унинг ёшга хос хусусияти билиш муҳим аҳамиятга эга.

ТАБИИЙ ХОМАШЁДАН ОЛИНГАН ХЛОРОФИЛЛ ВА ПОРФИРИНЛАРНИНГ ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Жўрақулов А.Г. СамМИ Даволаш факулътети 206 - гуруҳ студенти

Биологик кимё кафедраси (кафедра мудири т.ф.н Халиков Қ.М.)

Илмий рахбари профессор Аскаров Қ.А.

Ишнинг мақсади: Табиий хомашё пилла қурти чиқитидан хлорофилл ва ундан порфирин металло комплексларини олиш, улардан тиббиётда, халқ хўжалигида қўлланилиш истиқболлари мавжудлигини аниқлаш. Илмий адабиётлар шарҳидан маьлум бўлдики порфиринлар ва уларнинг металлокомплекслари тиббиётнинг қўйидаги соҳаларида қўлланилиши мумкин. Анемия, саратон, психик ўзгаришлар, психик қургошин ва айрим органик моддалар билан захарланиш, айрим тери касалликлари радиациядан заҳарланиш организмда порфиринлар алмашинувининг бузилиши билан богликлиги. Порфиринларнинг ўсма тўқималарида тўпланиши эътиборга лойик. Айрим порфиринлар флуоресценцияланиш кобилятига эга булиб, улардан қулай тест сифатида ўсмаларга диагноз куйиш учун фойдаланиш имконини беради. Порфиринларнинг радиоактив заҳарланган биообъектларни модификациялаш қобилиятига эга эканлиги ҳам маълум. Гематопорфирин ва протопорфиринларнинг металл комплекслари ўпка, ошқозон, йўғон ичак ва бошка органларнинг ракини даволашда рак хужайралларининг ўсишини тўхтатувчи терапевтик препаратлар сифатида ўрганилган. Бу бирикмаларлигининг янги, арзон манбаларини топишни долзарб муоммо қилиб қўяди. Аммо порфиринлар ва уларнинг ҳосилаларини синтезлаш йўли билан техник жихатдан қийин, иқтисодий жихатдан қиммат. Шу боис биз пилла саноати чиқитлари булган пилла қурти чиқитларидан хлорофиллни олиш, уларнинг модификациясини чиқитсиз комплекс технологиясини таклиф килганмиз. Уни қискача қуйидагича схемада тасвирлаш ва шарҳлаш мумкин. Пилла қурти чиқитини қайта ишлашнинг 1 босқичида сувда эрувчи бирикмалар (оксиллар, аминокислоталар ва б.қ) ажратиб олинади. Буни сув, 50-100 С суюлтирилган водород хлорид ёки 50% ли сирка кислота билан экстракция қилинади. Сув ёрдамида экстраксияловчи экстрагент бирикмалар пилла қурти чиқитини умумий микдорининг 25-30% ини ташкил қилиб, таркиби ўрганилмаган. Уларни ажратиб олинмаса кейинги босқичларда биологик фаол моддалар бўлган хлорофилларини модификациялаш ва металлоаналогларини олишда уларга ҳалақит беради. Лаборатория шароитида сувда эрувчи бирикмаларни экстракция килиш учун қуруқ пилла қурти чикити қайнок сув билан ёки катта ҳажмли идишларда қайнатиб фильтрланади. Пилла қурти чиқити сув билан ювилганда уч бараварига катталашади. Ишлаб чиқариш шароитида 1,3 кг феофитин никел комплексини олишда пилла қурти чиқити белтинг қопчаларида 3-4 соат то сув рангсизлангунча ювилган. Сув экстракти вакуум остида хайдалгандан сўнг сарик-қунгир кристалл моддалар олинган. Келгуси босқичида қаттик чўкма ёки қуритилгач ёки друк-фильтда ишлов берилгач, “ қиска “ вариантлар бўйича қайта ишланади. Хлорофиллнинг металло аналоглари олинади. Экстракция металл ацетатларнинг сирка кислотадаги эритмаларда олиб борилиб, олинган металло порфиринларнинг диэтил эфирига ёки вакуум остида концентрланган сирка кислота эритмасига ўтказилади ва комплекс сув ёрдамида чўкмага туширилади .Фитиннинг никел комплекси синтези хажми 100 л бўлган реакторда ўтказилди. Синтез тугагач сирка кислота вакуум апаратида унинг ҳажми то 1,2-2 л бўлгунча ҳайдалади ва унга беш баробар ортиқ ҳажмда толуол қўшилади. Феофитиннинг металлокомплекс эритмаси то қуригунча буглатилади, қайта ишлашнинг бу усули хлорофилларнинг арзон металлоаналогларини олиш имконини беради. Феофитин металл тузларининг сирка кислота эритмасида экстракция қилингандан кейин қолган кунжара ўзида оқсиллар, клечатка қолдиклари, липид сақлайди. Ундан турли ёг кислоталарини ажратиб олиш мумкин. Сув билан яхши ювилгач, бу кунжарани молларга емиш сифатида ишлатиш мумкин.

ТАМАКИНИНГ ЗАХАРЛИ ЭЛЕМЕНТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭКОЛОГИЯГА ТАЪСИРИ

Зарипов Ж.С., Рахматов М.М. 218 гуруҳ даволаш факультети, Бахтиёрова Г.Г. даволаш факультети 420-гурух студентлари СамМИ

Физология, паталогик физология кафедраси (кафедаси мудири т.ф.д. доцент Самиева Г.У.)

Илмий рахбар Нуримов П.Б.

Ҳозирги вақтда тамаки чекувчиларнинг сони аҳолининг ўсишига боғлиқ ҳолда кўпайиб бормоқда. Тамаки баргида турли ҳил макро - микро элементлар ва токсик моддалар мавжуд бўлиб, уларнинг таркиби ҳозирги вақтда унчалик ўрганилмаган бўлиб, инсон организмида турли ҳил ўзгаришларни келтириб чиқаради. Мақсадга боғлиқ ҳолда тамаки барги ўрганилганда унда 14 ҳил микроэлементлар бўйича уч гуруҳдаги моддалар фарқ қилинди. Барг таркиби ўрганилганда ўсимликлар ҳаётий жараёнлар учун зарурлиги аниқланган элементлар: Mn, Cu, Zn, Mo ва Co. Инсон организми учун зарур бўлган микроэлементлар: хром, литий, ванадий, қалай ва калий фарқ қилинган бўлиб, шу билан бир қаторда инсон организми учун захарли бўлган моддалар хам аниқланди. Бу элементларга Cd, As, Ni ва Pb кириб, инсон организмида турли ҳил ўзгаришларни келтириб чиқариши эҳтимолдан ҳоли эмас. Шундан корбанелли бирикмаси эса чекиш жараёнида ҳосил бўладиган ўта кучли консероген таъсирга эгалигини алоҳида қайд этиш мумкин. Шу билан биргаликда ўсимлик баргининг микроэлементлари вегетация муддатлари бўйича кам ўзгаришларга эга бўлиб, бу нарса тамаки баргларни ҳар ҳил муддатларда териб олиш жараёнида ўртача қийматларни келтириб чиқариши мкониятини беради. Cu микроэлементи баргини териб олиш муддатига қараб 36-44 мг/кг бўлиб бинобарин бу элемент эски баргларга нисбатан янгиларида 1,5 маротаба кўпроқ бўлади. Марганец миқдори ҳам янги баргларида кўпроқ бўлиб унинг миқдори 540-600 мг/кг бўлади. Кадмий ва мишяк каби токсик элементлар баргининг ҳосил бўлиши муддатларда миқдорий жиҳатдан ўзгармайди. Тамаки баргининг кулида мишякнинг миқдори асосан 60-70 мг/кг кадмий эса 6-7 мг/кг миқдорда бўлади. Қурғошин элементи тамаки баргини етилиш жараёнида 2 мартага никельники эса 3 мартага камаяди. Хулоса: шундай қилиб,олинган маълумотларни бошқа муаммолар маълумотлари билан солиштираганимизда Ургут тамакисининг ўзига ҳос ҳусусиятлари борлиги исботланди. Америка олимлари маълумотларига нисбатан хром, руҳ ва кремний бўйича узаро мос ҳолда 10,3 ва 6 мартагача бой эканлиги, Мишияк ва сурма бўйича эса бизнинг маълумотларимизда ўзаро мос ҳолда 2-3 марта камлиги мис бўйича фарқнинг йўқлиги никель бўйича эса улардаги маьлумотлардан 3-10 марта зиёдлиги аниқланди.

ТАШҚИ ТАЪСУРОТЛАРГА НИСБАТАН ВЕГЕТАТИВ РЕАКТИВЛИК ОСТИДА ОРГАНИЗМНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ

Ибодуллаева Д.Р., тиббий педагогика факультети 203 гурух студенти, Бахтиёрова Г.Г. даволаш факультети 420-гурух студенти СамМИ

Физиология вапатологик физиология кафедраси (каф.муд. – т.ф.д, доц.Самиева Г.У.)

Илмийраҳбар: асс. Туракулова Д.Э.

Тадқиқот мақсади. Ташқи таъсуротларга нисбатан вегетатив реактивлик остида организмнинг юрак-қон томир тизимининг реактивлигини ўрганиш. Тадқиқот материал ва усуллари.Мақсадга боғлиқ ҳолда 20 та 18-22 ёшга эга бўлган йигитларда вегетатив нерв тизимининг симпатик нерв тизимини эрготроп йўналишда, ҳамда парасимпатик нерв тизимини трофотроп йўналишда таъсирлаб қон томир реакцияси ўрганилди. Натижалар.Олинган маълумотларга асосан нормада тинч ҳолда студентларнинг юрак-қонтомир тизимида артериал пульс сони дақиқада 75,5±5,0ни ташкил қилиб, уларда ўртача максимал артериал босим 118,0±5,0 мм.см.уст., минимал артериал босими эса 80,0±5,0 мм.см.уст. ташкил қилди. Парасимпатик нерв тизими Данини-Ашнер рефлекси ёрдамида таьсир берилганда, бу студентларда юрак-қон томир тизимида қуйидагиўзгаришлар аниқланди. Бу даврда артериал пульси дақиқада 65,0±5,0 мин.,максимал артериал босими эса114±4,0 мм см.уст., минимал артериал босими эса 70,0±5,0 мм.см.уст. ташкил қилди. Ушбу гуруҳстудентларда 5 минут давомида математик кўпайтирув жадвали сўрови ўтказилганда, юрак-қонтомир тизимида қуйидаги ўзгаришлар кузатилди. Бу даврда артериал пульси дақиқада 81,0±6,0 гача. максимал артериал босими эса 125,0±5,0 мм. см.уст.гача, минимал артериал босими эса 82,0±6,0 мм. см. уст.гача кўтарилгани аниқланди. Хулоса.Шундай қилиб, бу гурухдаги студентларда вегетатив нерв тизимининг реактивлиги эрготроп йўналишда таьсирланганда, юрак-қонтомир тизимида адаптоген жараён юзага келиб, юрак уришлар сони максимал ва минимал артериал босими кўтарилган бўлса, Данини-Ашнер рефлекси орқали трофотроп қўзғалиш берганимизда парасимпатик активликнинг устунлиги остида юрак уришлар сони, максимал ва минимал артериал босимнинг пасайиши юзага келиб, таъсуротларга нисбатан организмда адаптацион, ҳимоя-мослашув реактивлиги нормал кўрсаткичга эгадир.

АТРОФ МУХИТ ЗАРАРЛАНИШ САБАБЛАРИ ВА ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ

Исламова З.Б., СамМИ, Тиббий биология ва генетика кафедраси ассистенти

Шерназаров Ф., 115-гурух Даволаш факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И.)

Илмий рахбар: доц. Мухитдинов Ш.М.

Ишнинг долзарблиги: Атроф муҳитни ифлосланиши оқибатида келиб чиқадиган касалликлар туфайли ҳар йили сайёрамизда камида 5 ярим миллион киши вафот этди. 2050 йил бу рақам 6 миллион кишидан ортиб кетиши айтилмоқда. Шундан тенг ярми Ҳиндистон ва Хитой ҳиссасига тўғри келади. Ифлос ҳаво оқибатида 2013 йилда Хитойда 1 миллион 600 минг, Ҳиндистонда бир ярим миллионга яқин, АҚШ ва Европа иттифоқи мамлакатларида 300 минг киши вафот этгани айтилади. АҚШнинг кўплаб минтақаларида транспорт ва электроситансиялардан чиқаётган тутунлар ҳавони ифлослантиради. Бу ўз навбатида, мамлакатда қайт қилинган ўлимларнинг 20 фоизига сабаб бўлади. Тадқиқот усули ва материаллари. 5 июн-Жаҳон атроф-муҳитнимуҳофаза қилиш куни. Атроф муҳитни муҳофаза қилишининг ташкилий ва ҳуқуқий асослари Ўзбекистон Республикасининг конституциясида белгиланган. Жумладан: 50-моддада “Фуқоралар атроф табиий муҳитга эҳтиёткорона муносабатда бўлишга мажбурдирлар дейилади. 100-моддада Атроф муҳитни муҳофаза қилишмаҳаллий ҳокимят органлар вазифзсига кириши таъкидланган. Тадқиқот натижаларига кўра, 2015 йилда бевақт ўлимнинг ҳар олтинчиси таҳминан 9 миллион киши заҳарланиш оқибатида келиб чиққан. Энг ҳавфли минтақалар Африка ва Осиё ҳисобланади, Ҳиндистон эса энг кўп одамлар 2,5 миллионга яқин ҳаво ва сув ифлосланишидан олиб кетадиган мамлакатлар рўйҳатида етакчилик қилади. Иккинчи ўринда Хитой жойлашган, у ерда 1,8 миллион кишин ноқулай экологик шароит туфайли вафот этган. Етакчилар қаторида, шунунгдек, Бангладеш, Покистон, Шимолий Корея, Жанубий Судан ва Гаити ҳам бор. Мутаҳасислар ҳисоб-китобига кўра, ифлосланишдан ўлганлар сони, чекиш қурбонлари сонидан бир ярим марта, ОИТС, сил ва безгак туфайли вафот этганлар сонидан уч марта, уриш ва зўровонлик оқибатида ўлганлар сонидан 15 марта кўпдир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти малумотларига кўра атроф муҳитни ифлосланиши оқибатида ҳар йили 7 миллион киши ҳалок бўлмоқда. ,,Дунёда 10 тадан 9 нафари заҳарли моддалардан нафас олади. Ифлос ҳаво барчага, айниқса, қашшоқларга ката ҳавф туғдирмоқда. Атроф муҳитни ифлосланиши оқибатида ҳалок бўлаётганларнинг 90% и энди ривожланаётган давлатларнинг фуқороларидир” –дейди Тедрос Адоном. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг Онкологик касалликларни ўрганиш Халқаро агентлиги эълон қилган Ҳиндистонда ҳавонинг ифлосланиши саротон касалигининг асосий сабабчиси эканини айтди. Сайёрамиздаги ҳаво барча инсонларга тегишли эканлигини англаб етадиган пайт келди. Ҳавони ифлосланиши оқибатида юз берадиган ўлимларнинг 50% изига кўмир сабаб бўларкан. Хулоса. Мутаҳасислар фикрича, сўнги 50 йил мобайнида ҳавони ифлосланишини олдини олиш борасида Шимолий Амерка, Ғарбий Европа ва Японияда бир қатор ютиқлар қўлга киритилди. Бунинг учун маскур минтақаларда ҳавони ифлослантирмайдиган ёқилғи ва двигателлардан кенг фойдаланиш йўлга қўйилди, кўмир истеъмоли камайтирилмоқда. Маълумки, ҳавонинг ифлосланишининг асосий манбалари сифатида электроситансиялар, заводлар, автомобиллардан чиқаётган газлар кўринади. Кўмир ва ўтинлардан чиқадиган тутунлар ҳам узоқ муддат ҳавода ушлаб қолинади. Бу ҳам инсон саломатлигига ката ҳавф сифатида кўринади.

БОЛАЛАРДА ҚАНДЛИ ДИАБЕД КАСАЛЛИГИ

Исламова З.Б., СамМИ, Тиббий биология ва генетика кафедраси ассистенти, Жураев У., 115-гурух Даволаш факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И)

Илмий рахбар: доц. Мухитдинов Ш.М.

Ишнинг мақсади: Маълумотларга қараганда ер юзида ҳар 10 дақиқада 2 та инсон қандли диабет билан касалланмоқда. Қандли диабет билан 20 ёшгача бўлган аҳолининг 0,25% азият чекади. Уларнинг 54% болаларни ташкил этади. Тадкикотнинг материаллари ва методлари: Ҳозирги кунда касалликнинг асосан икки тури мавжуд: 1) Қандли диабет биринчи тип – инсулинга боғлиқ тури 2) Қандли диабет иккинчи тип – инсулинга боғлиқ бўлмаган тури. Натижалар: Болаларда қандли диабет касаллик сифатида қадимдан маълум бўлган. Инсулин кашф этилмагунча қандли диабетга учраган болаларнинг тезда нобуд бўлиши кўп кузатилган. Қандли диабет биринчи типи асосан болалар ва ўсмирларда учраб, ошқозон ости безининг Лангерганс оролчаларидаги бета ҳужайраларида инсулин гормонининг ишлаб чиқарилиши бузилиши билан характерланади. Касалликнинг асосий сабаби бўлиб иммун система фаолиятининг бузилиши ҳисобланади. Ҳосил бўлган антителалар бета ҳужайраларни емиради. Вирусли инфексия, қўрқув, наслий мойиллик, организмдаги сурункали инфексия каби омиллар касаллик ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Касалликка хос эрта белгилар: қондириб бўлмас чанқоқ ҳисси, оғиз қуриши, кўп сийиш (тунда ҳам), оч қолиш ёки иштаха бузилиши, кескин озиб кетиш, бадандаги қичишишлар, умумий ҳолсизлик, уйқучанлик, кайфиятни тез-тез бузилиши. Касаллик узоқ давом этганда барча аъзоларда ўзига ҳос ўзгаришлар юзага келади: юрак ва қон томирлардаги, кўздаги, буйраклардаги, нерв системасидаги ўзгаришлар инфексион асоратлар, жароҳатларни қийин битиши кабилардир. Қандли диабет биринчи типини даволашда уч муҳим йўналиш мавжуд: 1) Инсулинотерапия 2) Парҳез 3) Мунтазам спорт билан шуғулланиш. Инсулинотерапия – биринчи тип қандли диабетда ягона даволаш усулидир. Организмда етишмаётган инсулин ўрнини табиий ва сунъий усулда олинган инсулин препаратлари инексияси билан тўлдирилади. Диабетик болалар ўз-ўзини назорат қилиши, гипогликемия ва кетоатседозга шубҳа қилинганда қондаги глукозани аниқлашни билиши керак. Бола яхши ўсиб улғайиши учун лозим бўлган оқсил, ёғ, углевод, витамин ва микроелементлар кундалик ратсионга киритилиши лозим. Углеводларни истеъмол қилишда уларнинг гликемик индексига эътибор берилади. Гликемик индекси паст бўлган маҳсулотлар (дукакклилар, сули, сабзавотлар) қондаги қанд миқдорини секин кўтаради. Қандли диабет бўлган болаларда ширинликларни чеклаш жуда қийин масаладир. Парҳезга риоя қилинганда қондаги қанд миқдорини кескин ортиши ва шу билан бирга қанднинг турли аъзо ва тўқималарга ножўя таъсири олди олинади, қабул қилинаётган инсулин дозасини коррексиялаш осон бўлади. Шунинг учун болалар ва уларнинг ота-оналари истеъмол қилинаётган углеводларни ҳисоблашни билишлари лозим. Спорт – диабетик болалар ҳаётининг ажралмас қисми бўлиши лозим. Жисмоний фаоллик организмдаги қанднинг ўзлаштирилишини яхшилаш билан бирга касалликда турли асоратлар ривожланишининг олдини олади. Спорт тури шифокор тавсиясига кўра бола ёши, касаллик даражасини инобатга олган ҳолда белгиланади. Кўпинча енгил атлетика, гимнастика, сузиш тавсия этилади. Хулоса қилиб айтганда, қандли диабет хасталик эмас, балки турмуш тарзини ўзгаришидир. Тўғри коррексияланганинсулинотерапия, мувофиқлаштирилган парҳез, адекват жисмоний фаоллик узоқ ва соғлом умр кафолатидир. Бунга эришиш йўлида даволаш-профилактика муассасаларида қандли диабет билан оғриган болалар ва уларнинг ота-оналари учун диабет мактаблари ташкил этилган.

БАЛИҚ ГЎШТИ-ҚИММАТЛИ ОҚСИЛГА БОЙ ПАРХЕЗБОП МАХСУЛОТ

Ишкуватов К., СамМИ, 106-гурух педиатрия факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И.)

Илмий рахбар: ассистент. Исламова З.Б.

Ишнинг мақсади: Она Табиат – асрий мўжиза макони бўлиб, сув ости дунёси ҳам ана шу табиатнинг ажралмас, энг муҳим биогеосенози сифатида узоқ йиллардан бери инсониятни ўзига шайдо этиб келмоқда. Сўз юритмоқчи бўлган мавжудотимиз силур даврида чучук сувларда пайдо бўлиб, девонда барча сув ҳавзаларида ҳукмрон ҳайвонлар гуруҳига айланган совуққонли мавжудот – балиқлардир. Экотизимда балиқлар озиқ занжирини муҳим қисми ҳисобланади. Материал ва методлар: Балиқларни аҳамиятига батафсил тўхталиб ўтамиз. Озуқавий қиймати, юмшоқлиги ва мазасига кўра балиқ маҳсулотлари инсон озиқ ратсионида асосий ўринни эгаллайди. Балиқ гўшти ўзининг қиммати жиҳатидан фақат сут ва тухумдан орқада қолиши мумкин, лекин қўй,мол ва парранда гўштидан анча устун туради. Шу сабабли дунё халқларининг ўртача истеъмол қиладиган балиғи 16,6 кг одам/йил. Бу кўрсатгич Ўзбекистон учун 12 кг одам /йил қилиб белгиланган. Натижалар: Ҳар бир инсон организми соғлом ривожланиши учун йил давомида 12 – 16 кг балиқ исъемол қилиши керак. Дунё бўйича бу кўрсатгич ўртача 22 кг, Японияда -76 кг, Кореяда 68 кг, Ўзбекистонда 2-4 кгни ташкил этади. Балиқ гўштининг мазаси ва кимёвий таркиби балиқ тури, тайёрланиш услуби ва овланиш муддатига боғлиқ бўлади. Янги балиқ гўштида 15-22% оқсил, 0,2 дан 30,8% гача ёғ ва оз миқдорда углеводлар бор. Балиқ гўштида ихтулин ва силин оқсиллари мавжуд. Оқсилга бойлиги жиҳатдан тунес ва кета (23%) бошқа турлардан етакчилик қилиб, инсон организмида 97% гача ўзлаштирилади. Энергетик қийматига кўра семга ва скумбрия-рекордсмен турлар ҳисобланади. Семга (100 гр – 205 ккал), Скумбрия (100 гр – 191 ккал), Балиқ гўшти – қимматли оқсилга бой парҳезбоп маҳсулот.Балиқ маҳсулотларида фосфор, калсий, магний, рух ва ёд кўп миқдорда учрайди. Юқори озуқавий қиймати ва осон ҳазм бўлиш хусусияти туфайли гипертония, атеросклероз, жигар ва меъда касалликларидан азият чекувчи беморларга балиқ гўшти тавсия этилади. Ихтулин оқсили тромботситопенияда, силин оқсили эса бепуштликнинг олдини олишда қўлланилади. Балиқлар жигари ва увилдириқларидан А, Д витаминларига бой балиқ ёғи ишлаб чиқарилади. Балиқ ёғи мураккаб эфир глитсерин билан мой кислотаси аралашмасидан иборат.Унинг таркибида тўйинмаган мой кислоталарини катта миқдорда (84% гача) бўлиши характерлидир. Тўйинган мой кислоталари эса 16% нитаскил этади. Балиқувилдириғи таркибидаги лейтситин қондаги холестерин моддасини чиқарилиб юборилишда катта аҳамиятга эга. Балиқ ёғининг ёш болаларни ўсиш ва ривожланишдаги аҳамияти барчамизга маълум. Озиқ –овқат саноати, тиббиёт ва техник мақсадларда қўлланилувчи бу ёғ треска, окун, скумбрия, акула жигарида энг кўп ҳисобланади. Айрим балиқлар териларидан (акула ва лососсимонлар) саноатда маҳсулотлар тайёрланади. Улартерисидан елимлар олишда ҳам фойдаланилади. Хулоса. Балиқларнинг фойдали хусусиятлари учун инсонлар қадимданоқ уларни овлаганлар. Японлар озуқасида гуруч, балиқ ва денгиз сувўтлари асосий ўринни эгаллагани учун бугунги кунда узоқ умр кўриш бойича И ўринда туради. Келажакда Ўзбекистонда ихтиология соҳасидаги дунё стандартларига мос лабораториялар фаолияти, янги истиқболли фаолият тури – балиқчилик заводларининг жадал ривожланиши, аҳолимиз дастурхони ҳамда экспортга мўлжалланган хилма –хил товарбоп маҳсулотлар ишлаб чиқарилишини ният қилган ҳолда биологик билимларни ўрганишда давом этамиз.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ МИОКАРД ИНФАРКТИ ДИНАМИКАСИДА ҚУЁНЛАРНИНГ ҚОН ПЛАЗМАСИДАГИ ЎРТАЧА МОЛЕКУЛЯР ПЕПТИДЛАР МИҚДОРИГА ГЛИЦИННИНГ ТАЪСИРИ

Каримова М.А., ТошПТИ Тиббий педогогика ва даволаш иши факультети 202-гурух талабаси

Тиббий ва биологик кимё, тиббий биология ва умумий генетика кафедраси (кафедра мудири – б.ф.д. Юлдашев Н.М.)

Илмий рахбар профессор, б.ф.д. Юлдашев Н.М.

Ишнинг мақсади: тажрибада қуёнлардаги миокард инфарктининг деструктив жараёнларини пасайтиришда глициннинг самарадорлигини баҳолаш. Тадқиқот материаллари ва методлари. Тажрибаларда оғирлиги 2,5-2,8 кг бўлган 10 та эркак қуёндан фойдаланилди. Экспериментал миокард инфаркти (ЭМИ)ни ҳайвонларда чап коронар артериянинг пасайиб борувчи тармоғини боғлаш йўли билан келтириб чиқарилди. Боғлагандан кейин дарҳол қуёнларга зонд орқали перорал тарзда ошқозонга 100 мг/кг тана вазни дозасида глициннинг ("Биотики" Тиббий илмий-ишлаб чиқариш мажмуида ишлаб чиқарилган, Россия Федерацияси) сувли эритмаси киритилди. Деструктив жараёнлар даражаси ҳақида оқсил молекулаларининг

деградация даражасига қараб баҳо берилди, бунинг учун ўртача молекуляр пептидлар (ЎМП) миқдори аниқланди. ЎМП миқдори экстинкция маълумотларига миқдорий мувофиқ келадиган шартли бирликларда ифодаланди. Натижалар. Олинган натижалар ЭМИда ЎМП умумий фракцияси миқдорининг 42,1% га статистик аҳамиятли тарзда ошиши артерия боғлангандан кейин 3-соатдан бошлаб кузатилади. Окклюзиядан кейинги 6, 12, 24 ва 72-соатда бошланғич кўрсаткич билан солиштирганда ЎМП$_{254}$ миқдорининг мос равишда 63,7, 91,2, 122,2 ва 63,7% га ошиши кузатилган. Глицин киритилганида ЎМП$_{254}$ миқдорининг 54,4% га статистик аҳамиятли ошиши 6 соатдан сўнг кузатилган. Окклюзиядан кейинги 12 ва 24-соатда ЎМП$_{254}$ миқдори бошланғич қийматдан мос равишда 59,7 ва 54,4% га юқори бўлган, бу назорат қийматлари билан солиштирганда сезиларли даражада паст эди. 3-суткада ЎМП$_{254}$ миқдори бошланғич кўрсаткич даражасида бўлган. Таркибида ароматик аминокислоталар бўлган ЎМП фракциясининг миқдорини ўрганиш, унинг юрак томири окклюзиясининг 1-соатидаёқ (66,0% га) ошишини кўрсатди. Окклюзиядан кейинги 3, 6, 12, 24 ва 72-соатда бошланғич кўрсаткич билан солиштирганда ЎМП$_{280}$ миқдорининг мос равишда 169,8, 283,0, 422,6, 479,3 ва 409,4% га ошиши кузатилган. Глицин киритилганида ЎМП$_{280}$ миқдорининг 137,7% га статистик аҳамиятли ошиши 3 соатдан сўнг кузатилган. Окклюзиядан кейинги 6, 12, 24 ва 72-соатда ЎМП$_{280}$ миқдори бошланғич қийматдан мос равишда 266,0, 400,0 266,0 ва 154,7% га юқори бўлган, бу назорат қийматлари билан солиштирганда сезиларли даражада паст эди. Глицин седатив, транквилизацияловчи ва кучсиз антидепрессив таъсир кўрсатишини ҳисобга олган ҳолда, у безовталик, қўрқув, психоэмоционал зўриқиш ҳиссини камайтиради (Н.Г.Дьячкова ва бошқалар, 1996), глицин ГАМК-ергик, α_1 – адреноблокловчи, антиоксидант (А.Л.Тоньшин ва бошқалар, 2007) ва антитоксик хусусиятга эга, ўткир миокард инфарктида оқсил молекулаларининг деградацияланиш даражасининг пасайиши, препаратнинг юқорида санаб ўтилган хусусиятларини инобатга олиб, унинг бевосита таъсир этишини тахмин қилиш мумкин. Хулоса. Глицин препарати оқсил молекулаларининг деградацияланиш даражасини сезиларли даражада пасайтирган ҳолда, миокард инфарктидаги миокард некрозида кузатиладиган деструктив жараёнлар даражасини пасайтириши мумкин. ЎМП даражасининг пасайиши, ўз навбатида, миокард инфарктида организмнинг эндоген интоксикацияси салбий таъсири даражасини кескин камайтиради.

БЕЗГАК КАСАЛЛИГИ

Маткаримова Г.М.,СамМИ Тиббий биология ва генетика кафедраси ассистенти,

Тиббий биология ва генетика кафедраси (каф. муд.-б.ф.н. Махмудова Х.И.)

Илмий раҳбар: б.ф.н. Махмудова Х.И.

Безгак касаллиги ер юзида кенг тарқалган касалликдир. Безгак касаллигига учраган одамда тобора оғирлашиб борувчи кучли анемия (кам қонлик), даврий такрорланувчи ҳарорат кўтарилиши, жигар, талоқ катталашуви кузатилади. 1 мм^3 қондаги эритроцитлар сони нормадаги 5 млн.дан 1 млн.гача тушиб қолади.Баъзи холатларда симптомсиз паразит ташувчилик ҳам кузатилади. МДҲ мамлакатларида безгак касаллиги XIX- асрнинг охири XX- асрнинг биринчи ярмида Кавказ, Марказий Осиё, Волганинг ўрта ва қуйи оқимида ҳамда Украинада кенг тарқалган эди. 1935 йилнинг ўзида мазкур ҳудудларда 9 млн. киши безгак билан касалланганлиги маълум. Бу даврда одамларнинг безгак билан касалланиши, айниқса Африка, Жанубий Америка, Осиё ва Европадаги жуда кўплаб мамлакатларда тарқалган эди.1930 йилларда фақатгина Ҳиндистоннинг ўзида ҳар йили 100 млн.дан ортиқ киши безгак билан касалланган. Безгак касаллигини қўзғатувчисини ўрганиш ва унга қарши кураш чораларини ишлаб чиқишда рус олимларидан И.И.Мечников, В.М. Афанасьев, В.Я. Данилевский, Е. Марциновский, В.Н. Беклемишев, Д.Д. Романовский ва С.М. Исаев, француз олими Ш.Л.Лаверан, инглиз олими Р.Д.Росс, П. Гарием, италиялик олим Д.Б.Грасси, Бастенелли ва бошқаларнинг хизматлари каттадир. Марказий Осиё, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам безгакка қарши ишлар олиб борилган. Безгак билан касалланган беморларни мажбурий ялпи даволаш чоралари ўтказилган. Маълумки, безгак чивини ўз тухумини кўлмак сувларга қўяди. Шунинг учун безгак чивини кўпайишини олдини олиш мақсадида кўлмак сувлар ва ботқоқликлар ўзлаштирилиб, қуритилди. Безгак чивинлари, уларнинг тухуми, личинкалари ва ғумбаклари турли усуллар билан қириб ташланди. Охирги йилларда безгак чивинига қарши биологик кураш чораларини қўллашга алоҳида эътибор берилмоқда. Хусусан, иссиқ иқлимли жойларда безгак чивини личинкасини йўқотиш учун ҳовуз ва кўлларда тириктуғар гамбузия балиғи кўпайтирилмоқда. Бу тадбирларни ўтказиш натижасида 1960 йилдан бошлаб МДҲ мамлакатларида, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам безгак касаллиги бутунлай тугатилган. Лекин одамларнинг безгак билан касалланиши Жанубий ва Марказий Америка, Осиё ва айниқса Африка мамлакатларида ҳозирги кунда ҳам кенг тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда охирги вақтларда ҳар йили ер шари аҳолисининг 5-6 млн.ни безгак чивинлари юқтирган безгак касаллиги туфайли вафот этаяпти. Шулардан 1 млн.дан ортиқроғи 4-5 ёшгача бўлган болаларга тўғри келади.Ҳозирги вақтда анофелес авлодига кирадиган чивинларнинг 400 дан ортиқ тури бор .Шулардан 25-30 та тури безгак касаллигини қўзғатувчиларини ташувчиси ҳисобланади. Безгак касаллигига ташхис қўйиш учун беморнинг қони олиниб текширилади. Одамларни чивин чақишдан сақлаш учун баданга ҳар хил кимёвий дорилар суриш, ёзда пашшахоналардан фойдаланиш лозим. Беморлар ва паразит ташувчиларни ўз вақтида аниқлаб даволаш ва чивинларга қарши курашиш зарур.

АСАЛАРИЧИЛИКНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА ВЕТЕРИНАРИЯ ТАДБИРЛАРИ

Мейлиев С. СамВМИ Ветеринария профилактикаси ва даволаш факултети 1 босқич магистратура талабаси

Парранда, балиқ, асалари ва мўйнали ҳайвонлар касалликлари кафедраси (кафедра мудири - в.ф.н Насимов Ш.Н.)

Илмий раҳбар в.ф.д. Эшбуриев С.Б.

Тадқиқот мақсади. Асаларларда кўп учрайдиган касалликларни диагностика қилиш, клиник белгилари ва сабабларини ўрганиш, касалликни олдини олишда ветеринария чора тадбирларини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш. Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари. Самарқанд вилоятидаги асаларичилик хўжаликларидаги 10 та асалари оилаларида анамнез маълумотларини тўплаш, клиник ва лаборатория текширувлари асосида асалари касалликлари диагностика қилинди. Тадқиқот натижалари. Асаларичилик қишлоқ хўжалигининг сердаромад соҳаларидан биридир. Республикамизнинг иқлим шароити ҳам асаларилар оиласини тезкор технология асосида боқиш учун жуда қулайдир. Маълумки асаларичиликнинг ривожланишига асосан гиповитаминозлар, варратоз, амеркача ва европача чириш, нозиматоз, акарапидоз, аскосфероз, аспергиллёз, пестицидлар билан заҳарланиш каби касалликлар тўсқинлик қилади. Асаларларнинг варратоз касаллигига қарши узоқ йиллардан буён Россиядан келтирилган бипин препарати қўлланилар эди. Маълумки бир хил препаратни узоқ вақт қўллаганда ҳашоратларда унга қарши чидамлилик пайдо бўлади. Шуни ҳисобга олиб ветеринария илмий тадқиқот институти олимлари ишлаб чиқган флуцин, валин, аммиакар каби препаратлар варратоз каналарига қарши бипин препаратидан ҳам яхши самара бериши аниқланган. Таъкитланга нпрепаратларбилан каналарга қарши ишлов беришни кечкузда, мумкатакда ёш арилар қолмаган пайтда 1-2 марта ўтказилса, асаларилар қишловдан соғлом чиқади. Каналарга қарши препарат билан ишлов беришни кундузи, ҳаво ҳарорати 18 С дан ошганда, арилар актив учиб турган пайтда ўтказиш тавсия этилади. Акарапидоз касаллигини даволашда варродез, экопол каби препаратларни қўлаш яхши натижа беради. Асаларларнинг Амеркача ва Европача чириш касалликларига қарши антибиотиклар пенициллин, тетрациклин препаратлари яхши самара билан қўлланилиб келинмоқда. Ветеринария илмий тадқиқот институти олимлари ушбу касалликни олдини олиш учун асаларичилик хўжаликларига таркибида энрофлоксацин таъсир этувчи моддаси бўлган, апифлокс деб номланган препаратни тадбиқ этганлар. Ушбу препарат асаларларнинг юқорида таъкидланган касаллигига қарши яхши самара бериши ва уни қолдиқлари асалари маҳсулотларида учрамаслиги аниқланган. Хулосалар. Республикамизда асаларичиликнинг ривожланишига асосан гиповитаминозлар, варратоз, нозиматоз, акарапидоз, аскосфероз, аспергиллёз, пестицидлар билан заҳарланиш каби касалликлар тўсқинлик қилади. Ушбу касалликлар оқибатида асаларичилик хўжаликларига катта иқтисодий зарар етказилади. Асаларларнинг касалликлари нафақат уларнинг кўпайиш хусусиятларига балки асалнинг сифатига ҳам салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун бу касалликларни барвақт аниқлаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усулларини жорий этиш муҳим долзарб амалий аҳамиятга эга.

ТРИХИНЕЛЛЁЗ – ХАВФЛИ КАСАЛЛИК

Мўминов Э. СамМИ Даволаш факултети 125- гуруҳ студенти, ассистент Назарова Г.Х.

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири - б.ф.н. МахмудоваХ.И.)

Илмий раҳбар: Биология фанлари номзоди Махмудова Х.И.

Трихинелла (trixinella spiralis) – Юмолоқчувалчанглар типии асл (ҳақиқий) юмалоқ чувалчанглар синфи вакили. Айрим жинсли, эркаги 1.5-2 мм, урғочиси 3-4 мм катталикда. Майда биогелмит ҳисобланади. Воягаетган трихинелла шакли сочга ўхшаш бўлиб, танасининг кейинги қисми йўғонлашган бўлади. Урғочисининг жинсий найи тоқ бўлиши ва тирик личинкалар туғиши билан характерланади. Сутэмизувчи йиртқичларда ҳамда одамда паразитликқилиб трихнеллёз касаллигини чақиради. Трихинелла паразитликқилиш даврида турли токсико-аллергик реакцияларни келтириб чиқаради, ичакдеворини ҳамда мушакларни личинкалари зарарлайди, хўжайинининг организмиҳисобига (қонваозиқмоддалар) озиқланади ва моддалар алмашинуви жараёнини бузиб, мутаген таъсир кўрсатади. Трихинеллёз билан касалланган одам иккинчисига юқтирмайди. Трихинелла вояга етган даврида ингичкаичакда, личинкалик даврида кўндаланг-тарғил мушакларда паразитлик қилади. Одамга асосан, трихинелла билан зарарланган чўчқа гўштидан юқади. Личинкалари ингичка ичакдан лимфа ва қон томирлари орқали мушакларга боради ва у ерда трихинелла капсула хосил қилади. Капсулага ўраглан трихинеллалар узоқмуддат (5-10 йил) яшаши мумкин. Мушақдаги капсулалар инвазия манбаи ҳисобланади. Одатда зарарланиш асосий симптомларсиз ёки асоратларсиз кечиши мумкин. Кўнгил айниши, жиғилдон қайнаши, диспепсия ва диярея кузатилади. Бу белгиларнинг қандайкечиши зарарланиш даражасига боғлиқ бўлади. Кейинчалик паразит тананинг қайси қисмида жойлашганига қараб, иситма, мушакларда оғриқ, аъзоларда қичишлар юзага келади. Трихинеллёздан кўзнинг зарарланиши экзофталмга, юзшишига, биртомонлама птозга, диплопияга, конвергенсиянинг бузилишига, кўзларни ҳаракатлантирганда оғриқ, кўз ичига қон қуйилишига олиб келади. Трихинелла мушакларга кирганда дастлабки симптомлар камаяди, сўнгра мушакларда оғриқ кузатилади. Бошмиянизарарлашиўлимгаолибкелади.Касалликнинг инкубациондаври 5 кундан 30 кунгача бўлади. Паразит билан зарарланиш даражасига қараб бу муддат қисқариши мумкин. Касалликнинг клиник манзараси (қовоқларда шиш, юзлар ҳамда мушакларда оғриқ), синчковлик билан йиғилган анамнез (яхши ишлов берилмаган чўчқа ёки ёввойи чўчқа гўштини истемол қилиш) трихинеллёз касалигини тахмини билан текширишга асос бўлади. Лаборатор текширувларидан умумий қон таҳлили ва иммунологик методлар, касалликнинг 3-4 ҳафтасидан мусбат натижа беради, баъзан иккибошли ва делтасимон мушаклардан биоптат олиниб микроскоп остида кузатилади. Касалликнинг асоратлари: миокардит, пневмония, менингоенсефалит, полиневритлар, тромбоемболия, аллергик системали васкулитлар. Трихилеллёз симптомларни даволашда аспирин ва кортикостероидлардан фойдаланилади, мебендазолдан (специфик даволаш усулида) касалликнинг оғирформаларида(7-10 кундавомида) даволаш мақсадида фойдаланилади. Специфик даволаш билан бирқаторда яллиғланишга қарши дорилар ибунопрофен ёки диклофенон ҳам қўлланилади. Касалликдан сақланиш учун сотувга чиқариладиган чўчқа гўштларини санитария - ветеринария назоратидан ўтказиш, чўчқа фермаларини озода сақлаш ҳамда каламушларни йўқотиш ва трихинеллёздан ўлган ҳайвонларни албатта куйдуриш зарур. Чўчқа гўштидан таомларни синчковлик билан тайёрлаш талаб этилади, чунки оддий шароитда музлаткичларда (-10°C) паразитнинг личинкалари яшаб қолади, -12°C да 57 кунгача, -18 ^{o}C ҳароратда 21 соатгача яшаб қолиши мумкин. +50 ^{o}C ва ундан юқори бўлган ҳароратларда личинкалар бирнеча дақиқада нобуд бўлади, лекин шуни ёддатутиш керакки, юқори ҳароратда гўшт қовурилганда ҳам гўштнинг ички қаватларидаги личинкалар ўлавермайди.

ҚУЁНЛАРДА ЭЙМЕРИОЗ (КОКЦИДИОЗ) КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ

Нажмиддинов Х.Д. СамВМИ Ветеринария профилактикаси ва даволаш факултети 2 босқич 212 гуруҳ талабаси

Парранда, балиқ, асалари ва мўйнали ҳайвонлар касалликлари кафедраси (кафедра мудири - в.ф.н Насимов Ш.Н.)

Илмий раҳбар в.ф.д Эшбуриев С.Б.

Ишнинг мақсади: Республикамизнинг қуёнчилик хўжаликларида парваришланаётган қуёнларда эймериоз (кокцидиоз) касаллигини барвақт диагностика қилиш, самарали даволаш ва олдини олиш усулларини ишлаб чиқиш. Тадқиқот материаллари ва услублари. Қуёнлар орасида эймериознинг тарқалиши, иқтисодий зарари ва клиник белгиларини ўрганиш мақсадида Самарқанд вилоятининг Оқдарё туманидаги “Санъат” қуёнчилик фабрикасида илмий тадқиқотлар олиб борилди. Қуёнларда умум қабул қилинган усулларда клиник ва гелминтологик текширишлар ўтказилди. Тадқиқот натижалари: Эймериоз - қуёнларнинг ўткир ва сурункали оқимда кечувчи протозооз касаллиги бўлиб, бир неча турдаги эймерияларнинг ичакнинг эпителиал ҳужайраларида ва жигарда паразитлик қилиши оқибатида содир бўлади. Эймериозлар сут эмизувчиларнинг, паррандаларнинг, балиқларнинг, ҳашаротларнинг ва бошқа ҳайвонларнинг ҳамда одамларнинг протозооз касаллиги бўлиб, Protozoa ҳайвонот оламининг Apicomplexa типига, Sporosoa синфига, Coccidiida туркумига ва Eimeriidae оиласига мансуб бўлган бир ҳужайрали содда организмлар томонидан қўзғатилади. Коксидияларнинг яшаш жойига боғлиқ равишда касалликнинг ичак ва жигар формалари фарқланади. Қуён еймериози ҳаддан ташқари кенг тарқалган инвазия бўлиб, ер шарининг барча мамлакатларида учраб туради. Қуёнчилик хўжаликларида касаллик 70-100% гача экстенсивлик даражасига эга. Касал ва касалланиб соғайган қуён болалари инвазиянинг манбаи бўлса, катта ёшли қуёнлар эса кокцидияларни ташувчилари бўлиб хизмат қилади. Ооцистлари билан ифлосланган қуёнхоналарда, катаклар, сув, озуқа, асбоб-ускуналар ва яйраш майдончалари инвазияни ёйилишида «кўмаклашувчи» омиллар ҳисобланади. Лаборатория шароитида қуёнлардан олиб келинган патологик материаллардан (тезак) эймерия ооцистларини топишда – асосан “Дарлинг усули” билан текширилди. Дарлинг усули – Дастлаб тухумларни чўкмага тушириб, иккинчи бор қалқитиб чиқарамиз. Дарлинг усули билан текшириш ўтказиш учун стенка олиниб 5-10,0 тезак солинди. Унинг устига тоза сув қуйилади, сўнгра яхшилаб аралаштириб, аралашма симли тўр орқали тоза идишга филтрланди ва аралашма сентрифуга пробиркаларига қуйилди. Пробирка сентрифугага қўйилиб 1000 айланма тезликда 5 минут давомида айлантирилди. Шундан сўнг пробиркани олиб суюқ қисми тўкиб ташланди, чўкмасининг устига эса Дарлинг суюқлиги қуйилди (Дарлинг суюқлигининг таркиби: ош тузининг тўйинган эритмаси ва глицерин эритмасининг тенг миқдордаги аралашмаси). Сўнгра аралашмани центрифугага қўйилиб 1000 айланма тезлигида 5 минут давомида айлантирилди. Шундан сўнг центрифуга пробиркаларини секин штативга қўйиб, симли илмоқ билан бир неча томчи олиб, буюм ойнасига ўтказилди ва қоплагич ойна билан қоплаб микроскопда текширирб қўзғатувчи топилиб, диагноз тасдиқланди. Хулосалар: Қуёнларни кокцидиоз билан зарарланишдан асраб қолиш учун бошқа хўжаликдан келтирилган қуёнларни алоҳида катакларда гуруҳ усулида 30 кунлик профилактик сақлаш зарур ва шу давр мобайнида кокцидий ооцистларини аниқлаш мақсадида уларни текшириш керак. Қуён эймериоз билан зарарланган хўжаликларда кимёвий профилактика тадбирларига алоҳида аҳамият бериш лозим. Қуёнхона ва катакларни дезинвазия усулида ишлов бериш ишлари амалга оширилиши шарт.

ҚУЁНЛАРДА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК – ЖИГАР БОЙЛАМИНИНГ СОЛИШТИРМА ТОПОГРАФИЯСИ

Очилов Д.Қ., Тошпулатов Р.Х., СамМИ тиббий педагогика факултети 202-гурух студентлари

Одам анатомияси ва ОХТА кафедраси (каф. мудири –доцент Хусанов Э.Ў.)

Илмий рахбар т.ф.н. Маматалиев А.Р.

Lig. Hepatoduodenale - жигарнинг висцерал юзасидан ўн икки бармоқли ичакга йўналадиган бойлам бўлиб, унинг таркибида умумий ўт йўли, дарвоза венаси ва жигар хусусий артерияси ўтади. Илмий адабиёт маълумотларига кўра, ўн икки бармоқли ичак –жигар бойлами таркибида ўнгдан чапга караб умумий ўт йўли (ductus choledochus), дарвоза венаси (v.portae) ва жигарнинг хусусий артерияси (a.hepatica propria) жойлашади.(DVA). Ушбу анатомик элементлардан дарвоза венаси, умумий ўт йўли ва хусусий жигар артериясига нисбатан орқада ва чуқурроқда ётади. Жигар жароҳатларида қон кетиш кузатилганда, чарви тешиги орқали кўрсаткич бармоқ билан кириб, бойлам таркибидаги жигар хусусий артерияси босилиб, шу орқали қон

кетиш вақтинча тухтатилади. Ишнинг мақсади: тажриба ҳайвонларида ўн икки бармоқли ичак –жигар бойламининг солиштирма топографиясини ўрганиш. Ўрганиш материаллари ва усули: тажриба ҳайвонларида маҳаллий оғриқсизлантириш остида лапаратомия ўтказилди. Анатомик препаровка усулидан фойдаланиб, ўн икки бармоқли ичак –жигар бойламининг солиштирма топографияси ўрганилди. Натижалар: ўтказилган тажриба орқали қуйидаги натижалар олинди: Биринчи холатда - ўн икки бармоқли ичак – жигар бойламини таркибида ўнгдан чапга қараб дарвоза венаси (v.portae), умумий ўт йўли (ductus choledochus) ва жигар хусусий артерияси (a.hepatica) жойлашганлиги (VDA); Иккинчи холатда - ўн икки бармоқли ичак – жигар бойламини таркибидан ўнгдан чапга караб умумий ўт йўли (ductus choledochus), жигар хусусий артерияси (a.hepatica) ва дарвоза венаси (v.portae) жойлашганлиги (DAV); Учинчи холатда - ўн икки бармоқли ичак – жигар бойламини таркибидан ўнгдан чапга караб жигарнинг хусусий артерияси (a.hepatica), умумий ўт йўли (ductus choledochus), ва дарвоза венаси (v.portae) жойлашганлиги (ADV); Тўртинчи холатда - адабиётларда келтирилганидек, ўн икки бармоқли ичак – жигар бойламини таркибида ўнгдан чапга қараб, умумий ўт йўли (ductus choledochus), дарвоза венаси (v.portae) ва жигарнинг хусусий артерияси (a.hepatica) жойлашганлиги (DVA) аниқланди. Хулоса: шундай қилиб, тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ўн икки бармоқли ичак-жигар бойлами таркибидаги анатомик элементлар хар хил вариантларда жойлашиши мумкинлиги аниқланди. Жигар жарохатларида вақтинча қон тухтатишда жигарнинг хусусий артериясини жойлашишини топишда ушбу вариантларни эьтиборга олишни тавсия этамиз.

СТРЕПТОЗОТОЦИН ДИАБЕТДА КАЛАМУШ ЖИГАР МИТОХОНДРИЯСИ ПАССИВ ИОН ЎТКАЗУВЧАНЛИГИГА ГОССИТАН ВА ПС-5 ПОЛИФЕНОЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Позилов М.К., Рахимов А.Д., Эрназаров З.М., Асраров М.И., Абдулладжанова Н.Г.

ЎзМУ ҳузуридаги Биофизика ва биокимё институти, Қўқон давлат педагогика институти, ЎзР ФА Биоорганик кимё институти

Ишнинг мақсади. Стрептозотоцин (СТЗ) диабетда каламуш жигар митохондрияси мембраналари пассив ион ўтказувчанлигига госситан ва ПС-5 полифенолининг таъсирини in vivo тажрибаларда ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тажрибалар вазни 180-200 гр бўлган эркак, оқ каламушларда олиб борилди. Тажриба ҳайвонларида диабет чақириш учун бир кунлик очликдан сўнг бир марта СТЗ 50 мг/кг (0,1 моль/л цитрат буфери, pH 4,5) эритмасини қорин бўшлиғи тери ости соҳасига юборилди. Тажриба ҳайвонлари 4 гуруҳга ажратилди: I – интакт, 0,2 мл/100 мг миқдорда физиологик эритмадан бир марта инъекция қилинди (n=6); II – назорат, СТЗ диабет (n=6); III – тажриба, СТЗ диабет + госситан 10 мг/кг (n=6); IV – тажриба, СТЗ диабет +ПС-5 1,0 мг/кг (n=6). Каламуш жигар митохондриялари дифференциал центрифугалаш Шнейдер усули бўйича ажратилди. Жигар митохондриялари ички мембранасининг пассив ион ўтказувчанлигини K^+ ва Na^+ ионлари учун тегишли металларнинг нитратли тузларидан тайёрланган изоосмотик муҳитларидан, H^+ ионы учун эса аммоний нитратли изоосмотик муҳитидан фойдаланилди. Олинган натижаларга кўра, KNO_3, $NaNO_3$ ва NH_4NO_3 тузларининг изоосмотик муҳитларда, интакт гуруҳига нисбатан СТЗ-диабет билан чақирилган II гуруҳ каламуш жигар митохондриялари ўтказувчанлигининг кескин ортиши аниқланди. Диабет модели чақирилган III ва IV гуруҳ ҳайвонларини госситан ва ПС-5 полифеноллари билан 8 кун фармакотерапия қилиниши натижасида уларнинг пассив ўтказувчанлиги қайта тикланганлиги аниқланди. Олинган натижалардан шундай хулосага келиш мумкинки, диабет моделида қондаги глюкоза миқдорини ортиши жигар ҳужайраларини, жумладан, митохондрия мембрана тизимларини ҳам зарарланишига олиб келади. Бунга сабаб эса қонда ва инсулинга сезгир бўлмаган тўқималарда глюкоза миқдорининг ошиши, доимий равишда эркин радикалларни юзага келишига сабаб бўлади, улар эса ҳужайра органоидларининг липид, оқсил ва бошқа компонентларига зарар етказади ҳамда мембраналарда дестабилизация жараёнларини кучайтиради. Митохондрияларда ионларнинг пассив транспорти кучайиши, оксидланишли фосфорланишнинг қисман ажралиши билан намоён бўлади. Қандли диабетда бу каби зарарланишлар даражасини камайтирувчи гипогликемик фаолликка эга бўлган госситан ва ПС-5нинг коррекцияловчи таъсири, уларнинг митохондриялардаги оксидланишни фосфорланиш жараёнини ва антиоксидант ҳимоя тизимини тиклаши билан изоҳлаш мумкин.

ТЕЗ КОРОНАР ЎЛИМ ҲОЛАТЛАРИДА ТОЖ ТОМИРЛАРИДАГИ АТЕРОСКЛЕРОТИК ЎЗГАРИШЛАР

Пўлатов М. 209 б гурух талабаси Даволаш факультети АДТИ

Кафедра патологик анатомия (каф. муд – т.ф.н доц Маматалиев А.З.)

Илмий рахбар: катта ўқитувчи Маматалиева М.А.

Тадқиқот мақсади: Тез коронар ўлимларнинг патогенезида атеросклероз ва гипертония касалликларикўп кузатилди. Тадқиқотда тез коронар ўлимларда тож томирлари атеросклерозига ёш ва жинснинг таъсирини ўрганиш мақсад қилиб олинди. Материал ва теширув усуллари: Тадқиқот Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизасида рўйхатдан ўтган, 2012-2016 – йиллардаги тўсатдан вафот этган 493 нафар мурдаларнинг архив материаллари бўлди. Тўқималар гистологик текширишга чап қоринчанинг олдинги ва орқа деворидан (чўққисидан 2 см тепада, ўрта сохасидан ва митрал қопқанинг фиброз ҳалқасидан 2 см пастки қисмидан), қоринчаларарo тўсиқдан олинди. Натижа ва тахлилар: Тез коронар ўлимларда мурдаларнинг юрагида айрим гурух кардиомиоцитларнинг тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси, эпикардда, миокардда ўчоғли ёғ тўқимасининг ўсиши, атеросклеротик майда ўчоғли кардиосклероз, тож томирларини стенозловчи атеросклерози (бўшлиғини 1/2 – 2/3 кисмининг атероматоз ўзгаришлар, оҳакланиш ҳисобига торайиши) кузатилди. Тўсатдан коронар ўлимдан ўлган СТЭ ўтказилган мурдаларнинг 67% ини 40-60 ёшдаги эркаклар ташкил этди, 33% ини 40-60 ёшдаги аёллар ташкил этди. Тўсатдан коронар ўлимдан вафот этган инсонларнинг 75% ида стенозловчи атеросклероз, 15% ида тож томирлар тромбози, 10% ида ангионевротик ўзгаришлар, 5% ида инфарктдан кейинги кардиосклероз кузатилган. 1/4 ҳолатда мурдалар юраги миокардида ишемия белгилари, 1/7 ҳолатда тож томирлар тромбози, 1/8 ҳолатда ангионевротик ўзгаришлар намоён бўлган. Стенозловчи атеросклероз тож томирлар бўшлиғининг 3/4 қисмигача атероматоз ва атерокальциноз ўзгаришлари ҳисобига торайиши, проксимал қисмлари эндотелийсининг шикастланиши, деворолди тромбларининг ҳосил бўлиши билан кузатилиб, у юрак мускулларининг ўткир ишемик шикастланишига олиб келган. Аутопсияда 10-15% ҳолатларда макро-микроскопик миокард инфаркти белгилари аниқланган. Хулоса: Тўсатдан коронар ўлим текширишларида кўпроқ 40-50 ёшли эркакларда кузатилиб, асосан тож томирларининг стенозловчи атеросклерози ва миокард инфарктлари билан намоён бўлди.

ЭХИНОКОККОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Расулов Ш.М. Тошкент тиббиёт академияси, 1-курс PhD докторанти,

Эпидемиология кафедраси (кафедра мудири – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.д., доцент Матназарова Г.С.

Эхинококкоз энг кўп учровчи, ҳавфли паразитар касалликлардан бири бўлиб, турли хил клиник кўринишлар билан намоён бўлади. Сўнгги вақтларда инсон организмининг ҳар қандай орган ва тўқималарида эхинококкозли кисталарнинг ривожланиши мумкинлиги тўғрисида гувоҳлик берувчи етарли миқдордаги кўп сонли кузатувлар тўпланган. Энг кўп 70-85% жигар эхинококкози, камроқ 15-25%-ўпка эхинококкози, 3-5% бошқа органларнинг паразитар зарарланиши кузатилади. Касалликни кенг миқёсда тарқалганлиги ва чорвачилик ҳамда соғлиқни сақлаш учун йирик иқтисодий зарарга эга бўлиши мазкур касалликни дунёнинг кўплаб мамлакатлари учун жиддий ижтимоий-иқтисодий ва тиббий муаммо сифатида қолмоқда. Эхинококкоз билан асосан чорвачилик ривожланган ва паст ижтимоий-иқтисодий даражага эга бўлган қишлоқ минтақаларида истиқомат қилувчи аҳоли азият чексада, аммо шаҳар аҳолисини шу касаллик билан касалланиш холатлари ҳам кузатилмоқда. Эхинококкознинг тарқалиши ва даволаш усуллари ҳали ҳануз охиригача ечимини топмаган. Бу маълум даражада касалликда анамнестик маълумотларнинг камлиги, эрта клиник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқдир. Тадқиқот мақсади: Эхинококкознинг эпидемиологиясини таҳлил қилиш. Тадқиқот натижалари: Эхинококкоз касаллиги дунёнинг кўплаб

мамлакатларида кенг тарқалган. Баъзи маълумотларга кўра, ҳозирги вақтда эхинококкоз билан 1 миллиондан ортиқ киши зарарланган, бунда баъзи эндемик ва ноэндемик минтақаларда ушбу хасталик билан касалланиш 200 мартадан кўпроқ фарқ қилади. Сўнгги ўн йилликларда эхинококкоз билан касалланишнинг географик чегарасининг кенгайиши кузатилди. Санитария-эпидемиологик жиҳатдан осойишта бўлган мамлакатларда ҳам учрамоқда Масалан, АҚШда ҳар йили 100га яқин янги эхинококкоз холатлари қайд этилади; 60% касаллик холатлари иммигрантларда қайд этилади. Шунга ўхшаш вазият Германия, Швецария, Италия, Япония ва бошқа мамлакатларда ўз ўрнига эгадир. Паразитнинг атроф муҳит омилларида узоқ вақт сақланиши учун энг қулай шароит тез-тез ёғингарчилик кузатиладиган ўртача баландликдаги тоғлик, мўтадил иқлимли минтақалар ҳисобланади. Шунга мос холда касаллик ўзининг максимал тарқалишига асосан йиллик ўртача ҳарорат 10-20^{0}С бўлган туманларда эришилади. Ҳарорат 20^{0}Сдан юқори бўлганда касалланганлар сони кам бўлади ва бунда асосан эхинококкознинг ўпкада жойлашиши кўп учрайди. Иссиқ иқлимли ва қуёш радиацияси юқори бўлган минтақаларда маҳаллий аҳоли ҳамда ҳайвонлар ўртасида эхинококкоз жуда кам учрайди. Шимолий ва экваториал мамлакатларда эхинококкоз-спорадик тарқалган. Ўзбекистон Республикасида 2003-2017 йиллар давомида рўйхатга олинган эхинококкоз касаллигининг таҳлили шуни кўрсатадики, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига, ҳар хил йилларда 2,4 - 6,01 бўлганлиги аниқланди. Таҳлилнинг дастлабки йили - 2003 йилда республикамизда эхинококкоз билан касалланишнинг интенсив кўрсаткичи ҳар 100 минг аҳолига – 5,36 ташкил қилган ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнидаги энг юқори кўрсаткич 2004 йилда кузатилган бўлиб, у 6,01 га тенг бўлган. 2007 йилдан бошлаб эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичида пасайиш тенденцияси кузатилган. 2017 йилга келиб интенсив кўрсаткич 2,4 ни ташкил қилган, бу 2004 йилга нисбатан касалланишнинг 2,5 мартага камайганлигини кўрсатади. Эхинококкоз касаллиги асосан маиший-мулоқат ва ҳаво-томчи йўли орқали юқади. Сўнгги йилларда касалликнинг ўпка шакли ҳаво-томчи йўли билан кўпинча ёш болаларда кузатилмоқда. Касалланиш йил давомида қайд қилинади. Юқорида кўрсатилган эпидемиологик хусусиятларни ушбу касалликнинг олдини олиш чора-тадбирларини ўтказишда инобатга олиш зарур.

ГЕЛЬМИНТОЗЛАРИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Расулов Ш.М. Тошкент тиббиёт академияси, 1-курс PhD докторанти, Биология фани ўқитувчилари Расулова К.М., Мухиддинова Г.А.

Эпидемиология кафедраси (кафедра мудири – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.д., доцент Матназарова Г.С.

Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ушбу касалликлар билан асосан эрта ёшдаги болалар касалланадилар. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти берган маълумотларга кўра жаҳон миқёсида гельминтозлар билан 5 миллиард атрофидаги киши зарарланган. Ҳозирги кунда Ўзбекистонда гельминтозларнинг 10-12 тури қайд этилмоқда. Энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз, трихоцефалез каби гельминтозлар баъзи вилоятларда оммавий равишда тарқалган. Мақсад: Ўзбекистонда гельминтоз касалликларининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва ушбу маълумотлар асосида профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш. Натижа ва мухокама: Республиканинг тоғли ва тоғ олди минтақаларида аскаридоз ва трихоцефалёз ўчоқлари учрайди. Эхинококкоз республиканинг Қашқадарё, Самарқанд, Сурхондарё, Сирдарё ва Фарғона вилоятларида спорадик кўринишда аниқланади. Республикада тениаринхоз хасталигининг кўплаб ўчоқлари мавжуд. Шу билан бирга Ўзбекистонда мулоқат йўли билан тарқаладиган энтеробиоз (212096 нафар) ва гименолепидоз (45944) беморлари кўплаб учрамоқда ва улар республиканинг барча ҳудудларида кенг тарқалган. Гименолепидоз беморларининг аксарияти Наманган (14324 нафар) ва Фарғона (11241 нафар) вилоятларида аниқланган. Гельминтозларнинг турлари бўйича касалланиш кўрсаткичлари таҳлил этилганда қуйидагилар маълум бўлди. 2015 йилда аскаридозлар билан касалланган 96 нафар беморлар аниқланган бўлиб, улардан (78,4%) нафари болалардир. Зарарланиш индекси катталарда ҳам, болаларда ҳам 0,01% ни ташкил этиб, касалланиш кўрсаткичлари 2016 йилда ҳам 2015 йилдагидек даражада сақланиб қолган. Таҳлил этилаётган йилларда Тошкент шаҳрида гименолепидоз ва энтеробиоз билан касалланиш кўрсаткичлари болаларда катталардан фарқ қилиб юқорилигича қолган. Гельминтозларга қарши профилактик чора-тадбирлар. Режали оммавий текширувларда гельминтозлар билан оғриган беморларни фаол аниқлаш ва уларни даволаш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни аниқлаш. Доимий равишда гельминтозлар билан юқиш мавсумини, гельминтларнинг кўплаб ҳалок бўладиган муддатларини аниқлаш. Аҳолини канализация ва тоза ичимлик суви билан таъминлаш кўрсаткичларини янада ошириш. Жамоат ташкилотлари, боғлар, сайилгохлар, хиёбонларда санитария-гигиена талабларига жавоб берадиган ҳожатхоналар қуриш, ҳар бир ҳовлиларда ахлат қутиларни ўрнатиш ва уларни доимий равишда тозалашга эришиш. Ҳожатхоналар ва ахлат қутилари атрофидаги тупроқларни зararзизлантириш. Зарарланиш индекси 20% ва ундан юқори бўлган ўчоқларда 14 ёшгача болалар ёки бошқа декрет гуруҳга мансуб аҳоли гуруҳларида йилига икки марта оилавий дегельминтизация тадбирларини амалга ошириш. Чиқиндилар, оқава сувлар ва суғориладиган далаларда дегельминтизациясига эришиш. Умумий овқатланиш корхоналари ва уларда хизмат қилувчи ходимлар устидан доимий равишда тиббий-санитария назоратини амалга ошириш. Хулоса: Аҳолининг маданият ва турмуш даражасини янада ошириш. Аҳолининг турли қатламлари, айниқса болалар ва ўсмирлар орасида санитария-тарғибот тадбирларини кучайтириш. Профилактик тадбирларни доимий равишда амалга ошириш учун кенг жамоатчилик ва маҳаллалар фаолларини жалб этиш. Шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилиш. Замонавий эпидемиология талабларига кўра гельминтозларга нисбатан қаратилган профилактик тадбирлар мажмуаси эпидемиологик назорат тамойиллари асосида режалаштирилиши ва ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

ТОВУҚЛАРДА ГИПОВИТАМИНОЗЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ

Рахмонов У.А. СамВМИ Ветеринария профилактикаси ва даволаш факултетининг таянч –докторанти

Парранда, балиқ, асалари ва мўйнали ҳайвонлар касалликлари кафедраси (кафедра мудири - в.ф.н. Насимов Ш.Н.)

Илмий раҳбар в.ф.д, профессор Норбоев Қ.Н.

Тадқиқот мақсади. Товуқларда гиповитаминозларнинг тарқалиши, иқтисодий зарари, этиологиясини ўрганиш, касалликни даволаш ва олдини олиш усулларини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш. Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари. Илмий тадқиқотларнинг экспериментал қисми Самарқанд туманидаги “Самарқанд-Парранда” МЧЖ га қарашли паррандачилик фермер хўжалигида бажарилди. Хўжаликдаги товуқлардан ҳар бирида 50 бошдан товуқлар бўлган 4 та гуруҳ тузилди. Биринчи тажриба гуруҳидаги товуқларга хўжалик рационига (гранулали ем) қўшимча Моновит-Р 1мл/л миқдорда, иккинчи гуруҳга Витапрем (комплекс витамин) 0,5 г/кг, учинчи гуруҳга Витапрем (комплекс витамин) ва Витапрем (комплекс минерал) 0,5 г/кг миқдорда қўшиб берилди. Назорат гуруҳидаги она товуқлар хўжалик рационида озиқлантирилди. Тажрибалар 60 кун давом этди. Қондаги гемоглобин миқдори (гемоглобин-цианидли усули), глюкоза (Ортотолуидин билан рангли реакция), умумий оқсил (Рефрактометрик усули), ва тухум таркибидаги витамин А (ретинол) ҳамда каротиноилар миқдори (спектрофотометрик усулда) аниқланди. Натижалар ва уларнинг таҳлили. Тажрибалар давомида олинган натижаларни таҳлил қилиш шуни кўсатдики, қон таркибидаги гемоглобин миқдори тажрибалар бошида биринчи тажриба гуруҳида ўртача 96,0±2,4 г/л, иккинчи тажриба гуруҳида ўртача 98,8±1,9 г/л, учинчи тажриба гуруҳида ўртача 96,5±1,8 г/л, ни ташкил этган бўлса, тажрибаларнинг охирига келиб бу кўрсаткичларни шунга мос ҳолда биринчи тажриба гуруҳида ўртача 122,0±1,4 г/л гача, иккинчи гуруҳда ўртача 124,0±1,2 г/л гача, учинчи тажриба гуруҳида ўртача 126,0±2,2 г/л гача ошганлиги қайд этилди. Назорат гуруҳидаги товуқларда қондаги гемоглобин миқдори тажрибаларнинг охирига келиб дастлабки кўрсаткичларга нисбатан ўртача 3,0 г/ л га камайганлиги аниқланди. Тажрибадаги товуқлар қон зардобидаги умумий оқсил миқдори тажрибаларнинг охирига келиб биринчи тажриба гуруҳида ўртача 46,6±0,24 г/л дан 49,2±0,42 г/л гача, иккинчи тажриба гуруҳида ўртача 46,6±0,20 г/л дан 50,2±0,38 г/л гача, учинчи тажриба гуруҳида ўртача 44,8±0,24 г/л дан 54,5±0,32 г/л гача ошганлиги, назорат гуруҳидаги товуқларда ўртача 42,4±0,30 г/л га камайганлиги характерли бўлди. Қондаги глюкоза миқдори биринчи тажриба гуруҳида тажрибалар охирига келиб, дастлабки

кўрсаткичларга нисбатан ўртача 10,2 ммоль/л га, иккинчи гуруҳда шунга мос равишда ўртача 0,92 ммол/л га, учинчи гуруҳда ўртача 1,08 ммоль/л га ошганлиги, назорат гуруҳида ўртача 0,10 ммоль/лга камайиши кузатилди. Тажриба гуруҳидаги товуқларда тажрибаларнинг якунига келиб ретинол ва каротиноидлар миқдори биринчи тажриба гуруҳида ўртача 2,5 мкг /г ва 6,2 мкг/г га, иккинчи гуруҳда шунга мос ҳолда 2,3 мкг/г ва 7,2 мкг/г га, учинчи гуруҳда ўртача 3,0 мкг/г ва 9,8 мкг/г га ошганлиги, назорат гуруҳидаги товуқларда ўртача 0,6 мкг/г ва 2,2 мкг/г га камайганлиги аниқланди. Организмда моддалар алмашинувининг жадаллашуви уларнинг тухум маҳсулдорлигини назорат гуруҳига нисбатан 13,3 - 14,0 фоизга кўпайишига олиб келди. Хулосалар. Тухум йўналишидаги товуқлар рационига Витапрем (комплекс витамин) ва Витапрем (комплекс минерал) витаминлар аралашмасини (0,5 г/кг) қўшиб берилиши паррандалар организмида моддалар алмашинувини яхшилаб, қондаги гемоглобин ва глюкозани ўртача 20,2%, қон зардобидаги умумий оқсил миқдорларини назорат гуруҳига нисбатан 18,8% га, товуқларнинг тухум маҳсулдорлигини назорат гуруҳига нисбатан ўртача 13,3 -14,0% га кўпайишини таъминлайди.

ДАУН СИНДРОМИ-БЎЛГАН ОДАМЛАРНИНГ ЎРТАЧА УМР ДАВОМИЙЛИГИ

Солижонов М., СамМИ 117-гурух Даволаш факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И.)

Илмий рахбар: ассистент. Исламова З.Б.

Ишнинг максади: Даун синдроми бўлган шахсларнинг умр кўриш давомийлиги узайган бўлиб, бу муддат 50 йил даношади. Маълумотларга қараганда бугунги кунда дунёда ҳар бир 800 та инсоннинг бири Даун касаллиги билан касалланган. Ушбу синдромга эга бўлган кўп одамлар турмуш қурадилар. Эркакларда чекланган миқдордаги сперматозоидлар бўлади, Даун синдроми бўлган эркакларнинг кўпчилиги бепуштдир. Аёлларда мунтазам ҳайз цикли кузатилади. Даун синдроми бўлган аёлларнинг камида 50% фарзандли бўлишлари мумкин. Ушбу синдромга чалинган оналардан туғилган болаларнинг 35-50% да Даун синдроми ёки бошқа ногиронлик аниқланади. Тадкикот материаллари ва усули: Даун синдроми бўлган беморларда саратон ўсмаси камроқ учраши ҳақида маълумотлар мавжуд. Бироқ, бундай кишилар кардиологик касалликлар (одатда туғма юрак нуқсонлари), Алтсгеймер касаллиги ва ўткир миелоид лейкозларга чалиниши эҳтимоли кўпроқ. Мазкур синдромли одамларнинг иммунитети заиф бўлади, шунинг учун болалар (айниқса, эрта ёшда) кўпинча пневмонияга чалинади, улар болаларда учрайдиган инфектсияларни қийин бошдан ўтказади, тез-тез ошқозон бузилиши қайд қилинади. Натижалар: Турли ҳолларда Даун синдроми бўлган болаларнинг когнитив ривожланиши сезиларли даражада фарқ қилади. Ҳозирги кунда туғилишдан олдин боланинг ўзлаштириши ва жисмоний ривожланиши қанчалик яхши бўлишини олдиндан аниқлаб бўлмайди. Оптимал усулларни аниқлаш эрта аралашув ёрдамида туғилгандан кейин амалга оширилади. Ҳар бир бола кенг имкониятларга эканлиги боис, мактабда уларнинг стандартлаштирилган таълим дастуридаги муваффақиятлари сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин. Даун синдроми бўлган болаларда мавжуд бўлган ўзлаштириш муаммолари соғлом бўлаларда бўлиши ҳам мумкин, шунинг учун ота-оналар фарзандларини оддий мактабларга беришга ҳаракат қилишса бўлади. Кўп ҳолларда болалар нутқ билан боғлиқ муаммоларга дуч келишади. Сўзни англаш ва унинг талаффуз этиш орасида маълум бир кечикиш кузатилади. Шунинг учун, ота-оналар болани логопедга олиб бориши тавсия этилади. Нозик ҳаракат қобилиятлари ривожланишда кечикади ва бошқа ҳаракат қобилиятларидан сезиларли даражада ортда қолади. Баъзи болалар икки ёшдан бошлаб, баъзилари эса 4 ёшлигида юришни бошлашлари мумкин. Одатда ушбу жараённи тезлаштириш учун физиотерапия буюрилади. Даун синдроми бўлган одамларнинг ўртача умр давомийлиги стандарт хромосома тўплами бўлган одамларнинг ўртача умр давомийлигидан камлиги уларнинг юқори касалланувчанлиги билан тушунтирилади. 2002-йилда Қўшма Штатларда ўтказилган бир тадқиқот, Даун синдроми бўлган одамларнинг ўртача умр кўриш давомийлиги 49 йил эканлигини кўрсатди. Бироқ, ҳозирги кундаги ҳаёт давомийлиги 1980-йилларда 25 йилга нисбатан сезиларли даражада юқоридир. Вақт ўтиши билан ўлим сабаблари ҳам ўзгарган, сурункали нейродегенератив касалликлар аҳоли ёшига нисбатан кенг тарқалган. 40-50 ёшда ушбу синдроми бўлган одамларнинг аксарияти Алтсгеймер касаллиги - дементсиядан азият чекади. Хулоса: Тажриба давомида Х хромосоманинг инактиватсияси учун жавоб берадиган Хист гени 21 хромосомада трисомия бўлган плюрипотент ўзак ҳужайралар 21 хромосомасига кўчириб ўтказилди. Шу тариқа учинчи, ортиқча хромосомани блоклашга эришилди. Уни блоклаш келажакда Даун синдромининг ривожланишига тўсқинлик қилиши мумкинлиги тахмин қилинмоқда.

БОЛАЛАРДА АСКАРИДОЗ БЕЛГИЛАРИ, АСОРАТЛАРИ, ДИАГНОСТИКАСИ

Суюнов Н., СамМИ, 106-гурух педиатрия факултети студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (кафедра мудири-б.ф.н Махмудова Х.И.)

Илмий рахбар: ассистент. Исламова З.Б.

Мақсад: Педиатрия соҳасида аскаридоз ҳолатлари, белгилари,асоратлари, диагностакаси ва профилактик чоралар. Материаллар ва методлар. Болаларда аскаридоз, белгилари, бола зарарлангандан кейин 1 ҳафта давомида интоксикатсион ва аллергик белгилар юзага чиқади (ерта миграцон босқичда). Баъзи ҳолатларда аскариданинг етилган шакллари ичак ва кўкрак қафаси соҳасини рентгенография текшируви орқали кўриниши ҳам мумкин. Бундан ташқари эндоскопик текширувлар ва жарроҳлик аралашуви ҳам аскаридоз касаллиги диагностикасида аниқ маълумотлар беради (болалар гастроентерологияси бўлимларида амалга оширилади). Натижалар: Болада умумий ҳолсизлик, тана ҳарорати кўтарилиши (38 С гача ошиши мумкин), тўш ортида оғриқ, аллергик тошмалар ва тери қичишиши, қуруқ ёки шиллиқ балғамли йўтал, баъзида плеврит белгилари кузатилиши мумкин. Касаллик давомида бола жигари, талоқ ва лимфа тугунлари катталашиши ҳам келиб чиқади (гепатоспленомегалия). Аскаридоз ичак босқичида – ҳазм қилиш билан боғлиқ муаммолар келиб чиқади, ошқозон кислоталик муҳити камайиши ва ферментлар фаоллиги пасайиши, овқат маҳсулотлари ҳазм бўлиши қийинлашуви, озуқавий маҳсулотлар сўрилиши қийинлашуви юзага чиқади. Бола доимий қорин оғриши (абдоминал синдром), иштаҳанинг пасайиши, баъзида овқат маҳсулотлари таъсирида кўнгил айниш, сўлак ажралишининг кўпайисси, айрим маҳсулотларни кўтара олмаслик, метеоризм (қорин дам бўлиши), ич кетиши, тана вазнининг пасайиши, тез-тез шамоллаш каби ҳолатлардан азият чекади. Болаларда аскаридозга хос бўлган нерв тизими билан боғлиқ муаммолардан (астеновегетатив белгилар) – тез чарчаб қолиш, хотиранинг пасайиши, қўзғалувчанлик, уйқу безовталиги, вестибуляр камчиликлар, гиперкинез ва эпилептик талвасалар юзага чиқиши ҳам мумкин. Болаларда аскаридоз ўзидан кейин қоладиган асоратлар қолиши билан хавфли ҳисобланади. Аскарида личинкалари турли хил аъзолар ва қон томирлар деворида механик ўзгаришлар, ўчоқли ёки кам ҳажмли қон қуйилишлар, яллиғланиш инфилтратлари, жигар, ичак, ўпка тўқимаси перфоратсияси ва микронекроз каби ҳолатларга олиб келиши мумкин. Аскаридаларнинг личинкалари ва етилган шакллари ҳаёт фаолияти маҳсулотлари организмга кучли токсик ва аллергик таъсир кўрсатади. Болаларда аскаридоз организм умумий сезувчанлиги ва яққол намоён бўладиган маҳаллий аллергик реаксиялар келиб чиқишига сабаб бўлади, оғир ҳолатларда эшакеми ва асматик бўғилиш ҳам юзага чиқиши мумкин. Педиатрия соҳасида аскаридоз ҳолатлари профилактик эмлашларга қарши кўрсатма бўла олади. Чунки бундай ҳолатларда ваксиналарнинг самараси пасайиб кетади. Аскаридоз диагностикаси. Болаларда аскаридоз касаллигининг эрта босқичлари клиник-епидемиологик маълумотлар ва қўшимча белгилар: умумий қон таҳлилида лейкотситоз ва эозинофилия ҳолати, балғам микроскопик текширувида паразит личинкалари топилиши, ўпка рентгенограммасида эозинофил инфилтрат соялари кўринишига асосланиб қўйилади. Болаларда аскаридозни аниқ ташхислаш бола зарарланганидан сўнг 3 ой ўтиб аниқлаш мумкин, бунда аскарида личинкалари етилган, жинсий кўпайиш қобилиятига эга ва ичак босқичига ўтган бўлади. Бундай ҳолатда паразит тухумларини аниқлаш мақсадида нажас лаборатор текширувлари ўтказилади. Хулоса: Аскаридаларнинг кўплаб юқиши ва ривожланиши натижасида болаларда механик ёки обтуратсион ичак тутилиши, ўт йўллари ва чувалчангсимон ўсимта обтуратсияси келиб чиқади. Бунинг натижасида механик сариқлик, ўткир аппендитсит белгилари, холангит, холесистит, панкреатит ривожланиши мумкин. Аскаридознинг эндемик ўчоқларида касалланган болаларда оғир кечувчи пневмония (зотилжам) кўринишида асоратланиши ва унинг оқибати ўлим билан тугаши ҳам мумкин.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАСТКИ АРТЕРИЯЛАРИ ВА ҲИҚИЛДОҚ ҚАЙТУВЧИ НЕРВИНИНГ СОЛИШТИРМА ТОПОГРАФИЯСИ

Тошпулатов Р.Х., Очилов Д.Қ., СамМИ тиббий педагогика факултети 202-гурух студентлари

Одам анатомияси ва ОХТА кафедраси (каф. мудири –доцент Хусанов Э.Ў.)

Илмий рахбар: ассистент Болтаев А.И.

Қалқонсимон безни 4 та асосий артерия қон билан таъминлайди, шунингдек баъзида 1 та қўшимча артерия хам мавжуд булади (7% холларда). Тўртта асосий артериялар қуйидагилар: 2 та қалқонсимон без юқориги артериялари ва 2 та қалқонсимон без пастки артериялари (aa. thyroidea superior et inferior). Улар без ичида ўзаро анастомоз хосил қилади. Ҳиқилдоқ қайтувчи нерви (n.laryngeus recurrens) чап томондан аорта равоғининг остидан, ўнгда эса ўмров ости артериясининг пастки томонидан айланиб ўтади ва қизилўнгач-кекирдак эгати орқали юқорига кўтарилади. Нервнинг охирги тармоғи – ҳиқилдоқ ички шохи бўлиб, у қалқонсимон без пастки артериясининг орқа томонидан ўтади. Ишнинг мақсади: қалқонсимон без пастки артериялари ва ҳиқилдоқ қайтувчи нервининг қиёсий топографиясини тажриба ҳайвонларида ўрганиш. Тадқиқот методи ва материали: тажриба қўёнларида анатомик препаровка усулидан фойдаланиб қалқонсимон без пастки артериялари ва хиқилдоқ қайтувчи нервларининг қиёсий топографияси ўрганилди. Тажриба қўёнларида, махаллий оғриқсизлантириш остида бўйин оқ чизиғи бўйлаб ўтказилган кесим оркали бўйин соҳаси очилиб, фасциялар кенгайтирилди. Мушаклар тўмтоқ йўл билан очилди ва қалқонсимон без пастки артериялари ҳамда хиқилдоқ қайтувчи нервлари топилиб, уларнинг ўзаро жойлашуви ўрганилди. Натижалар: ўтказилган тажриба орқали қуйидаги натижалар олинди: Биринчи ҳолатда - чап томондан ҳиқилдоқ қайтувчи нерви артерияга нисбатан олд томонда, ўнг томондан эса артериянинг орқа томонида жойлашганлиги; Иккинчи ҳолатда - ҳар иккала томондан ҳам, ҳиқилдоқ қайтувчи нерви артериянинг олд томонида жойлашганлиги; Учинчи ҳолатда - чап томондан ҳиқилдоқ қайтувчи нерви артериянинг орқа томонида, ўнг томондан эса артериянинг олд томонида жойлашганлиги; Тўртинчи ҳолатда - ҳар иккала томондан хам, ҳиқилдоқ қайтувчи нерви артериянинг орқа томонида жойлашганлиги аниқланди. Ҳулоса: шундай қилиб, ҳиқилдоқ қайтувчи нерви илмий адабиётларда келтириб ўтилганидек, фақатгина қалқонсимон без пастки артериясининг орқа томонидан эмас, балки турли холатларда жойлашиши мумкинлиги кузатилди. Қалқонсимон без операцияларида ҳиқилдоқ қайтувчи нервини зарарлаб қўймаслик учун, юқоридаги ҳолатларни эътиборга олиш мақсадга мувофиқ саналади.

ОДАМ СОЧЛАРИНИ ТЕКШИРИЛИШИНИНГ СУД ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Тураев Н.Т. 1 курс магистри, катта ўқитувчи Хасанова М.А, асс.Ҳакимов С.А.

ТТА суд тиббиёти ва тиббиёт ҳуқуқи кафедраси (кафедра мудри доц. Бахриев И.И.)

Илмий рахбар: доц. Бахриев И.И.

Кириш. Турли қотиллик, номусга тегиш, тан жароҳатлари етказиш, ҳайвонлар ва уларнинг жунларни ўғирлаш, баъзан бахтсиз ҳодиса каби ҳолатларда ашёвий далил сифатидаги сочларнинг экспертизаси муҳим аҳамиятга эга. Кўпинча суд-тиббий текширувларда асосий белгилари бўйича одам сочларининг тузилиши кўпчилик ҳайвонларнинг сочларидан фарқ қилсада, шундай ҳолатлар бўладики, баъзи ҳайвонларнинг сочлари одам сочлари билан ўхшаш бўлади. Бундай сочларнинг барча белгиларини фақат диққат-эътибор билан ўрганиш бу масалани ҳал қилиши мумкин. Тадқиқотнинг мақсади. Суд биологик текширувларда одам сочларини текширув усулларини такомиллаштириш. Текширув материаллари ва усуллари. Мазкур тадқиқот иши бажариш учун Ўз. Рес.СТЭИАМ суд- биология бўлими объектларидан - 6та мурда бошини соч намуналаридан фойдаланилди. Бунинг учун дастлаб соч намуналари макроскопик текширилади, сўнгра эса микроскопик текширувлар: сочларнинг структурасини ўрганиш, улардаги жароҳатлар ва турли ўзгаришлар, кутикула суратини ўрганиш, кўндаланг кесимларини ўрганиш, ўзаро таққосий текширувлар ўтказилади. Текширув жараёнида сочларнинг қалинлигини текшириш АМ 9-2 русумли окуляр-микрометрлар ёрдамида ўтказилди. Текширув олдидан соч намуналари совунли илиқ сувда ювилиб, фильтр қоғозда қуритилади. Ҳар бир мурда бошининг 5та соҳасидан (пешона, чап ва ўнг чакка, тепа ва энса) 5 тадан соч толалари алоҳида-алоҳида ўрамчаларга ўралади ва 25дона соч толалари текширилади. Жами: 6та мурда соч намуналаридан 150дона соч толалари текширилди. Тадқиқот натижалари. Макроскопик текшириш натижасида 50та соч толалари жигар ранг, тўғри шаклли, узунлиги 2,5см-8см, қалинлиги 0,072мм-0,090мм.50таси эса қора рангли, тўлқинсимон шаклли, узунлиги 5см-12см, қалинлиги 0,068мм.-0,086мм. ва қолган 50та соч толалари оч жигар рангли соч намунаси, тўғри шаклли, узунлиги 3,5см-10см, қалинлиги 0,060мм-0,098мм аниқланди. Микроскопик текширишда юқорида келтирилган 150та мурда бошининг соч намуналарини асосан структураси, улардаги жароҳатлар, ўзгаришлар, кутикула сурати ва таққосий текширувлар ўтказилди. Соч толалари аввал ксилолда бутун узунлиги бўйича кичик ўлчамли кўриш майдонида кўриб чиқилади, кутикула суратини олиш учун силикат елими ёрдамида буюм ойнасига босмаси олиниб текширилди. Бунда 150та жигаррангли, тўғри шаклли соч 50тасида ўзак қисми соч узунлиги бўйича узлукли, пўстлоқ қисми сочнинг кўп қисмини ташкил этиб,унда пигментлар шртача ўлчамли бир текисда жойлашган, отик чекаси текис, тишчаларини бироз фарқланади, кутикула сурати мураккаб чизиқчалари бироз яқинлашган, сиртмоқсимон шакл ҳосил қилади, ва 50тасини ўзаги узлукли қайишсимон, пўстлоқ қисми сочнинг кўп қисмини ташкил этиб, унда пигментлар кичик ўлчамли бир текисда жойлашган, оптик чеккаси текис, тишчаларини бироз фарқланади, кутикула сурати эса мураккаб чизиқчалари бироз яқинлашган, зигзагсимон шакл ҳосил қилади. Қолган 50тасида ўзак йўқ, пўстлоқ қисмида пигментлар ўртача ўлчамли бир текис жойлашган, оптик чеккаси текис, майда тишчалари кузатилади, кутикула сурати эса мураккаб чизиқчалари яқинлашган, зигзагсимон шакл ҳосил қилади. Соч толаларни илдизи илмоқсимон, айримлари зинасимон- юлинган соч толалари. Периферик учлари турли кўринишда, жумладан игнасимон ингичкалашган, супургисимон ва калта супурги кўринишда толаларга ажралган. Хулоса. Соч толаларини макроскопик ва микроскопик текширув усулларини қўлланилиши, одам сочларини воқеа жойидан олинган соч толалари билан таққослаш, ашёвий далиллар экспертизасининг сифатини ошириш имкониятини беради.

НАФАС ЙЎЛЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ИККИЛАМЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРНИ ЧАҚИРУВЧИ БАКТЕРИЯЛАРГА ФИТОНЦИДЛАРНИНГ ТАЪСИРИ.

Ўктамов М. СамМИ Педиатрия факультети 204 гуруҳ студенти

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А.М.)

Илмий раҳбари: катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ. Ш., ассистент Юсупов М.И.

Ишнинг мақсади: Ўткир респиратор вирусли касалликлар билан касалланган талабалар нафас йўлларида учрайдиган иккиламчи инфекцияларга сабаб бўлувчи бактерияларга фитонцидларнинг таъсирини аниқлаш. Тадқиқот материали ва услуби: Ўткир респиратор вирусли касалликлари билан касалланган 24 нафар талаба (тажриба гуруҳи) ва касалланмаган 27 нафар талаба (назорат гуруҳи) нафас йўлларидан стерил тампонлар ёрдамида суртма олиниб, 1% ли шакарли озиқ муҳитларга ва 3%ли қонли агарларга экилди. Бу озиқ муҳитлар икки қисмга ажратилиб, бир қисмига пиёз шираси томизилди, иккинчи қисми эса таққослаб кўриш учун ўз ҳолича қолдирилди. Термостатда 37^{0}С да 24 соат мобайнида ўстирилгандан сўнг озиқ муҳитлардаги бактерияларнинг калониялари ўрганилди ва улардан суртмалар тайёрланиб микроскопик усулда текширилди. Олинган натижалар: Ўткир респиратор вирусли касалликлари билан касалланган талабалар нафас йўлларидаги суртмаларидан кўп миқдорда гемолитик стрептококклар (8та калония), оқ, сариқ стафилококклар (15та колония), пневмококклар (3та колония), кандида ва бошқа шартли патоген микроблар кўплаб ўсиб чиқди. Озиқ муҳитнинг пиёз шираси томизилган бошқа ярмидан эса Грамм мусбат бактериялар: стрептококк, стафилококк, диплококклар ҳамда кандида замбуруғлари ва бошқа микроблар ўсмасдан тиниқ – тоза майдон ҳосил бўлди. Соғлом талабалар нафас йўлларидан олиб экилган озиқ муҳитларда кам миқдорда агемолитик стафилококк, стрептококклар, кўплаб пептококклар ва диплококклар дифтероидлар ва вейлонелалар, ачитқисимон замбуруғлар

ўсиб чиқди. Озиқ муҳитнинг пиёз шираси томизилган қисмида эса бу бактериялар ўсиб чиқмади ва тиниқ майдон ҳосил бўлди. Хулоса: олинган натижалар шуни кўрсатдики: Ўтказилган тажриба ўткир респиратор вирусли касалликларида кўп миқдорда пиёз истеъмол қилиш иккиламчи инфекцияларнинг шиллиқ қават тўқималарида шартли патоген микробларнинг кўпаймаслигига тўлиқ асос бўла олади. Чунки пиёздаги фитонцид моддалар нафақат бактериялар, содда ҳайвонлар, замбуруғ ва микобактерияларга қарши таъсир кўрсатиши балки вирусларнинг ҳужайра ичида синтезини секинлаштириши ҳамда буйрак усти безини қитиқлаши натижасида организмнинг реактивлигини ошириши ҳақида маълумотлар бор. Қолаверса, пиёздаги С ва В гуруҳидаги витаминлар, провитамин А ва бошқа қимматли кислоталарнинг борлиги кўпгина адабиётларда қайд этилган. Овқат рационида доимий равишда хом пиёз бўлганда, организмда касаллик қўзғатувчи Грамм мусбат ва Грамм манфий кокклар, микобактериялар, кандида ва содда ҳайвонлар кўпайиши учун имконият булмайди. Синтетик ёки ярим синтетик йўллар билан олинган антибиотикларнинг ножуя таъсирлари табиий маҳсулотларда, хусусан пиёзда йўқдир. Бу эса инфекцион касалликларининг қисқа вақт ичида асоратсиз тузалишига сабаб бўлади.

КЎК ЯПРОҚЛИ ТЕРАК – ТУРАНҒАНИНГ НЕМАТОДА ФАУНАСИ ЭКОЛОГИЯСИ

Ўктамов М.О. 204-гуруҳ студенти педиатрия факултети СамМИ

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири б.ф.н. Вахидова А.М.)

Илмий рахбар: б.ф.н. Болтаев К.С.

Илмий мақсади: паразит нематода турларининг табиий манбаларини аниқлаш ва уларнинг маданий ландшафтларга ўтиш йўлларини ўрганиш. Текшириш материаллари: Кўк япроқли терак (туранға) илдизи ва илдиз атрофи тупроғида яшайдиган фитонематодалар турларини аниқлаш учун ҳаммаси бўлиб Зарафшон дарёсининг Оқдарё, Қорадарё ва Жомбой қўриқхонаси тўқайзорларидан 1500 та (750 та илдиз, 750 та илдиз атрофи тупроғидан) намуналар йиғилди. Текшириш натижалари: Текшириш натижасида 4 туркумга, 50 турга мансуб 1196 нематода қайт қилинди. Жумладан 33 турга оид 249 нематода Оқдарё, 30 турга оид 634 нематода Қорадарё, 24 турга оид 313 нематода Жомбой қўриқхонаси шароитида учраганлиги қайд қилинди. Натижалар шуни кўрсатдики, Mesorhabditis monhystera турига мансуб 334 нематода аниқланиб, терак илдизи ва илдиз атрофидаги тупроқда аниқланган нематодаларнинг 28,76% ташкил қилди ҳамда эудоминант бўлди. Кўк япроқли терак илдизи ва илдиз атрофи учраган нематодаларнинг мавсумий динамикаси ўрганилганда 75 турга оид 2574 та нематода аниқланди. Жумладан, баҳор фаслида 45 та тур, ёзда 65 та тур кузда 36 та тур ва қиш фаслида 30 та тур нематода учради. Хулоса: Оқдарё, Қорадарёва ва Жомбой қўриқхонасида ўсувчи Кўк япроқли терак ўсимлигининг нематода фаунасининг тур таркиби аниқланди. Аниқланган нематода турларининг таксономик холати таҳлил қилинди. Текширилган ўсимликда хавфли касаллик туғдирувчи турларнинг табиий манбалари аниқланди. Хавфли касаллик туғдирувчи турларининг табиий манбаларидан маданий ландшафтга ўтишига йўл қўймаслик учун тавсиялар берилди.

АНКИЛОСТОМА - ОБЛИГАТ ПАРАЗИТ

Файзуллаева Н.Н., Тиббий профилактика иши факультети,126-гуруҳ студенти

Тиббий биология ва генетика кафедраси (каф. муд.: б.ф.н. Махмудова Х.И.)

Илмий раҳбар: ассистент Назарова Г.Х.

Эгри бош гижжа (Ancylostoma duodenale) ёки анкилостома анкилостомидоз қўзғатувчисидир. Касалликни Ancylostomae Looss оиласига кирувчи нематодалар чақиради. Ancylostoma duodenale (12 бармоқли ичак эгри бош гижжаси), Necator americans (америка эгри бош гижжаси) булар одам учун облигат паразитдир. Расмий маълумотларга қараганда анкилостомидоз билан ер юзида 500 млн. га яқин одам касалланган. Бу касаллик МДХ да Кавказ ортида, Қозоғистон ва Ўрта Осиё республикаларида яшовчи аҳоли ўртасида ҳам учрайди. Ўзбекистонда Тошкент, Сирдарё, Андижон, Фарғона ва Бухоро вилоятларида учрайди. Паразитнинг морфологияси. Танасининг ранги оқимтир-кулранг баъзан қизил-қўнғир рангли бўлиб, урғочисининг узунлиги 10-18 мм, эркаги 8-11 мм, боши орқа томонга қайрилган (шунинг учун эгри бош гижжа деб аталади). Тухуми-овалсимон, рангсиз, юпқа парда билан ўралган. Ўлчами 66*38 мкм. Касалликнинг ўткир босқичида личинка кирган жойида қичиштирувчи дерматит, эритематоз-тошмалар, йўтал, аксириш кузатилади. Асосан, нафас қисиши хуружлари, пневмония, рентгенологик: иситма чиқишига олиб келадиган эозинофилли яллиғланиш инфильтратлари ва қонда юқори эозинофилия (30-60% гача). Касаликнинг бу босқичи 2-4 хафта давом этади. Сурункали босқичида камқонликнинг ривожланиши ва овқат ҳазм қилиш органларининг зарарланиши, иштаҳа сусайиши, эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айниши, метеоризм, ич кетиши баъзан ич қотиши билан алмашиниши, таъм билишнинг ўзгариши, стоматит, тирноқларда ўзгаришлар, юрак фаолиятининг бузилиши кузатилади. Гипохром камқонлик, эозинофилия бўлади. Диагностикаси. 1. Эпидемиологик анемнезни пухта йиғиш. 2. Касалликнинг клиник белгилари гельминтознинг босқичига кўра турлича бўлиши. 3. Қон умумий тахлилидаги ўзгаришлар, оқсил фракциялари бузилишлари - қон зардобида альбуминларнинг камайиши. 4. Рентгенографиядаги ўзгаришлар (ўпкадаги ўзгариш - эозинофилли инфильтратлар, ахлат массасининг тиқилиб қолиши натижасида ичак гипоксияси ва моторикасининг бузилиши). 5. Копроовоскопия- ахлатда гельминт тухумларининг аниқланиши ва макроскопияси. Тухумига қараб фарқлаш қийинлиги сабабли паразитлар идентификацияси фақат гельминтатизациясидан кейин олиб борилади. Даволаш. Этиотроп даволаш (гельминтга қарши препаратлар) ни врач буюради ва беморнинг қон кўрсаткичлари назорати остида олиб боради. Даволаш амбулатор шароитда, баъзан касаллик оғир кечганда- стационарда ўтказилади. Мебендазол 100 мг дан бир кунда 2 маҳал 3 кун ёки пирантел 11мг/кг 1 кунда 1 маҳал ичиш, 3 кун давомида. Камқонликда темир препаратлари, В гуруҳ витаминлари, аскорбин кислота буюрилади. Бу касалликни комбантрин, вермокс, нафтамон, тетрахлорэтилен каби дорилар билан ҳам даволаш мумкин. Назоратли текшириш 2-3 хафтадан кейин яна ўтказилади. Профилактикаси. Шахсий: сабзавот ва меваларни яхшилаб ювиб ейиш, қайнатилган сув ичиш, анкилостомидоз тарқалган жойларда тупроқ билан алоқани бевосита чеклаш. Жамоа профилактикаси: анкилостомидоз тарқалган жойлардаги аҳоли ўртасида мунтазам равишда санитар- окартирув ишлари, касалликнинг асоратларини тушунтириш, оммавий дегельминтизация ўтказиш.

ОВҚАТЛАНИШИ ТУРЛИ ХИЛ БЎЛГАН ХАЙВОНЛАР ОШҚОЗОНИ ТУЗИЛИШИНИНГ ҚИЁСИЙ МОРФОЛОГИЯСИ

Худойбердиев Х.Х. тиббий педагогика факультети 107 гурух студенти,

Қурбонов Ж.С. даволаш факультети 123 гурух студенти СамМИ

Гистология, цитология ва эмбриология кафедраси (каф. муд. - т.ф.д. Орипов Ф.С.)

Илмий раҳбар ассистенти: т.ф.н. Бойқўзиев Х.Х.

Долзарблиги. Овқатланиш шароити ва озиқ моддаларнинг турли туманлиги узоқ эволюция жараёнида шакилланиб келди. Бу эса турли ҳил хайвонларда ошқозонининг тузилишидаги морфологик ўзгаришлар, ҳамда мослашувларга сабаб бўлди. Инсон саломатлиги учун ҳам тўғри овқатланиш ва пархезларнинг аҳамияти муҳимдир. Соғлом турмуш тарзи, туғри овқатланиш эса кўпгина ошқозон-ичак касалликларининг олдини олиш ва даволаш учун муҳим омил ҳисобланади. Илмий изланишимизнинг долзарблиги ҳам шундан иборатдир. Илмий ишнинг мақсади. Овқатланиш шароити ва озуқа тури ҳар ҳил бўлган сут эмизувчи хайвонларнинг ошқозони тузилишини қиёсий ўрганиш ва улардаги морфологик ўзига хосликни аниқлаш. Ўрганиш объектори ва усуллари. Биз қуйилган мақсадни амалга ошириш учун 10 та қуён ва 10 та ит ошқозонидан фойдаландик. Олинган материал 12% формалинда қотирилиб, гистологик кесмалар гемотоксилин – эозин ва Ван – Гизон усулида бўяб ўрганилди. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, қуёнлар ошқозони шиллиқ қаватининг қалинлиги “Ошқозоннинг барча қаватлари қалинлигига нисбаттан олинганда” 42,32% ни, итларда эса

34,16% ни ташкил қилади. Шиллиқ ости қавати қуёнлар ошқозонида итларникига қараганда анча юпқароқ. Ошқозоннинг мускул қавати қалинлиги итларда 47,39% ни ва қуёнларда эса 45,44% ни ташкил қилади. Ошқозон шиллиқ қавати хусусий безларининг жойлашиши зичлиги қуёнларда 4,23±0,13ни, итларда эса 5,52±0,2 га тенг. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкин: Овқатланиш турига қараб ўтхўр ва гўштхўр хайвонларнинг ошқозони тузулиши ўзига хос морфологик хусссиятларга эга. Ўтхўр хайвонлар яъни қуёнлар ошқозони шиллиқ қавати гўштхўр хайвонларникига қараганда анча қалин ва мускул қавати эса гўштхўр хайвонларда қалинроқ экани аниқланди. Ошқозон хусусий безлари жойлашиш зичлиги гўштхўр хайвонларда (итларда) утхўр хайвонлар (қуёнлар) га нисбаттан зичроқ жойлашган. Бундай мослашиш ва морфологик ўзига ҳослик озуқа тури билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз.

ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА ПАТОГЕН СТАФИЛОКОККЛАРНИ НАЗОФАРИНГИАЛ ТАШУВЧАНЛИК ҲОЛАТИ

Хужакулов Ш. СамМИ даволаш факультети 215 - гурух студенти

СамМИ Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири б.ф.н. Вахидова А.М.)

(Илмий раҳбар: кат. ўқит. Ҳ.Ш. Шайқулов., асс. Юсупов М.И.)

Мақсад. Медицина институти талабаларида патоген стафилококкларни ташувчанлик ҳолатини аниқлаш. Материаллар ва методлар. Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг 2 – курсида таҳсил олаётган 36 нафар талабаларининг бурун ва тамоқ шиллиқ қаватларидан стерил тампонлар ёрдамида суртма олиниб бактериологик текширилди. Олинган суртмалар 5% ли қонли агар, сутли - тузли агар ва шакарли агар муҳитларига экилди. Ажратиб олинган стафилококкларнинг 78 штамининг морфологик, культурал, биокимёвий хусусиятлари, ҳамда эритроцитларни гемолиз қилувчи токсини ва қон плазмасини коагулаза қилувчи ферментлари аниқланди. Олинган натижалар. 36 нафар талабанинг 17 нафари (47,2%) дан 28 штамдаги Staphylococcus aureus, 31 нафари (86,1%) дан 43 штамдаги Staphylococcus epidermidis аниқланди. Ажратилган штамларнинг эритроцитларни гемолиз қилувчи токсини ўрганилганда Staphylococcus aureusнинг 28 штаммида 21 штамми (89,3%), Staphylococcus epidermidisнинг 43 штамидан 19 штамми (44,2%) гемолитик хусусиятини намоён этди. Қон плазмасини коагулаза қилувчи ферментлари ўрганилганда Staphylococcus aureusнинг 28 штаммида 25 штамми (75%), Staphylococcus epidermidisнинг 43 штамидан 32 штамми (74,4%) плазмакоагулаза ферментини ишлаб чиқиши аниқланди. Худди шундай Гисс муҳитида маннитни парчалаши ўрганилганда Staphylococcus aureusнинг 28 штаммида 18 штамми (64,3%), Staphylococcus epidermidisнинг 43 штамидан 25 штамми (58,1%) маннит мусбат бўлиб, маннитни кислота ҳосил бўлгунча парчалади. Хулоса. Шундай қилиб талабалар ўртасида патоген стафилококкларни назофарингиал ташувчанлик ҳолатининг юқори бўлиши, бу талабалар жарроҳлик бўлимларида машғулотлар ўтишини инобатга олсак касалхона ичи инфекцияларини тарқатувчи манбалардан бири бўлиши мумкин.

ЁРУҒЛИК НУРЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Хуррамов Я.И. 102-гурух студенти даволаш факультети СамМИ

Тиббий ва биологик физика курси (курс мудири доц. Содиков Н.О.)

Илмий рахбар: ф.-м.ф.н. Жалилов М.Х.

Ёруғлик нурлари уч гурухга бўлинади: Инфрақизил, ултрабинафша ва кўринадиган нурлар. Уларнинг қуёшдан келадиган нурлар таркибида фоиз миқдори: инфрақизил - 50%, кўринадиган - 41%,ултрабинафша - 9%ни ташкил қилади. Организимга маълум миқдорда инфрақизил, ултрабинафша ва кўринадиган нурлар орқали таъсир қилиб даволаш усулига эса ёруғлик нурлари орқали даволаш дейилади. Инфрақизил нурлар - бошқа нурларга қараганда организимга чуқурроқ таъсир кўрсатади. Инфрақизил нурлар орқали таянч-ҳаракат органларидаги баъзи касалликларида, маказийва периферик нерв системаси касалликларида, қулоқ, кўз, тери касалликларида, куйиш ва музлаб қолиш каби ҳолатларда қўлланилади. Кўринадиган нурлар - еттита рангдан иборат бўлади. Булар, қизил, зарғалдоқ, яшил, кўк, ҳаворанг, сариқ ва бинафша рангларидир. Кўринадиган нурлар терининг 2 см қалинликдаги тукималарга таъсир қилади. Кўк, яшил ва бинафша ранглар организмга ижобий таъсир кўрсатиб кайфиятни кўтаради. Кизил, зарғалдоқ ва сариқ ранглар эса асаб системасини қўзғатиб салбий таъсир кўрсатади. Кўринадиган нурларни: дегенератив-дистрофик умуртқа поғонаси касаллигида, артритларда, бронхиал астмада, полиневритда, йирингли касалликларда даволаш мақсадида ишлатилади. Ултрабинафша нурлар - юқори энергияли бўлиб тўқималарнинг 1мм қалинлигигача бўлган оралиғига таъсир этади. Ултрабинафша нурларга сезгирлилик ёш болаларда кучли ривожланган. Ултрабинафша нурлар орқали: бўғимларнинг ўткир ва сурункали касалликларида, нафас олиш системаси,тери, аёл жинсий системаси, периферик нервс истемаси, турли хил жароҳатлар ва рахит касалликларида даволаш максадида қўлланилади. Салбий оқибатлари: инфрақизил нурлардан нотўғри фойдаланиш оқибатида термик куйишнинг 1- ва 2-даражалари, қон айланишнинг бузилиши каби ҳолатларга олиб келиши мумкин. Эн гхафли томони эса рак ҳужайраларининг ривожланишига, сил касаллигини фаоллаштиришига олиб келиши мумкин. Ултрабинафша нурлардан меъёрдан ортиқ фойдаланиш оқибатида: гипертониянинг 3-даражаси, қон етишмаслиги касаллигининг 2-ва 3-даражалари, туберкулёзнинг актив формалари каби касалликларини кузгатиши мумкин.

БИТЛАРНИНГ ТИББИЁТДАГИ АҲАМИЯТИ

Шарипов М.Х.,СамМИ тиббий биология факультети 133-гуруҳ студенти.

Тиббий биология ва генетика кафедраси(кафедра мудири –б.ф.н. Махмудова Х.И.)

Илмий раҳбар: Ассисент. Маткаримова Г.М.

Битлар (Anoplura) - одамлар ва ҳайвонларнинг қанотсиз қон сўрувчи эктопаразитларидир. Битларнинг 200 дан ортиқ турлари маълум. Битлар учун хўжайинларга нисбатан спецификлик маълум. Улар бир турга мансуб хўжайиндан бошқа турга мансуб хўжайинга ўтмайдилар.Одамда бош бити (Pediculus capitis), кийим бити (Pediculus vestimenti) ва қов бити (Phthirus pubis) паразитлик қилади. Бош бити ва кийим-кечак битларини баъзи мутахассислар бир тур -одам бити (Pediculus humanis)нинг кенжа турлари деб ҳисоблашади.Битлар одамнинг доимий эктопаразитлари ҳисобланади. Улар бирбиридан яшаш жойи, морфологик ва физиологик хусусиятлари билан фарқланади. Энг йирик битларга (ўлчами 4,5-5 мм гача) кийим бити, энг майда битларга эса қов бити киради (ўлчами 1,5 мм). Улар 30 кундан (қов бити) 50 кунгача (кийим бити) яшайдилар. Бош бити ва кийим бити бутун ҳаёти давомида 300 га яқин, қов бити эса 50 тага яқин тухум қўяди. Битларнинг танаси дорзо-вентрал томонига қараб яссиланган бўлиб, уч қисмдан ташкил топган: бош, кўкрак ва қорин қисми.Сегментлари қўшилиб кетган, бош қисмида ҳашаротнинг оғиз аппарати, сезги органлари жойлашган. Кўзлари оддий, айримларида эса бўлмайди. Бир жуфт калта мўйловлари сезиш аъзолари вазифасини бажаради.Оғиз аппарати санчиб-сўрувчи типда тузилган: бир жуфт максиллалар, гипофаринкс ва пастки лаб узунчок шаклида бўлиб, хартумчанинг ичида жойлашган. Бит чаққанда оғиз аъзолари хартумчадан ташқарига чиқиб, терини жароҳатлайди ва қонни сўради. Сўлак безларининг маҳсулоти (ажратмаси) қон ивишига қаршилик кўрсатади. Тананинг кўкрак қисми бир-бирига қўшилиб кетган учта сегментдан тузилган бўлиб, уч жуфт юриш оёқларига эга. Қанотлари бўлмайди. Оёқлари тирноқлари билан тугайди. Қорин қисми 10 та сегментдан ташкил топган бўлиб, яъни қўнғир рангда. Қорин сегментларининг (учинчи сегментдан бошлаб то саккизинчи сегменгача) ҳар бирида жуфтдан нафас олиш тешиклари жойлашган. Ҳашаротнинг жинсига қараб охирги қорин сегментининг тузилиши турлича бўлади. Урғочи бит қорнининг охирида ўроққа ўхшаган бир жуфт ўсимтаси бўлади. Жинсий тешиги саккизинчи қорин сегментида жойлашган. Эркагининг охирги учта қорин сегментида хитинлашган йўл кўриниб туради, улар ўткир бурчакли бўлиб туташган. Бу копулятив аъзонинг ёрдамчи қисмидир.Эркакларнинг жинсий тешиги тўққизинчи сегментда жойлашган. Демак битларда жинсий диморфизм яққол кўринади. Уруғланиш ички, ривожла-

ниши тўлиқ бўлмаган метаморфоз йўли билан боради. Тухумдан чиққан личинка уч марта туллайди, сўнг вояга етган даври–имагога айланади. Битларнинг тухумлари сиркалар дейилади. Эктопаразитлик (педикулёз)дан ташқари бош бити ва кийим битлари қайталама ва тошмали терламалар қўзғатувчиларининг специфик ташувчилари ҳисобланади. Битлар касалликни чақиб юқтирмайди, чунки уларнинг сўлагида қўзғатувчилар бўлмайди. Тошмали терлама қўзғатувчилари (риккетсиялар) битлар ичагидан ахлати билан одам терисига чиқарилади. Ҳашоратнинг ахлатини чақиш натижасида ҳосил бўлган яраларга ёки тирналган жойларга суртилиши натижасида касаллик қўзғатувчи риккетсиялар одамга юқади.Қайталама терлама қўзгатувчилари (спирохеталар) битнинг гемолимфасида яшайди. Битлар эзиб юборилганда гемолимфа яраларга ва тирналган жойларга тушиши натижасида спирохеталар одамга юқади. Профилактика учун,танани, кийим-кечакларни тоза тутишга боғлиқ. Одамлар кўп тўпланадиган жойларнинг, транспорт воситаларининг санитария ҳолатини яхши сақлаш, битлар тарқалишини олдини олишда муҳим чораларидан ҳисобланади.

ИЛДИЗ БЎРТМА НЕМАТОДАЛАРИ

Явгашев А.А. 215-гурух студенти Даволаш иши факултети

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси асистенти б.ф.н. Болтаев К.С.

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (каф. мудири б.ф.н. Вахидова А.М)

Илмий рахбар: б.ф.н. Вахидова А.М

Илмий мақсади: ўсимликларнинг илдизини зарарлайдиган нематоде турларининг табиий манбаларини аниқлаш ва уларнинг иссиқ хоналарга ўтиб иссиқхона ўсимликларини зарарлашини олдини олиш чора-тадбирлари. Текшириш материаллари: Зарафшон вохасининг Оқдарё худудидаги туқайзорларида жумрутсимон чаканда илдизидан 75 та намуна олиб текширилади. Текшириш натижасида фақат Оқдарё қуриқхонасидан олинган 25 та ўсимлик илдизи намунасининг 8 таси бўртма нематода билан зарарлангани аниқланди. Шунингдек Қорадарё вохаси ва Жомбой қўриқхонасидаги жумрутсимон чаканда илдизи ва илдиз атрофи тупроқларда нематодалар учраши ўрганилди. Текшириш натижалари: Чаканда ўсимлигининг илдизи ва илдизи атрофи тупроғида топилган нематодаларнинг сони ва тур таркиби жихатидан солиштириш натижасида уларни бир - биридан катта фарқ қиишини кўрсатди. Нематодаларининг энг кўп сони Жомбой қўриқхонасида, нисбатан камроқ Оқдарё водийси ва ундан хам камроғИ Қорадарё вохасидаги намуналардан топилди. Оқдарё водийси худудида ўсувчи чакандаларнинг илдизи ва илдизи атрофи тупроғида 12 турга мансуб 288 та нематоде аниқланди. Жумладан, Тйленчида туркумидан 8 турга оид 42 та нематоде, Рҳабдитида туркумидан 22 турга оид 207 та нематода, Чромадорида туркумидан 7 турга оид 13та нематода, Дорйламида туркумидан 5 турга оид 36 та нематода қайд қилинди. Илдиз ва илдиз атрофи тупроқлари текширилганда кўпроқ нематодалар тупроқ атрофида (251 та) ва камроқ (77 та) нематоде борлиги аниқланди. Текширишлар натижасида чаканда илдизида, Meloidegyne инсогнита,, Meloidegyne ҳапла турлари 1та чаканда илдизида ёнма-ён яшаши малум бўлди. Олинган илдиз намуналарининг зарарланиши 32%, зарарланиш даражаси эса 2,8 баллни ташкил қилди, Meloidegyne инсогнита,, Meloidegyne ҳапла турлари чаканданинг айниқса 1 йиллик ёш ниҳолларини кучли зарарлаши малум бўлди. Натижада ёш ниҳолларнинг ўсишини секинлаштиради. Жомбой қўриқхонаси шароитидаги чаканда нематодаларининг сони ва тур таркиби хам ўзига хосдир. Бу ерда 46 турга мансуб 423 та нематоде топилди. Бу худудда ўсаётган чаканда илдизидан 28 турга оид 225та нематоде, илдиз илдиз атрофи тупрогида эса 32 турга оид 184 та нематоде аниқланди. Буларнинг ичида энг кўп тарқалгани Acrobeloides butschlii туридир. Хулоса: Тўқайзорда ўсувчи жумрутсимон чаканда ўсимлигининг нематода фаунасининг тур таркиби аниқланди. Аниқланган нематода турларининг таксономик холати тахлил қилинди. Бўртма нематодалар маданий ўсимликлар хосилдорлигига катта зарар етказиб, шу билан бирга қатор вирус, замбуруғлар ва бактериаларнинг юқишида ҳам фаол иштирок этиши аниқланди. Хавфли касаллик туғдирувчи нематоде турларини табиий манбалардан маданий ландшафтларга ўтишига йўл қўймаслик учун тўқайзорлар орқали ўтувчи зах сувлар билан иссиқхона ўсимликларни суғормаслик кераклиги ҳақида тавсиялар берилди.

ДИАРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДАН АЖРАТИЛГАН ЭШЕРИХИЙЛАРНИ АНТИБИОТИКЛАРГА ЧИДАМЛИЛИГИ

Янгибоев О.Қ. 201 гуруҳ, Йулдошева.М.О. 203 гуруҳ педиатрия факультети студенти

СамМИ Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (кафедра мудири – б.ф.н. Вахидова А. М.)

Илмий раҳбари катта ўқитувчи Шайқулов Ҳ.Ш., ассистент Хужакулов Д.А.

Ишнинг мақсади: Диарея билан касалланган 1-3 ёшдаги болалардан ажратилган эшерихийларнинг амалиётда кўп қўлланилаётган антибиотикларга муносабатини урганиш. Тадқиқот материали ва услуби: Бунинг учун ичак ўткир юкумли касалликлари билан хасталанган, 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган, диарея белгилари яққол кузатилган 100 нафар боладан ажралган 314 та ва соғлом болалардан ажралган 189 та E- coli культураси штаммлари урганилди. Қўзғатувчиларнинг пенициллин (Pe), стрептомицин (St), тетрациклин (Tc), хлорамфеникол (Cм), олеандомицин (Ol), немицин (Nm), мономицин (Mm), эритромицин (Em), канамицин (Km), полимиксин (Pm). антибиотикларига муносабатини диск - диффуз усулида аниқладик. Олинган материаллар Microsoft Excel 2007 дастурида статистик ишлов берилди. Олинган натижалар: Ичак ўткир юқумли касалликлари билан оғриган, диарея белгилари яққол кузатилган болалардан ажратилган 314 та культуранинг 56,4±1,0% 6 - 8 хил, 44,6±1,0% и 3 – 5 турдаги антибиотикларга чидамлилиги аниқланди. Соғлом болалардан ажратилган 189 та E.coli культурасининг 26,2±1,5%и 6 - 7 хил, 34,5±1,7%и 4 - 5 хил, 39,3%±1,2и 1 – 3 турдаги антибиотикларга чидамли эканлиги аникланди. Диарея касалликлари билан хасталанган болалардан ажратилган E.coli бактерияларини олеандомицинга (94%), пенициллинга (92-100%), тетрациклинга (66-79%), эритромицинга (64-88%), хлорамфениколга (56-74%), стрептомицинга (44-68%), мономицинга (39-51%), неомицинга (34 - 46%), канамицинга (14-36%) резистентлиги аникланди. Полимиксинга чидамлилик кузатилмади. Хулоса: Олинган натижалар диарея билан касалланган болалардан ажратилган эшерихийларнинг амалиётда кўп қўлланилаётган антибиотиклардан олеандомицинга, пенициллинга, тетрациклинга юқори даражада чидамлилиги, канамицин, полимиксинга сезгирлиги, бу қўзғатувчиларнинг катта қисми (60,7%) полирезистенштамлар эканлиги аниқланди.

MORPHOLOGICAL CHANGES OF TESTES OF RATS IN THE NORM, WITH CHRONIC RADIATION DISEASE AND UNDER THE EXPOSURE TO THE BIOSTIMULAN

Baymuradov R.R. Assistant of department of Anatomy, Clinical Anatomy (OSTA), Bukhara State Medical Institute

Head of department: associate professor, PhD Radjabov A.B.

Scientific supervisor: professor, DSc Teshaev Sh.J.

Relevance. In today's world, infertility has long been considered a problem that concerns not only women, but also men. The deterioration of spermatogenesis and an increase in the frequency of pathological states of the reproductive system of men is associated with the influence of anthropogenic pollution of the environment. But the nature of these reactions is not specific. Purpose of the study. To study the morphological features of the testes of laboratory animals in normal, with radiation sickness, when exposed to biostimulants against the background of radiation sickness in the age aspect until puberty. Materials and methods. An experimental study was conducted on the testes material of 198 white outbred rats from 60 days old to 90 days old. The material is divided into 3 groups. The first group includes the rats of the control group, the second group includes the rats that had radiation sickness. The third group - rats, which were injected for 15 days (from 15 days of radiation) solution of a biostimulant at a dose of 0.01 ml / kg in relation to distilled water 1: 5 intragastrically. Results and conclusions. When exposed to radiation sickness, puberty and the process of spermatogenesis are delayed. This is manifested by a decrease in the thickness of

the spermatogenic epithelium and its rows, a low index of spermatogenesis, a late release of the lumen of the convoluted seminiferous tubules, a high density of testis tissue, and the absence or late appearance of mature spermatozoa. When exposed to a biostimulant (against a background of radiation sickness), the process of spermatogenesis is late for 10-12 days, and when exposed to radiation sickness for 22-28 days. When exposed to radiation (2-group, the number of 62 rats), the weight of the testes compared with the control lags by 28%, the length and width of the testis - by 20%, and the volume - by 55%. In the group of rats (3-group, the number of 56 rats) which were injected with a biostimulant, the weight of the testes compared with the control lags by 17%, the length and width of the testes - up to 5%, and the volume - 12%. Compared with the group of rats that took biostimulants, when exposed to radiation, there is a noticeable lag in the development of the anatomical parameters of the testes, which slows down the process of spermatogenesis. In the control group (1-group, the number of 80 rats), the growth rate of testicular mass is 1.8 times greater than body weight. When exposed to a biostimulant, this rate is already lower and equals 1.71, and when exposed to radiation sickness only, even less - 1.65. In the 2-group rats at mature age (90 days old), the diameter of the convoluted tubules compared to the control is 23% less, their cross-sectional area lags by 41%, (in the group receiving the biostimulant, 11% and 26%, respectively). Consequently, the biostimulant reduces the pathological effect of radiation sickness on the structural elements of the testes. When exposed to a biostimulant (against a background of radiation sickness), the process of spermatogenesis is 10-12 days late, and when exposed to radiation sickness 22-28 days. This means that the biostimulant reduces the pathological effects of radiation on the reproductive system.

THE STRUCTURE OF MORTALITY ACCORDING TO THE MATERIALS OF FORENSIC MEDICAL SERVICE

Davronov S., Tojiev U., Khaydarov D.

Department of forensic medicine and pathological anatomy SamMI (head. dep. –prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

The study of mortality, with the identification of the causes of occurrence, plays an important role in carrying out various kinds of preventive measures. Purpose of research. Determination of the type and nature of mortality according to the materials of forensic medical examination (FME). Materials and methods of research. We conducted a retrospective analysis of the findings of the FME corpses conducted in 2017 in the Samarkand regional Bureau of the FME and its regional units. Research result. In 2017, the Samarkand regional Bureau of forensic medical examination were studied 1102 corpses of them in the regional Bureau – 557 (50.5 per cent), the city of Kattaqo'rg'on – 90(8.2%), Ishtikhan 71 (6.4%), Pakhtachi – 69 (6,3%), Djambay – 60 (5,4%), Payarik – 51 (4,6%). At the same time, mortality from mechanical injuries – 549 (49.8%), as well as from mechanical asphyxia – 240(21.8%), diseases of the cardiovascular system – 99(9.0%) dominated sharply. In the structure of mortality from mechanical injuries, transport trauma – 407 (74.1%), in particular automobile – 385 (94.6%), as well as from injuries caused by blunt – 102 (18.6%) and sharp objects – 38 (6.9%), sharply prevailed. Among the poisoning – 48 cases (4.4%), dominated by carbon monoxide poisoning – 29 (60.4%), also noted alcohol poisoning – 11(22.9%), acids - 3 (6.3%), and other substances – 5 (10.4%). There were cases of death from exposure to high – 34 (3.1%) and low temperature – 17 (1.5%), electrical injuries – 25 (2.3%). Of the examined corpses, 264 (24.0%) were delivered from medical institutions. In the age aspect, 74 corpses of minors were examined – 6,7%, of them up to 14 years – 57 (77,0%), up to 1 year – 17 (23,0%). Conclusion. In the structure of mortality according to the FME, mechanical trauma, as well as mechanical asphyxia and cardiovascular diseases are sharply predominant. Among the mechanical damage the main part was transport injury, especially automobile. The above indicates the need for preventive measures in these areas.

NANORABOTS IN MEDICINE

Grigorchuk M.I. - 12th group of medical faculty №1 of the 2 year study of BSMU

Department of Biological Physics and Medical Informatics Chief of the Dept. – prof., doctor of sciences Fediv V.I.

Scientific supervisor: assistant, Ph.D. Galushko K.S.

Objective: to investigate the use of nanorobots in medicine. Research materials: analysis of general data, a synthesis of literature and domestic sources. Result: today nanotechnologies are gaining more and more popularity, namely nanorobots are a fashionable trend in nanotechnology, especially when it comes to the medical industry. Nanorobots are a very promising direction, with their help, doctors will be able to perform more complex and demanding operations, to foresee and prevent the occurrence of pathologies and diseases. Scientists involved in the development of nanorobots program each mechanism to perform a specific function. For example, the delivery of certain drugs accelerating tissue regeneration. They can also be used for complex operations that take more than 8 hours (during surgical intervention in the brain, etc.); can serve as a replacement for injections and some medical devices. Nanorobots offer incredible opportunities in the diagnosis of both simple and the most complex diseases. Thus, people suffering from Parkinson's disease, through two holes in the skull in the brain, are implanted with electrodes connected to the stimulator, the voltage of which is controlled by the patient with a switch. In 80% of cases, the pain either subsides or disappears. More patients are satisfied with the result, because they lost their pain, but this method is only gaining popularity. A striking example is the use of nanorobots instead of tablets. People affected by modern diseases are introduced nanorobots with needles that perform the function of leukocytes, that is, they block viruses and infections. Nanorobots can be used to treat sclerosis, because with this disease the immune system destroys the myelin sheath of nerve fibers in the spinal cord and brain. A person has symptoms of the disease and the fibers become insensitive. Attached to the myelin antigen, the nanorobots allow the immune system to reboot so that it does not perceive the nerve fiber membrane as a foreign body. Conclusion: nanorobots have just begun to develop and they are one of the leading ideas for the development of medicine. After all, it is these small robots that are able to solve big problems related to human health, can penetrate where the surgeon's scalp does not get, repair damaged tissue or destroy a malignant tumor without risk to life. Therefore, they are one of the most effective methods of treatment and prevention.

PROGRESS OF ENDOGEN INTOXICATION IN DYNAMICS OF EXPERIMENTAL MYOCARDIAL INFARCTION ON LAB RABBITS

Ibrakhimov Sh. F. 1 course, II pediatric faculty

Scientific supervisor: CCS., docent Suleymanova Gulchekhra Gaybullaevna

Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of medical and biological chemistry, medical biology and the common genetics

The malfunctions of liver during the myocardial infarction may lead to the endogen intoxication (EI) in an organism, which may dramatically worsen the disease process consecutively. The aim of job is to mark the level of endogen intoxication in an organism during the dynamics of experimental MI (EMI). Material and methods. The EMI on lab rabbits was modeled via tying the frontal descending branch of the coronary arteria on its higher third. The animals were brought to the narcosis using the nembutale (40 mg/kg of weight, through the stomach). The blood of rabbits was taken before the operation, and after 30 minutes, 1,3,6,12 hours, 1, 3 and 7 days of EMI. Marking of the EI was done basing on the average molecular peptides (AMP) content, Paramecium test (PT), and the leukocytosis level relative to the overall amount of leukocytes (OAL). The results. It was figured out, that AMP content increases on the thirtieth minute of EMI (33,4% of the controllable amount). But no changes in controllable ranges of PT and OAL were observed during this period. A lateral increase of the AMP content is observed by the sixtieth minute of EMI about 55,3%.Besides, the life duration of paramecium decreased on 19,6%, and the OAL amount increased on 24,8%. 6 hours of EMI had a 10,7% decrease off the control amount in an AMP. Paramecia life period increased in here, rather than for a 3-hour life period, but it was 16,2% higher than the controllable amount. Content of OAL, relatively to the previous period`s one, increased insignificant amount, and was 205,5% of the controllable amount. By the twelfth hour we could observe the AMP content decrease (21,0%). The paramecia life period again decreased on 29,9% at this period. The OAL increased on 166,9%. After one day of EMI, the OAL still was below the 15,9%, but this difference was not statistically significant one for the whole case. Paramecia life period was normalized, and the OAL content increased on 127,6%. There were no significant changers observed both in AMP and paramecia life period on the

third day of EMI. However, the highest level of OAL was observed during this period (219,5% higher than the controllable amount). The AMP amount and paramecia life period were in a controllable range, and the OAL was still 127,0% more than controllable amount by the seventh day. Conclusion. Results of researches show, that EMI is provided with EI syndrome, being characterized with high content of AMP and low-molecular toxic products, that influence the life period of paramecia on the early periods of necrotic process. Content of OAL in blood starts to increase after 1 hour of the necrotic process`s progress and keeps high amounts for seven days of EMI period.

ANATOMY OF THE LYMPHOID FORMATIONS OF THE COLON IN RATS IN EARLY POSTNATAL ONTOGENESIS AND ITS CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF CYMBUSH

Khasanova D.A. basic doctoral student of the Department of Anatomy, clinical anatomy (OSTA) of Bukhara State medical Institute

Radjabov A. B. associate professor, scientific director, head of the Department of Anatomy, clinical anatomy (OSTA) of Bukhara State medical Institute

Research purpose: Was to establish the age characteristics of the location and distribution of lymphoid formations throughout the colon in the normal state and under the influence of cymbus. Material and methods. The study was conducted on 217 rats of newborn, 6, 11, 16 and 22-day age. The number of rats in the control group was 98, in the experimental group - 119. Immediately after the birth of rats daily female rats of the experimental group (25%) cymbus was administered by a thin probe into the stomach, the daily dose was 5 MDU (0.05 mg). Rats of the control group were intragastrically injected with distilled water. Lymphoid formations were detected by the Helman method. Histological preparations were stained with hematoxilin – eosin, by the method of van Gieson. Results and discussion. The study showed that in the control single lymphoid nodules are determined from 16 days in the final part of the colon. In the experiment, single nodules were detected from 11 days throughout the colon, while the size of single nodules and the density of their location increased up to 4 times. In the control of newborns and 6 - day-old rats, the number of nodules in lymphoid clusters is not determined, they are detected from 11 days. In the experiment, the number of nodules in the clusters is determined earlier, starting from day 6 (interstitial zones are formed). Lymphoid clusters in newborns are rounded (40%) and oval (60%). In control, mostly dominated by grouped nodules are oval-shaped. In the experiment compared to the control increased accumulations of rounded and 4 - carbon forms. When comparing the area of lymphoid clusters with the total area of the colon under the action of cymbus, an increase in the first from 1.7 times on 6 days to 5.1 times on 22 days was noted. It was microscopically established that lymphoid formations in newborns and 6 - day rats of the control group are represented by diffuse clusters of lymphoid tissue in the form of two-row chains, chains of oval and round shapes. In 11 - day-old rats defined nodules with rosary boundaries. By the end of the lactation period, i.e. by day 22, structural and functional zones without the center of reproduction were formed. In the experiment, at all stages, diffuse lymphoid tissue is concentrated mainly around the vessels of the submucosal base, in most cases they are located near the bottom of the crypts. On the 11-16th day of the experiment, the subepithelial layer is completely filled by the 1-2-inline-longitudinal chains of cells. Starting from the 6th day of the experiment, lymphoid nodules are determined, more often of a round shape, by the 16th day their structural and functional zones without the center of reproduction are determined. On the 22nd day of the experiment there is a tendency to merge nodules with the formation of the breeding center. Conclusion. Thus, the study showed that lymphoid formations throughout the colon and at each age have their own characteristics. During the experiment, changes in the shape of lymphoid clusters and the acceleration of the formation of their zones were revealed, infiltration of lymphocytes around the vascular zone and under the epithelial layer was noted.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LYMPHOID STRUCTURES OF RATS' SMALL INTESTINE IN NORM AND UNDER THE INFLUENCE OF ANTISEPTIC – STIMULATOR DOROGOV FRACTION 2 ON THE BACKGROUND OF CHRONIC RADIATION SICKNESS

Khasanova D.A. – basic doctoral student of the second year in the direction of morphology, Bukhara State medical Institute.

Department of Anatomy, clinical anatomy (OSTA) Head of the Department – associate professor Radjabov A.B.

Scientific director – professor Teshaev Sh.J.

Research purpose. To study the quantitative content of lymphoid structures of 8 months age rats' small intestine in normal and under the influence of ASD fraction 2 on the background of chronic radiation sickness. Material and methods. An experimental study was conducted on the material of the small intestine of 60 randombred rats in males, weighing from 210 to 280 g. The material was distributed into 3 groups: I – intact control (n=20); II – irradiation without administration of the drug (n=20); III – administration of the drug during irradiation (n=20), which was administered for 20 days (from 20 days of radiation) a biostimulator solution at a dose of 0.01 ml/kg in relation to distilled water 1:5 intragastrically. The severity of organopathology was assessed by morphological parameters (the number of grouped lymphoid nodules, the number of nodules in them, the size of grouped lymphoid nodules and the size of lymphoid nodules in them, the total area of lymphoid nodules and its percentage to the total area of the intestine). Changes in the small intestine at the end of the experiment corresponded to chronic radiation sickness and biostimulator correction. Research result. The modeling of chronic radiation sickness on the 240th day of the experiment revealed a significant decrease in the amount of grouped lymphoid nodules in irradiated rats compared with those in intact animals, with the number of nodules in them and the size of the grouped lymphoid nodules relatively increased from the initial small intestine to the final. The form of grouped lymphoid nodules in rats of the experimental group, in contrast to the control to move from the initial part to the final part of the small intestine, varies from oval to rounded and irregular. The number of single nodules increases, which was not observed in a healthy group. The control group of rats had mainly rounded (46.2%) or oval (51.2%), rarely irregular or quadrangular (2.6%) forms, and irradiated mainly irregular (34.2%) and rounded (52.5%), rarely oval (13.3%). In the correction of ASD – f 2 during irradiation, the SLU had almost the same shape as the control group. Conclusion. With the correction of ASD by fraction 2, the restoration of plaques from the irregular to the round or oval form is carried out, and the number of single nodules increases, which was not observed in the irradiated and healthy group. On average, 2.38% of the area of the small intestine of irradiated rats is covered by grouped lymph nodes, in contrast to the healthy (2.81%), with the correction of ASD – f 2, the area was (2.6%). These facts indirectly indicate a decrease in the lymphoid tissue of the intestine after exposure to chronic radiation and approaching normal parameters under the influence of ASD- f 2.

FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF THERMAL INJURY

Khayrullaev A., resident graduate 1-year

Department of forensic medicine and pathological anatomySamMI (head. dep. –prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

Damage from the action of high temperature is a consequence of its local or general action. At the same time, the study of mortality of the population, with the identification of the causes of occurrence, plays an important role in carrying out various kinds of preventive measures. Usually the normal functioning of the body is observed at a body temperature of 36-37 C; temperature change causes various pathological processes and even death. The damaging factor is hyperthermia. An increase in body temperature above 42 C is considered critical, over 45-47 C leads to death due to protein clotting and inactivation of enzymes. Purpose of research. Determination of the type and nature of mortality from thermal injury on the basis of forensic medical examination (FME). Materials and methods of research. We conducted a retrospective analysis of the findings of the FME of corpses (10) and living persons (30), conducted on the thermal injury in the Samarkand regional Bureau of FME and its district units. Research result. It was found that the thermal injury was mainly found in persons of working age 18 – 50 years 28 cases (70,0%). Of these, 20 live persons (66.7%), among the corpses 8 cases (80%). When defining the properties of the damaging factor identified: a)signs of the action of the flame: a significant depth of burns, the damage was extensive areas of the body surface, a charring of the affected area, kopchenie burn surface, opalanie hair in the affected area, colbourne swelling of the hair slightly away from the affected area, heat rigor, "the boxer's pose»; b)

signs of action of hot or boiling liquid: burns of 1-3 degrees (erythema, blisters or scab), fusion of burn bubbles with detachment of the epidermis layers, clear boundaries of the burn, appropriate clothing, burns in the form of elongated tongues under clothing, there is no soot and singeing of hair in the affected area; C) signs of action of burning liquid: burns 4 degrees, in the wound and on the clothes remain particles of the acting agent; d) signs of action of hot objects: the degree of burns depends on the temperature and time of contact, a small depth (in most cases), burns repeat the shape of the contact surface. When determining the lifetime of the damaging factor, it was noted: a) under the action of the flame: pinkish-red color of cadaver spots in cases where there was no significant burning of the body, the presence of burns of 1-2 degrees as a lifetime reaction, the presence of unburned and uncooked narrow strips of skin radiating from the outer and inner corners of the eyes, due to the closing of the eyes due to irritation with smoke, the presence of soot throughout the respiratory tract, including alveoli, paranasal sinuses, the presence of soot on the inner aortic membrane, bright red color of muscles and blood, high concentration (over 15-20%) of carboxyhemoglobin in the blood; b) under the action of hot and boiling liquid: burns 1-2 degree (redness and blisters on the surface of the skin); C) under the action of burning liquid and red-hot bodies: redness and blisters on the border of burns; In identifying the postmortem action of the damaging factor found: a) under the action of the flame: the presence of burns of 4 degrees (burning of the body), the presence of soot only at the beginning of the respiratory tract; b) under the action of hot and boiling liquid: burns 3-4 degrees (scab formation), the absence of redness and bubbles. Conclusion. Therefore, in the study of thermal injury in forensic practice, it is necessary to pay special attention to the determination of the properties of the damaging factor, lifetime and postmortem action.

EFFECT OF WATER AND SALINE OVERLOAD ON THE OXIDATIVE STRESS FORMATION IN LIVER OF STREPTOZOTOCIN DIABETIC RATS

Kushnir O.Yu., assistant Department of bioorganic and biological chemistry and clinical biochemistry

(Chief of department Docent, Candidate of Biological Sciences Grigor'eva N.P.)

Higher education institution in Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Supervisor: Docent, Candidate of Biological Sciences Grigor'eva N.P.

Oxidative stress, an imbalance between oxidative and antioxidative systems of cells and tissues, is a result of over production of oxidative-free radicals and associated reactive oxygen species (ROS). One outcome of excessive levels of ROS is the modification of the structure and function of cellular proteins and lipids, leading to cellular dysfunction including impaired energy metabolism, altered cell signaling and cell cycle control, impaired cell transport mechanisms and overall dysfunctional biological activity, immune activation and inflammation. To access the protein oxidation mediated by glycation process, the levels of protein carbonyl content (PCO) along with total antioxidative activity (AOA) of blood plasma were measured. Wistar rats weighing 180 +/- 50 g were made diabetic by injection with a single intraperitoneally (i.p.) dose of STZ (65 mg/kg b.w.). After 5 and 12 days was carried out to determine the level of glucose in vivo. Water stress was carried out by introducing the animals water at the rate of 5% of body weight. Saline loading diabetic rats was performed by introducing a 0,1% NaCl at a rate of 5% of the body weight of rats. Blood samples were collected at day 12 post STZ injection (from diabetic group serum glucose level significantly elevated < or = 300 mg%, p < or = 0.05). Groups: 1) control; 2) STZ- diabetic rats with (basal glycemia >150 mg%) diabetes; 3) animals with diabetes undergoing water stress; 4) animals with diabetes undergoing saline stress. Determinations of PCO in liver and total blood plasma AOA were by standard methods. Statistical analysis of results was conducted by Student's test. Differences were considered to be statistically significant at $p \leq 0,05$. To access the protein oxidation mediated by glycation process, the levels of PCO were measured for the duration of 7 days. According to the results obtained in rats with STZ diabetes concentration of PCO increased on 32%, while during water stress – on 40%, in condition of saline stress – on 55% respectively compared with control. According to the obtained results, total blood plasma AOA decreased in the blood of diabetic rats: with streptozotocin diabetes without a load by 17%, with a water load by 21%, and with salt by 28%, respectively compared with indicators of intact rats. Thus, carrying out water and salt loads on the background of diabetes mellitus in rats leads to a decrease in the antioxidant activity of blood plasma. The most significant decrease in total blood plasma AOA is observed during saline loading. Salt stress promotes oxidative stress as evident by increased protein carbonylation in STZ-diabetic rats.

INFORMATION ABOUT RABIES AND PREVENTION OF DOG BITES

Mahmudova S., student of the group 212 of the pediatric faculty of SamMI

Department of Microbiology, Virology and immunology (head of department phD Vakhidova A.M.)

scientific supervisor: Vakhidov A.M.

Objective: to study all types of rabies encountered in Central Asia. To study prevention in the fight against rabies among animals and the prevention of the development of the disease in people who have been bitten or blinded by sick animals. Materials and methods: the present study was to conduct a scientometric analysis of rabies epidemiology and pathogenesis of the disease. To study different methods of diagnosis of viral disease – rabies. Basically, laboratory diagnostics is carried out using virological, biological and serological methods. The disadvantage of the method is that it can be used only after the death of a person or animal. Antibodies can be detected in vaccinated individuals by neutralization, complement binding, immunofluorescence, and immunosorbent reactions (RIM and IFM). Results: who continues to strengthen rabies prevention in humans through the elimination of rabies in Results: dogs, strategies to prevent dog bites, and increased use of intradermal PEP, which reduces the volume and therefore the cost of cell-grown vaccines by 60-80%. The rabies virus is not stable enough in the external environment, it is quickly inactivated by the action of ultraviolet rays or sunlight on it. At boiling it dies after 2 min, at 60 C – 5 min. Quickly inactivated by solutions of Lysol, chlorine bleach, phenol, lipid and trypsin. In carcasses, especially at low temperatures, persists up to 4 months. Rabies is a typical zooanthroponosis. The main source and reservoir of the virus are wild and domestic carnivores: dogs, cats, wolves, jackals, foxes, skunks, mongooses, bats. The disease is usually transmitted by biting or blinding damaged skin or mucous membranes, as the virus multiplies in the salivary glands of the animal. The sick animal is contagious not only during the disease, but also in the incubation period for 2 – 3 days, sometimes more, before the first signs of the disease. Pathogenesis and clinic. The primary reproduction of the rabies virus occurs in muscle tissue near the entrance gate, then the pathogen is introduced into the receptors of peripheral sensitive nerves and enters the Central nervous system. There the virus multiplies in the neurons of the hippocampus, medulla oblongata, cranial nerves, sympathetic ganglia, causing inflammatory, dystrophic and necrotic changes in the nervous system. During this period, the virus also multiplies in the cells of the salivary glands. The shortest incubation period is with a bite of the head and hands, longer – with a bite of the lower extremities; in general, varies from 8 to 90 days. In the development of the disease there are three stages: precursors (depression), excitement, paralysis. First there are anxiety, fear, anxiety, discomfort in the bite area. After 1 – 3 days, there is a pronounced excitement, convulsions of the respiratory and swallowing muscles, there is a pronounced water phobia (hydrophobia is the second name of this disease). During this period, characterized by aggressiveness, auditory and visual hallucinations. Further paralysis develops, and after 5 – 7 days from the onset of the disease, death occurs from paralysis of the heart or respiratory centers. Postinfectious immunity has not been studied. Conclusions: Now for the prevention of rabies recommended antirabic inactivated culture vaccine, which is made on the culture of cells infected with the attenuated rabies virus (strain Vnukovo-32). Emergency medical and preventive vaccination is carried out with a vaccine or vaccine in combination with antirabic gamma globulin according to the schemes specified in the instructions for their use. Elimination of rabies can be achieved by vaccinating dogs and preventing bites.

FEATURES OF THE HEALING OF ABRASIONS WITH DIFFERENT LOCALIZATION

Mardonov Sh., student of 324 group of medical faculty SamMI

Department of forensic medicine and pathological anatomy SamMI (head.dep. – prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

The establishment of the limitation period for the formation of injuries is one of the main issues in the conduct of forensic research. However, the terms of healing of abrasions can vary greatly depending on the depth of damage and its size, on the localization (intensity of blood supply to the body areas), age, condition of the immune system, concomitant damage. The work purpose: determination of the period of healing of abrasions with different localization depending

on their depth. Material and methods: 20 living persons were examined in the outpatient Department of the Samarkand regional Bureau of forensic medical examination in February-April 2018. Visual method, stereomicroscopy, "verbal description", statistical methods were used. Results: The examination revealed superficial and deep abrasions. In the superficial abrasion there are no upper and partially middle layers of the epidermis or completely upper, middle and partially germinal (basal) layers; the latter is usually stored in the recess between the papillae of the skin itself. On the surface of the surface abrasion observed accumulation of lymph. The latter is mixed with particles of the destroyed epidermis and foreign inclusions and dries quickly, forming a thin pink crust.In a deep abrasion is absent or the entire epidermis with the tops of the papillae, or the upper layers of the dermis. In such cases, there is a massive accumulation of cut and lymph on the surface of the abrasion. Mixing with the remains of the destroyed epidermis and foreign particles, the blood coagulates, forming a wet first, and then a drying crust of red. In normal course all abrasions by the end of the first day after their occurrence are covered with crusts, on the second day - the surface of the abrasions rises above the intact skin. It is established that the abrasions were not elevated above the surface on the face, upper extremities (superficial 1-2 days, deep 1-3), lower extremities (superficial 1-2 days, deep 1-5); abrasion towered above the surface of the face (surface 2-5 hours, deep 2-8),upper extremities (superficial 2-6 days, deep 2-10), lower extremities (superficial 2-7 day, deep 2-12); the edges of the crust are raised on the face (surface 5-6 days, deep 6-9),upper extremities (superficial 6-8 day, deep 6-15), lower extremities (superficial 5-8 days deep 6-15);the crust is partially eliminated on the face (surface 6-8 day, deep 7-15),upper extremities (superficial 7-12 day, deep 11-18), lower extremities (superficial 7-12 day, deep 11-12);crust completely disappeared on the face (surface 7-11 day, deep 12-18),upper extremities (superficial 9-13 days, a deep 16-23), the lower extremities (superficial 8-13 day, deep 15-24);traces of abrasions were detected on the face (superficial, deep up to 30 days),upper limbs (superficial, deep up to 50 days), lower limbs (superficial, deep up to 120-150 days). Conclusions: Thus, the results indicate that the healing time of superficial and deep abrasions varies in different parts of the body, which should be taken into account when examining living persons in the course of forensic studies to establish the limitation of injuries.

THE EFFECT OF ELEKTROMAGNETIC FIELDS ON THE HUMAN BODY

Martsyniuk O.V., student of Medical faculty №2, 1 cours, 16 group, BSMU, Biriukova T.V.

Department of Biological Physics and Medical Informatics (Head of the Department - Doctor of Sciences, Fediv V.I.)

Scientific supervisor: Ph.D., Biriukova T.V.

Analysis and generalization of data from domestic and literary sources. Results: An electromagnetic field is an alternating electric and magnetic field that spreads in space in the form of electromagnetic waves. The frequency or wavelength that it indices helps electromagnetic waves to fall into different ranges. Long-wave waves with a length of more than 10 km and a frequency up to 30 kc. Long waves with an interval of 10 to 1 km and a frequency of 30 to 300 kHz. Average waves in the range of lengths from 1 km to 100 m and with a frequency from 0,3 to 3 MHz. Short waves with a length from 100 m to 10 m and a frequency of 3 to 30 MHz. Those ultrashort waves with a length of less than 10 m and a frequency of 30 to 300 MHz. The main artificial sources of electromagnetic radiation are: high-voltage transmission lines, radio and TV towers,phones, computers, televisions, various objects in the household (for example, microwaves, refrigerators, washing machines). Electromagnetic fields influence people in different ways. Children, the elderly, pregnant women are the most affected. Also, people with chronic diseases are more receptive to electromagnetic radiation than healthy people. Under the effect of electromagnetic radiation the things that are happening in the human body are the following - suppressed sexual function, allergic reactions, developing of chronic cardiovascular and endocrine diseases. The mental state of a person is suppressed, as a result, such people are more prone to frequent depressions, shorter attention span and problems with memory. It also reduces functioning of the immune system that contributes to frequent acute respiratory diseases. As previously noted, the fetus is also extremely sensitive to the action of electromagnetic radiation. Under the effect of electromagnetic fields the fetus is developing with various flaws, it slows down the development of the most important systems of the body it may lead to premature births and even stillbirth. There are some recommendations that will help to minimize the negative effects of electromagnetic fields on your body. If it's possible - not to have electronic devices in the children's room. Follow a distance of more than 10 cm with the devices that you use. don't put the devices in your pocket or carry it with you all the time.Always switch off unused electric devices because even in this state they throw away a dose of irradiation. Do not use a tablet or phone computer for 2 hours before going to sleep. Place the electrical devices so that they are as far away as possible from the sitting area. Do not stay near a microwave or heater when it's on. Do not build a houses closer than 30 meters from sources with high levels of electromagnetic pollution. Conclusions: It is clear that it is impossible to abandon all the achievements of scientific and technological progress of a modern civilization, but following some sanitary norms and hygienic standards can reduce the negative influence of electromagnetic waves of the devices that we use.

STRUCTURAL PECULIARITIES OF THE THE RECTOUTERINE LIGAMENT IN POSTNATAL ONTOGENESIS

Navarchuk N.M., Guzik O.V., Kalushka I.V.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university" (Chief of the department - prof. Kryvetskyy V.V.)

Scientific supervisor: prof. MD Makar B.G.

Materials and methods: Investigations have been performed in 27 anatomical specimens. Following investigational methods have been used: macroscopy, microscopy of histological sections series, conventional and thin preparations. Results. RUL consists of two symmetric peritoneal folds along posterior uterine surface, forms curve around rectum and reaches pelvis surface of the sacral bone. RUL starts with fan-shaped fibers nearby sacral bone at the level S1-S3, sometimes at S4, proximally narrowing to cervix uteri. Two visceral pelvic fascial folds, covering RUL behind uterine and laterally from the rectum, have been cut medially to ureters. The ureter entered the lesser pelvis at the bifurcation of the common iliac artery, crossed the uterine artery at the base of broad ligament, and then ended anterior to the cervix to reach the base of the bladder. At the cervix, it was located anterior to the transverse cervical ligament and was on the average 0.7–1 cm lateral to the cervix. The ureter therefore was located in a plane anterior to the RUL, and when measured along the free border of the ligament, it was 2–3 cm from the cervical attachment of the ligament. There were lower inferior hypogastric plexus, hypogastric nerves and pelvis nerves detected between them. Hypogastric nerve fibers were located about 12,0-21,0 mm under each ureter. Hypogastric nerve is available in each side under ureter, goes posterior-anterior, top-down, and rounds RUL from the outer side. RUL dimensions are 6.1±0.8cm, 3.1±0.4cm i 2.5±0.3cm in areas of sacral, intermediate, and cervix parts correspondingly. In the cervix end of the RUL there is a large number of vessels available, it contains smooth muscles, dense connective tissue, blood and nerves; in the intermediate one third vessel are present in moderate number, main tissue component is connective tissue; and in the sacral one – even less, it consists of loose connective tissue and fatty inclusions. Conclusions. "Uterus and uterine cervix ligament" concept is a decisive factor for female pelvis surgery and for fundamental mechanisms of urogenital dysfunction ascertainment.

PHYSICAL MECHANISMS OF INFLUENCE OF INFRASOUND ON THE HUMAN BODY

Nikiforov D. M., student of Medical faculty №2, 1 cours, 16 group, BSMU, Ostafiychuk D.I.

Department of Biological Physics and Medical Informatics (Head of the Department - Doctor of Sciences, Fediv V. I.)

Scientific supervisor: Ostafiychuk D.I.

The purpose of the work: to give a description of infrasound, to investigate its physical nature and sources, to master the mechanism of action of infrasound on the human body. Materials and methods of research: analysis and generalization of data from domestic and literary sources. Results: Infrasound - mechanical waves with frequencies less than 20 Hz. Infrasound is very common in the environment. Sources of infrasound are natural and artificial. It has been established that noise in the range of 2-15 Hz at 105 dB intensity causes the visual response to slow down by 10% in most people. Infrasound affects the functioning of many body systems, which leads to rapid fatigue, headaches. At near values of the frequency of infrasound and the frequency of internal oscillations of the human body or of the human body resonance occurs and the person becomes particularly sensitive to the action of infrasound. Frequency of own oscillations

of the human body 3-4 Hz in the underlying position, 5-12 Hz - in standing; the frequency of proper oscillations of the chest 5-8 GC, abdominal cavity 3-4 Hz, which corresponds to the frequency of infrasounds. That is why it is necessary to reduce the level of intensity of infrasound in the environment surrounding the person. Infrasound with a level of sound pressure up to 150 dB is within the limits of human endurance only with short-term action, and with a level of more than 150 dB is not tolerated by a person. Conclusions. Infrasound as a professional factor can adversely affect the human body and have a specific effect on the organ of hearing. The reason for such a biological effect of infrasound is that it is perceived not only by the auditory analyzer, but by the whole surface of the human body. It affects the functional state of the organism, adversely affecting the nervous, cardiovascular system, respiratory function, the state of the auditory and vestibular analyzers.

PATHOPHYSIOLOGY OF STROKE

Nozimova N.H., Fakhriev J.A., 301-group of treatment faculty TashPMI

Department of "Pathological physiology and Anatomy" (Head of department professor Zokirov Y.U.)

Supervisor supervisor:Abidova N.A.

Introduction. The term "stroke" refers to focal cerebral ischemia and intracerebral hematomas as acute cerebrovascular diseases, as well as in addition subarachnoid hemorrhage. Stroke is the second most common cause of death worldwide and a significant cause of chronic disability. Stroke is defined as a sudden onset of a neurological deficit caused by an acute focal injury to the central nervous system due to a vascular cause. The incidence of strokes occurring every year worldwide is about 17 million and it is the second leading cause of death after coronary artery disease. Purpose. The aim of this study was to describe knowledge about stroke warning signs and risk factors in patients with previous stroke or transient ischemic attacks and to investigate the relationship between socio-demographic characteristics and health status and patients' knowledge about stroke. Materials and methods. However, today's diagnosis allows a clear diagnosis of hematoma so early that despite some clinical overlap with cerebral. Ischemia a common representation no longer makes sense. The great epidemiological and economic importance of ischemic brain infarction is good known. However, the systematic review and research of therapeutic principles did not begin to take effect until this decade. The diagnostic possibilities and, at the same time, our understanding of pathophysiology have improved considerably. The efficiency of surgical and drug-based ischemic prophylaxis was proven by studies. Acute therapy has been and is being developed effective treatments. That's it no longer justified, cerebral ischemia in general as therapeutically ungrateful to watch. While the choice of ischemia prophylaxis is mainly based on the etiology, acute therapy is dominated by pathomechanism the stage of acute parenchymal damage more important.In the typical case, the reserves of autoregulation are exhausted in the less perfused area. With fall in arterial blood pressure or increase in venous pressure the cerebral circulation decreases passively. As last compensation mechanism only stands still the increase in oxygen extraction available. Increase in demand in adjacent areas. Under CO2 increase can lead to clinically manifest ischemia. The explanation for the characteristic morphological damage pattern of Boundary zone and endstream infarcts is that the perfusion pressure first There is critically low, where the transport routes are the longest. Beyond the zones of tissue subsidence there is a reversible restriction of cerebral function. The delivery of complex cerebral services usually requires increased blood flow. If the circulation can not be increased due to the already maximal dilatation of the resistance vessels, the ability to perform complex services is also limited. Because the collaterals are in the long term, trophic adaptations are hemodynamically critical situations the less, the longer an obstruction remains stable Results. Of the 123 cases of stroke, 69 (56,1%) were ischemic stroke, 28 (22.8%) were hemorrhagic stroke and 26 (21.1%) were embolic stroke.There were 86 (70%) smokers, 60 (48.8%) alcoholics, 66 (53.7%) diabetics and 89 (72.3%) hypertensives. Family history of stroke was present in 47 (38.2%) patients. Conclusion. Without being known the pathophysiology of the ischemic stroke, there is no way to treat patients

INVESTIGATION OF BIOLOGICAL OBJECTS BASED ON QUANTUM DOTS

Ostapenko I.V., Ist year student of medical faculty #1, 2nd group, BSMU, Olar O.I.

Department of biological physics and medical informatics (head of department – prof. Fediv V.I.)

Scientific adviser: Ph.D. Olar O.I.

The aim of the work is to analyze new physical methods of biological cell structures studying. Material and methods are research analysis and data generalization. Results. Quantum dots (QDs) are gaining more interest as fluorescent indicators in biological sciences such as molecular histopathology, disease diagnosis and biological imaging, including the detection of tumors in vivo, imaging of stem cells, immunological diagnostics and drug delivery. Biotechnology development based on QDs is important for further understanding of the regulation of receptor-mediated pathways in cells and tissues. QDs are semi-conductor nanocrystals that act as a semiconductor core surrounded by a shell semiconductor such as ZnS. The size of QDs is between 2 and 10 nm in diameter. Traditional nanocrystals usually consist of elements III-V, II-VI, or IV-VI groups of the periodic table. These QDs possess remarkable fluorescence properties and they are widely used for cell visualization in vitro or in vivo. For traditional QDs Cadmium is the main element of their composition. However, it is a well-known fact that Cadmium is toxic, so now the emphasis is on changing quantum dots without Cadmium for use in living structures. It can be Silicon (Si), Carbon (C-dots) or Graphene QDs, Ag2Se, Ag2S, InP, CuInS2 / ZnS. The optical properties of QDs include high quantum yields, high molar extinction coefficient (about 10-100 times higher than organic dyes), broad absorption (25-40 nm in width), symmetrical photoluminescence spectra between UV and close to infrared and high photoconductivity and photochemical degradation resistance. The obtained QDs are insoluble in water. Therefore, to use QDs optical properties in biological systems their surfaces have to modify with a hydrophilic coating. Many synthetic methods of QDs synthesis have already been developed. They are divided into physical and chemical methods. Physical methods include epitaxial buildup and / or nanoscale modeling. Chemical methods include encapsulation by amphiphilic polymer block (e.g. phospholipid micelles), bioconjugation exchange, and hydrophobic organic solvent layer of hydrophilic ligands like thiol-containing molecules and peptides. Biomolecules, including antibodies, peptides, proteins, nucleic acids, small molecules and liposomes can be used to biokonjugation with QDs. These bioconjugated QDs are widely used for direct and indirect marking of extracellular proteins and subcellular organelles. The delivery to cytosol occurs using physical methods such as microinjection and electroporation. Microinjection is unique in that it is capable of directly delivering QDs to the nucleus. Further, they observe the object of the study or carry out the necessary measurements. Conclusion. Thus, one molecule behavior monitoring using QDs in living cells is a modern approach of studying the details of living cell, which allows solving of many current issues for medicine and other biological sciences.

PECULIARITIES OF FASCIAL SHEETS AND SPACESOF HUMAN NECK IN THE INFRAHYOID REGION DURING FETAL PERIOD OF PRENATAL DEVELOPMENT

Popova I. S. assistant and PhD student at the Department of Histology, Cytology and Embryology

of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University" (Chief of the Department – professor Tsyhykalo O.V.)

Scientific supervisor – professorTsyhykalo O.V.

A profound understanding of the arrangement and morphogenesis of neck fascia is mandatory for proper diagnosis, treatment and predicting the spread and complications of pathological processes. That is why, researches on morphological peculiarities of cervical fascial spaces are relevant in practical and theoretical points of view (Guidera A.K. et al., 2014). As stated by some fundamental works (Levitt G.W., 1970), one more problem in neck anatomy is due to difficulties while conducting dissection itself, as false spaces may be created, but true spaces obliterated. Moreover, problem arises while comparing various classifications, as they are subjective and reflect opinions of different anatomical researchers. The aim of the work is to complement existing data on morphogenesis and topographical peculiarities of fasciae and fascial spaces of infrahyoid neck region in human fetuses during prenatal development (PND).To achieve the goal of research, we haveexamined 5 specimens of human fetuses (81,0–378,0 mm of parietal-coccygeal length), by using a complex of classical

anatomical methods for scientific investigation:dissection, macroscopy, microscopy, morphometry, anthropometry and three-dimensional reconstruction. Human neck contains a few fascial sheets, that are formed by dense fibrous connective tissue. These sheets highly contact with neck muscles and form fascial spaces. Platysma muscle lies in a sheath, formed by superficial fascia (subcutaneousfascia). In human fetuses (7th month of PND), superficial fascia is a very thin layer of connective tissue, which can be easily dissected from underlying platysma and stays continuous with developing paraauricular-masseteric fascia (in ascending direction) and attaches to clavicle, scapula and sternum(in descending part). Superficial fascia is also continuous with capsule of stylohyoid muscle, posterior belly of digastric muscle and becomes denser when forming capsule for sterno-cleido-mastoideus muscle.While conducting dissection inprofound layers of neck in human fetuses, it is seen, that besides superficial fascia, there can be also visualized pretracheal(PTS) and prevertebral (PVS) sheets. It can be said, that PTS is fixed to the inferior edge of thyroid cartilage and fuses with fibrous tissue of mediastinum. Despite the fact, that some authors (Kohan E.J., 2014) tell about the presence of space between superficial and PTS, our investigation hasn't shown one. The carotid sheet is a fascial layer that covers main neurovascular bundle of neck (common carotid artery, internal jugular vein, vagus nerve, jugular trunk).The carotid sheath is seen after 20 weeks of PND: it was clearly dissected from the prevertebral lamina of the deep cervical fasciae, but fused with the PTS covering the infrahyoid muscles. The carotid sheath, seems to become established much later than the PVS and PTS of the deep cervical fasciae. To sum up, investigations of anatomical spaces of anterior neck region have to be further examined, as they can solve some controversial questions on presence, peculiarities and surgical approaches to them.

MODELING OF THE BLOOD VOLUME WITH DIFFERENT VENTILATIONS OF THE BRAIN ARTERIES

Pulatov M. student of Group 209 of the Medical faculty, ASMI

Department Pathologic Anatomy (Headcaf - Ph.D. Prof. Mamataliev A.R.)

Scientific supervisor: Alibekov O.O.

Purpose of works: Knowledge of the characteristics of blood flow in the branching of the cerebral arteries with different types of branching is important for understanding age-related changes in the vascular wall. The study of the parameters of blood flow, depending on the geometric design of the regions of the brain arteries branching, will help to identify the most optimal angles at which blood flows with minimal energy loss (the principle of optimality). Objective: Identify the types of branching of the cerebral arteries and establish the most optimal angles for these types of branching. Material of the study: Topography, bifurcation angles and cerebral artery diameters have been studied macromicroscopically and morphometrically in 18 people aged 46-75 years old. The material was fixed in 10% formalin solution. Primary processing of 524 received data was carried out using the software package "Statistika 6.0". A two-dimensional flow velocity field and pressure distribution in the region of the bifurcation of the vessels under study have been studied by the method of mathematical modeling. Model calculations were performed using the COMSOL 4.0 numerical simulation package, which solves systems of nonlinear differential equations. Results: As a result of the study, three types of branching of the cerebral arteries were established: trunk, dichotomous and loose. The anterior and posterior cerebral arteries in 70% of cases are of the main type of structure, and in 30% of them are loose. Middle cerebral arteries are characterized by the predominance of loose type of structure (80% of cases). When studying the morphometric parameters of the cerebral arteries, it was found that the middle cerebral artery is the largest in diameter. The diameter of the anterior and posterior cerebral arteries is approximately the same. By the method of numerical simulation, blood flow parameters were established for different types of brain branching arteries. Conclusion: The specific features of blood flow in various types of brain artery branching have been established, which must be considered when predicting cerebral hemodynamics.

FUNGI OF THE GENUS PAECILOMYCES IN THE HUMAN DISEASE ECHINOCOCCOSIS

Ravshanova N. A. student of 304 group stomatology faculty of SamMI

Department of Microbiology, virology and immunology (head of department phD Vakhidova A.M.)

scientific supervisor: Vakhidov A.M.

Objective: to Establish the fact that the acephalocysts are the most responsible embryonic elements for relapses after surgery and the most resistant to external factors. The discovery of the phenomenon of localization of the germinal elements of Echinococcus and microorganisms in a fibrous capsule proved a special importance of the bacteriological research Echinococcus and their content that were performed by several authors, as well as continue us. Methods and materials the study: For the diagnosis of the disease using special immunological methods: reaction of indirect hemagglutination (Riha), the reaction of latex-agglutination (RLG), the reaction of antigennegative lymphocytes (ASL), the reaction of selectorecombinative (RSKP). Ultrasound and x-ray examinations were carried out. The diagnosis was confirmed by surgical intervention helminthological and bacteriological studies of hydatid cysts and their contents determination of morphological modifications echinococcal. Results: fungi of the genus Paecilomyces have become of interest after the appeared severe cases people paecilomyces. The first case of severe human damage to the fungus of the genus Paecilomyces of the species Paecilomyces variotii was described in 1963. Microscopic examination of the heart revealed branched filaments of the mycelium, between which lay free spherical corpuscles, which the author designated as "spores" of the fungus P. variotii. In the blood smears of the patient, oval gram-positive corpuscles were found, resembling yeast cells, but without signs of budding. Crops made from the heart gave rise to the fungus Paecilomyces varioti. The disclosure of the biology and ecology of pathogens of echinococcosis allowed to solve effectively the issues of chemotherapy and experimental justification of surgical treatment of echinococcosis. Clinical testing of these discoveries and inventions was necessary, as well as the study of various issues related to echinococcosis and its causative agent with the participation of Parasitologists, microbiologists, biochemists, immunologists, morphologists and surgeons themselves. The results of this experiment showed that in vivo introduced into echinococcal cysts 3% hydrogen peroxide is not able to penetrate through the wall of the parasite outside and therefore have a toxic effect on the host body. Conclusion. This observation also confirmed the detrimental effect of 3% hydrogen peroxide on the germinal elements of all subcutaneous conglomerates of alveolar Echinococcus. Microscopic studies show intact hepatocytes exposed to 3% hydrogen peroxide. Sensitivity to a 3% hydrogen peroxide germinal elements of Echinococcus hydatidosis were similar. A detrimental effect of 3% hydrogen peroxide for protogalaxy hydatidosis Echinococcus from spontaneously infested sheep donor was confirmed by a biological test. In addition, we applied a homeopathic approach for the first time in experimental clinical studies in the echinococcal problem. To the last – in literature there are no sources.

DEVELOPMENT OF LATERAL VENTRICLES OF HUMAN BRAIN

Reshetilova N.B., PhD, assistant professorM.Turkevich department of human anatomy,

Nana Kwakye Agyemang, student of 47group 2 year education medical faculty 3

Higher State Educational establishment of Ukraine"Bukovinian state medical university"

M.Turkevich department of human anatomy (chief – MhD, prof.Kryvetchiy V.V.)

Higher State Educational establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university" Scientific supervisor: MhD,prof. – Makar B.G.

Today, accordingtostatistics, birth defects of the nervous system make up 26 - 28% of the number of birth defects that nestle in the newborns. According to VG Berkla and soavt., Yu.I. Borodina they rank 2 to 3 in the structure of perinatal and early childhood mortality. Among children with diseases of the nervous system, hydrocephalus occurs in 45-50% of cases. To detect deviations in the development of the ventricles of the brain, an explanation of the reasons for their occurrence, it is necessary to have accurate information about their normal development. According to the literature data – information about this is not in abundance. Intheworksof N.G. Turkevich, the founder of our scientific direction, B.N. Klosovsky S.Yu., Maslovskiyand O.V. Slonecko shows only data on the development of vascular plexus of the ventricles of the brain. Therefore, a comprehensive study of the development and formation of the topography of the lateral ventricles of the human brain throughout the intrauterine period, the detection of its critical periods, taking into account the antenatal diagnosis of the fetus (ultrasound, etc.), is currently relevant and important not only from the theoretical aspect but also from practical point of view. The purpose of our study is to:

clarify the term, sources and location of the lateral ventricles of the brain, to study the patterns and peculiarities of their formation in the development process, to determine the features of the topography of the lateral ventricles of the brain and the dynamics of its formation in the prenatal period of human ontogenesis, to find out the nature Synthopic correlation of the topography of these ventricles during their development. There search was carried out with the help of a complex modern histological and topographic-anatomical research methods, which includes macroscopic and microscopy, plastic and graphical reconstructions. Results: In connection with this, the central nervous system, including its main department, is the central nervous system with a lumen in the middle, all stages of further development associated with the change and differentiation of the wall of this tube into the departments are accompanied by a distinction and the subsequent transformation of the lumen of the tube into cavities of different widths and lengths. Thus, the anterior part of the nerve tube is a germ of 4.5 mm. TKD hast here convex enlargements – the anterior, middle and posterior cerebral bladder. During the 5th week, the anterior cerebellum is differentiated into the rudiment of the final and intermediate brain. The main reference point for this distribution is the location of the eye bubbles. In the courseo f the study, it was found that lateral ventricles, as the cavity of the brain, appear in the germs of the 5th week of fetal development with the onset of the formation of lateral protrusions of the anterior cerebellum – telencephalic vesicles, from which later the hemisphere of the brain develops. At this stage, telencephalic vesicles are widely interconnected both with each other and with the dorsal part of the cavity of the anterior cerebellum, which subsequently becomes the third ventricle. In the development of lateral ventricles can be traced correlative relationship with two processes: the development of the hemispheres themselves and the differentiation of their internal structures. Thus, an increase in the bladder in the cranio-dorsal direction, which is observed at the end of the embryonic period – the beginning of the pre-fetal development period (6 -7 weeks), and from the 10th week, also in the posterior and lower reaches, leads to the successive acquisition of the cavity of the lateral ventricle initially elongated form, and subsequently the formation of an arc. The middle part of it becomes the central part, and the anterior and posterior ends - the anterior and lower horns. The appearance and increase of occipital particles at the end of the third month gives an impetus to the appearance of the posterior horns. The development of structures that limit the cavity of the lateral ventricles is these condcomponent that affects the formation of the latter. It has been established that at the germs of the 6th week of development on the ventral wallof a striped body that deforms the spherical form of the cavity. Mediocre of it develops the second protuberance – the beginning of the visual hump. The birth of a striped body during 7 - 8 weeks of intrauterine development is divided into a longitudinal groove in two parts: the median, which later transforms into the caudate nucleus, andthelateralone - fromwhichthelung-likenucleusdevelops. Vascularplexus, asan integral part of the lateral ventricle, arises in the form of invagination of the medial wall of the ventricle at the end of the embryonic period. It has the form off olds. During the 7th week the indicated fold is located in the dorsal direction from the interventricular hole, and is associated with a wide root with the wall. During the 8th week, the surface of the vascular plexus becomes uneven. This is due to a large number of stitches and folds. We found that at 9-10 weeks of intrauterine development in the middle department of the intestine of the temporal particle, cracks are formed, in the vasculature of the brain lips, and puts the beginning of the formation of the back of the plexus. The connection of the anterior and posterior parts of the vascular plexus was observed at the end of the precooked period. In the fetal period, the formation of the structures of the brain is more intense, as a consequence, the lateral ventricle becomes a complex configuration. At the beginning of the fetal period, all parts of the lateral ventricles are clearly traced. The front horns are directed forward, laterally, and somewhat to the bottom. Their length is 6.5 mm. In this period of development in the anterior horns distinguish three walls, which smoothly pass on from one to the other. The posterior part of the upper wall of the anterior horn forms a corpus callosum, which has the appearance of a significant thickening of the front of the vault. The front part of the upper wall is formed by the cerebrospinal fluid of the frontal lobe. There arpart of the medial wall of the anterior horn forms a transparent partition. It should be noted that during this period of intrauterine development we observed that there is a wide cavity between the left and right transparent partitions, the width of which is 5 - 10 mm.The front part of the medial wall forms the cerebrospinal fluid of the frontal lobe. The lateral wall of the lateral ventricle in the beginning of the fetal period in the posterior part is represented by the head of the caudatenucleus, and in the anterior part, the cerebellum of the fronta llobe. The central part of the lateral ventricles has the form of a curved upward slit-shaped cavity, limited by the cerebellum from above. The lower wall of the central part is formed by the upper surface of the visual hump and the body of the caudate core, between which is a thin bundle of the terminal tape. The delicate vascular plexus is located next to it, which is immersed in the anterior ventricular hole in the front, and in the lower part in the lower horn. The lower horn is in the temporal lobe of the brain, closer to the basal surface. The upper, lateral and lower walls of the lower horn are formed by the cerebellum of the temporal particle. On the medial wall there is a bulge that is due to the presence of a seahorse. An insignificant longitudinal elevation is defined on the lower wall of the lower horn - it is the beginning of the occurrence of the cortex in the side furrow. In the back, the lower horn is widely associated with the cavity of the posterior horn, which is located in the occipital area. The walls of the posterior horn at the beginning of the fetal period are formed by the cerebellum of parietal and occipital particles. The study of the development of fetuses 260.0 - 280.0 mm TKD has made it possible to establish that during this period of intrauterine development, reduction of cavity volume at the level of all parts of the lateral ventricle is determined. The shape of the horns and the central part almost does not change. Due to the further intensive development of individual structures of the brain, we noted some difference in the formation of the walls of the lateral ventricles compared with the previous stages of development. Thus, the median wall of the anterior horn is almost all over represented by a corresponding plate of a transparent partition, and the cavity between the plates decreased to 2.0 mm. We noted a decrease in the size of inter ventricular openings up to 1.5 mm. In the central part of the furrow between the terminal strip and the visual hill, the thalamics triped vein is clearly detected. The more intensive development of parietal and occipital particles leads to a more active process of formation of the corpus callosum, as evidenced by the structure of the upper wall of the central part of the lateral ventricles, which is formed by a thin barrel of the corpus callosum. There life of the walls of the lower horn has changed. The lateral elevation became more noticeable. On the upper and middle surface of these a horse the legs of the vault are clearly identified. At this stage of development, the posterior horns are formed by the fibers of the corpus callosum. On the medial wall there are 2 ganglia due to the appearance of the cortex in the parietal and occipital sulcus. Conclusion: At the end of the fetal period of fetal development, stabilization of the contours of the cavity of the lateral ventricles is observed. The front, lower and back horns are located respectively in the frontal, temporal and ocular lobes of the brain. In the corpus callosum, knee, trunk and thickening are defined, andthearchesarepillars, bodyandlegs.Interstitial holes are in the form of a crack whose transverse dimension reaches 1.3 mm. The process of subsequent formation of the vascular plexuses of the lateral ventricles continues, as evidenced by the increase in their parameters, both length and width, established by us.

ACTIVITY OF SOME ANTIOXIDANT ENZYMES IN RATS LIVER UNDER CONDITIONS OF ALCOHOLIC INTOXICATION, MODIFIED PHOTOPERIOD AND MELATONIN ADMINISTRATION

Salekhi D.D., 1st year student of 1st group of medical faculty №1, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Davydova N.V., PhD, ass. prof., Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of bioorganic and biological chemistry and clinical biochemistry (head of department - PhD, ass. prof. Grygorieva N.P.)

Scientific supervisor: PhD, ass. prof. Grygorieva N.P.

Alcoholism is one of the most serious medical and social problems. Ukraine ranks fifth in the world by the amount of alcohol consumed per capita. Numerous laboratory and clinical studies have found that the basis of toxic effects of ethanol on the body is the activation of free radical oxidation processes of biomolecules. In modern life, the use of ethanol is often combined with the influence of other harmful factors, such as the violation of light regime. Light accompanies a modern person practically around the clock. Work at night, flight with jet lag, active nightlife contribute to the violation of circadian rhythms, decrease in sleep duration, especially its dark period. The biological rhythms are regulated by the hormone melatonin, which is produced in the darkness only. It has been shown that melatonin has a wide range of effects on the body, but one of its major effect is a powerful antioxidant action. Aim. The purpose of the work was to study the activity of antioxidant enzymes in terms of alcohol intoxication, its combination with light exposure and the introduction of melatonin. Materials and methods of the study. Experiments were performed on 32 white male rats weighing 180-230 g, which were kept under standard conditions and vivarium diet. Subacute alcohol intoxication was induced by intragastric administration of 40% ethanol in a dose of 7 ml / kg of body weight for 7 days. The light exposure was caused by a constant fluorescent lamp light with an intensity of 1500 lux for 24 hours a day. In supernatants of 5% liver homogenates the activity of catalase and superoxide dismutase have been determined. Results. We have revealed that subacute alcoholic intoxication was accompanied by an increase in the activity of catalase in the liver of rats by 24% above the control level, along with a slight increase in the activity of superoxide dismutase (by 17% higher than the control level). Under conditions of the modified photoperiod, the activity of catalase in the liver of alcoholated animals was 32% lower than the control level against the

background of unchanged superoxide dismutase activity. Probably ethanol poisoning, along with the lack of melatonin in conditions of constant light exposure, caused the depletion of the natural antioxidant defense of hepatocytes, which also results in activation of lipid peroxidation and oxidative modification of proteins. The administration of the "Vita-melatonin" in dose of 5 mg / kg daily at 8 p.m. for 7 days to animals with ethanol intoxication and its combination with constant lightning contributed to the normalization of catalase and superoxide dismutase activity in the liver of animals. In rats that had received melatonin against the background of the combination of alcohol intoxication and light exposure, there was a tendency to normalize the activity of catalase in the liver, but its value remained 18% below the control level. Conclusions. The combination of alcoholic intoxication with constant light exposure was accompanied by a more pronounced exhaustion of the antioxidant enzyme activity in the liver of rats compared to alcoholic animals that were kept under unchanged photoperiod. Melatonin administration against the background of alcoholic intoxication and its combination with the changed photoperiod contributed to the normalization of the antioxidant enzymes activity in the liver of rats, that proves melatonin's antioxidant and hepatoprotective properties.

PERINATAL ANATOMY OF HUMAN ILEOCECAL SEGMENT

Shandro K., student of 1 groups, Faculty of Medicine №1 BSMU, Tymchuk Kateryna

Department of Medical Biology and Genetics (Head of the Department - Prof. Bulyk R.Ye.)

Scientific supervisor: Associate Professor, Candidate of Medical Sciences Pronyaev D.V.

Introduction. Integrity of central organs of the neuroimmunoendocrine system, notably the pineal gland, has a distinct age dependence and time patterns. These facts are important in the assessment of the state of organs and systems and the delivery of therapy. Percentage of dark (inactive) and light (active) pinealocytes, volume of nuclei, and color intensity of the nuclear chromatin of these cells are reliable and adequate morphological indicators of the integrity of the pineal gland. The aim of the study. Study propranolol effect (2.5 mg / kg body weight) on the epiphysis and kidneys histomorphology under hypofunction of the pineal gland (24 h light: 0 h darkness) and additional use of melatonin (0.5 mg / kg body weight, Sigma, USA) within 7 days experiment. Materials and methods. Experiments are performed on 108 white non-linear, sexually mature male rats. Methods of light microscopy and statistical processing are used. Results. The following indicators of the morphological state of pinealocytes, corresponding to the lowest level of pineal gland integrity are noted. In particular, the percentage of dark pinealocytes is 72 ± 1.6% at 2 a.m. and 70 ± 1.4% at 2 p.m. The volume of nuclei is the lowest among all study groups and amounts to 262.6 ± 8.06 μm3 at 2 a.m. and 264.6 ± 8.17 μm3 at 2 p.m. Also, data on the chromatin color intensity are significant. Thus, the average optical density of the pinealocytes nuclei color is 0.394 ± 0.0128 absorbance unit (AU) at 2 a.m. and 0.391 ± 0.0122 AU at 2 p.m. The highest level of alteration is observed, manifesting in a significant average percentage change in epithelium of convoluted tubules, 72 ± 1.1% at 2 a.m. and 78 ± 1.2% at 2 p.m. Upon that, the alteration, in addition to dystrophy, often manifested itself as piecemeal necrosis and intensive cell desquamation. The highest percentage of glomeruli with signs of congestion is found, namely 37 ± 2.7% at 2 a.m. and 39 ± 2.8% at 2 p.m. Conclusion. The beta-blocker propranolol reduces indices of the pineal gland and kidneys integrity depending on the introduction of exogenous melatonin. Melatonin administration only partially offsets the manifestations of kidney dysfunction, and in some cases, doesn't a positive effect.

FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF WOUND HEALING

Shavkatov Sh., Abduraufov Z., 424 students groups of the medical faculty

Department of forensic medicine, SamMI (head. dep. – prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

Determining the period of wound healing is important in forensic practice. It is necessary to take into account a number of factors that affect the healing process. As you know, there are currently three classical types of healing: healing by primary, secondary tension, and under the scab. Purpose of the work: to identify the factors affecting the healing process. Material and methods: 20 living persons aged 10 to 60 years with bruised-torn and cut wounds caused by blunt and sharp objects located on the head and limbs, ranging in size from 1, 0x1, 5cm to 1,5x3,5cm,were examined in the outpatient Department of the Samarkand regional Bureau of forensic medicine in February-April 2018. Methods were used: visual, stereomicroscopy, "verbal description", statistical. Results: it was found that the healing of wounds is influenced by the following factors: the age of the patient; the state of nutrition and body weight; the presence of secondary infection; the immune status of the body; the state of blood circulation in the affected area and the body as a whole; chronic concomitant diseases (diseases of the cardiovascular and respiratory systems, diabetes, malignant tumors, etc.); some types of therapy (anti-inflammatory drugs, radiation therapy, etc.). As it is known, the greatest reparative opportunities have a child's body, in children (8 persons – 40.0%) due to the predominance of anabolic processes, healing of various injuries occurs in a shorter time and with a more favorable outcome. In old age (6 persons – 30.0%), on the contrary, the wounds are prone to long-term flow with the formation of fragile scars. Weight loss, cachexia (3 persons – 15.0%) lead to metabolic disorders and complicate the normal healing of wounds, as the body is extremely necessary sources of energy and plastic material. In patients with an excess of subcutaneous fat (5 persons – 25.0%), complications of the wound process occur more often, since adipose tissue has a much worse blood supply than other tissues, less resistance to the development of infection. The appearance of suppuration of the wound significantly lengthens the time and worsens the result of healing. Patients with weakened immune background after infectious diseases (3 persons – 15.0%) are at increased risk of infectious complications.Important is the intensity of blood circulation in the area of damage. Reduction of tissue perfusion as a result of systemic hemodynamic disorders or as a result of lesions of the great vessels in the area of damage (atherosclerotic narrowing or blockage of the artery, venous thrombosis, etc.) significantly slows down the course of all phases of the wound process and contributes to the development of complications. Chronic diseases of the cardiovascular and respiratory systems (6 persons – 30.0%) affect oxygenation and nutrient supply of local tissues and the entire body. With the insufficiency of these systems (for example, with bronchial asthma, pneumonia, emphysema and other chronic lung diseases; hypertension, common atherosclerosis, etc.), the synthesis of necessary proteins and carbohydrates, energy metabolism, the processes of reparation slow down. In diabetes mellitus (3 persons – 15.0%), in addition to the development of micro-and macroangiopathy, carbohydrate metabolism in tissues suffers, there are immune disorders, the course of the wound process.Slowing the wound process cause glucocorticoids, nonsteroids and radiation therapy, causing obliteration of small vessels of the dermis, which leads to local tissue ischemia. Conclusion. Thus, wound healing depends on a number of factors, in particular, the nature of the injury, the degree of microflora development, peculiarities of immune response disorders, etc., which must be taken into account in the production of forensic examinations.

MELATONIN PROTECTS KIDNEY IN RATS WITH TOXIC NEPHROPATHY AND PINEAL DYSFUNCTION

Shchudrova T.S., Kopchuk T.G., Dudka Ye.A., Dikal M.V.

Department of Pharmacology (Head – prof. Zamorskii I.I.)

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Melatonin is a promising therapeutic agent due to its multiple beneficial effects, wide availability and relatively high safety. As melatonin acts as a chronobiotic agent, its adequate production by pineal gland allows adaptation to the environmental changes, while disturbances in melatonin secretion are associated with health disorders. Renoprotective effect of exogenous melatonin was established on different experimental models of acute kidney injury (AKI), while the influence of the altered pineal gland activity on the efficacy of melatonin treatment has not been investigated. The aim of research: To study the renoprotective potential of melatonin in conditions of aminoglycoside-induced AKI against the background of pineal hypo- and hyperfunction. Material and methods: Nonlinear mature white rats (n=40) were randomly divided into 5 groups. Animals from the I (Control), and II (AKI) group were kept under the natural light regimen. Pineal hypofunction was simulated in rats from the III group by maintenance under conditions of constant light at 500 lux (24.00 light: 0.00 darkness) for 7 days. Pineal hyperfunction was simulated in rats from the IV group by maintenance under conditions of constant darkness (0.00 light: 24.00 darkness). Toxic AKI (II-IV groups) was induced by daily administration of gentamicin at a dose of 80 mg/kg for 6 days. Animals from the III-IV groups were daily injected with

melatonin at a dose of 5 mg/kg. 24 h after the last injection biochemical and histological examination was performed. For the statistical analysis SPSS 17.0 software was used. Results: Nephrotoxicity of gentamicin caused significant ($p<0.05$) functional changes and structural alterations of rat kidneys. Almost 2-fold reduction of diuresis and a 3-fold decrease in creatinine clearance confirme a development of AKI as a result of direct tubular damage as well as activation of tubuloglomerular negative feedback. Significant oliguria caused an increase in plasma creatinine level and retention azotemia, which was accompanied by aciduria and hypokalemia because of insufficient tubular reabsorption and loss of potassium and sodium ions with urine. Pronounced proteinuria reflected both tubular and glomerular damage to nephrons Treatment with melatonin in conditions of gentamicin-induced kidney injury significantly limited the degree of damage to renal tissue and prevented a critical reduction in kidney function, confirming a protective effect of melatonin. The rats treated with melatonin (group III and IV) had lower levels of plasma creatinine, urine protein, and a degree of sodium excretion, along with higher diuresis and urine pH, which suggest a protective effect of melatonin. At the same time, significant ($p<0.05$) differences between the indices of the III and IV group allow us to state, that treatment with exogenous melatonin on the background of endogenous melatonin deficiency was less effective in comparison to the administration of melatonin in conditions of pineal hyperfunction. Conclusion: Melatonin ameliorates gentamicin-induced kidney injury by the limitation of histopathological changes in kidney tissue and preservation of kidney function. Pre-existing deficiency of endogenous melatonin decreases the resistance of kidneys to damaging action of the toxin and lessens the protective effect of the exogenous melatonin. Alternatively, in rats with increased pineal gland activity and melatonin production, co-treatment with exogenous melatonin more effectively protects the kidney from gentamicin-induced structural and functional changes and prevents the development of renal failure.

PROTECTIVE EFFECT OF MELATONIN IN RHABDOMYOLYSIS -INDUCED ACUTE KIDNEY INJURY IN RATS

Shchudrova T.S., Kopchuk T.G., Korotun O.P.

Department of Pharmacology (Head – prof. Zamorskii I.I.)

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Rhabdomyolysis is the disruption of skeletal muscle integrity leading to the leakage of muscle cell contents, including electrolytes, myoglobin, creatine kinase, lactate dehydrogenase and other intracellular proteins into the circulation and extracellular space. Rhabdomyolysis can be caused by different physical or chemical damages such as direct traumatic injury, physical exertion or prolonged bed rest, muscle ischemia, infections, electrolyte and metabolic disorders, genetic disorders, toxins and drugs, as well as temperature-induced states such as neuroleptic malignant syndrome and malignant hyperthermia. Clinically rhabdomyolysis ranges from an asymptomatic with elevation in the creatine kinase level to a life-threatening condition associated with kidney injury (AKI) and disseminated intravascular coagulation. AKI is the most common systemic life-threatening complication of severe rhabdomyolysis which occurs at an incidence ranging between 10 and 55% and is associated with a poor outcome, particularly in the presence of multiple organ failure. Development of AKI is caused by accumulation of nephrotoxic myoglobin in the kidney and renal hypoperfusion as a result of systemic hypovolemia. Pineal hormone melatonin is known as a main regulator of biorhythms, possessing cytoprotective, antioxidant, immunomodulatory, and anti-inflammatory properties under the conditions of various pathologies, including renal, which contributes to its active study in order to expand the range of clinical use. The aim of research: To study the renoprotective potential of the pineal hormone melatonin in conditions of rhabdomyolysis-induced AKI in rats. Material and methods: Research was conducted on 24 nonlinear mature white rats randomly divided into 3 equal groups: group I – control, group II – rhabdomyolysis-induced AKI caused by intramuscular injection of 50% glycerol solution (8 ml/kg), group III – administration of melatonin at a dose of 5 mg/kg ("Sigma", USA) 1 h and 24 h after glycerol administration. The rats were sacrificed 48 h after the glycerol injection. Data were compared by SPSS Statistica 17.0 software and Mann-Witney test at $p<0.05$. Results: Rhabdomyolysis-induced AKI was characterized by increased plasma creatinine and potassium level, significant proteinuria, hypernatriuria, hyperkaliuria, and decrease in urine pH. Severe tubular injury was confirmed by a marked increase in gamma glutamyl transpeptidase (γ-GTP) level in urine. An increase in renal malondialdehyde (MDA) and oxidatively modified proteins (OMP) content along with a decrease in glutathione peroxidase (GPx) and succinate dehydrogenase activity (SDH) in kidney tissue was also established. It was found that co-administration of melatonin significantly ameliorated kidney function in rats with AKI. Cytoprotective effect on the proximal renal tubules is verified by 3-fold decrease in urine γ-GTP level ($p<0.05$), and resulted in an increase in creatinine clearance by 1.4 times ($p<0.05$) with subsequent reduction of retention azotemia, decrease in plasma potassium level, reduction of proteinuria by 1.5 times ($p<0.05$), 2-fold decrease in fractional sodium excretion ($p<0.05$). Renoprotective effect of melatonin may be partially attributed to its potent antioxidant effect, verified by a significant ($p<0.05$) reduction in renal MDA and OMP content along with an increase in GPx activity comparing to untreated animals ($p<0.05$), as well as an ability to maintain cellular energy balance by preservation of SDH activity in kidney tissue. Conclusion: The obtained data on the effectiveness of melatonin under the conditions of rhabdomyolysis-induced AKI indicate its potent renoprotective activity resulting from the influence on the key links of pathogenesis. The results of the research confirm the prospects for further experimental study of melatonin in conditions of various renal pathologies.

CHARACTER OF DEFECTS RENDERING OF MEDICAL AID

Sherbekov B.E., Davronov S.F., Mukhammadiev F.N., assistants

Department of forensic medicine and pathological anatomySamMI (head.dep. – prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

The right of citizens to receive qualified medical care is enshrined in the Constitution of the Republic of Uzbekistan. At the same time, the number of citizens' appeals to law enforcement agencies about poor quality medical care is growing. The purpose of the study – Based on the materials of the forensic medical service to determine the nature of the permissible defects of medical care (DMC) among specialists in various fields. Materials and methods of research. We conducted a retrospective analysis of the conclusions of the Commission of forensic medical examinations (FME), conducted on professional offenses of medical workers (POMW) in 2017 in the Samarkand regional Bureau of forensic medical examination. Research result. There were 68 csme, of which about POMW – 43 (63.2 per cent). At the same time, 22 cases (51.2%) revealed defects in medical care (DMC). Specialties often against obstetrician-gynecologists, 8 cases (36.4 per cent), the anaesthesiologists in 4 (18.2%), surgeons and doctors emergency medical care 2 (9,1%), neurologists 1 (4.5%) and nurses 5(22,7%). By the nature prevailed – non-recognition of the underlying pathology 6(27.3%) and its complications 3(13.6%), improper use of drugs 5(22.7%), defects in surgical treatment and late diagnosis of 2 (9.1%), etc. Among the reasons, there is a clear predominance of subjective 16(72.7%), of which insufficient qualification of medical personnel 12 (75.0%), inadequate examination of the patient 3 (18.8%), as well as shortcomings in the organization of the diagnostic and treatment process 4 (18.2%), etc. At the pre-hospital stage – at home 7(31.8%); at the hospital stage - in CRH 9(40.9%), in the city hospital 6(27.3%). In the outcome, they had a significant impact and contributed to the onset of death 16(72.7%), lengthening of treatment 4 (18.2%), disability 1 (4.5%), etc. Summary. Thus, according to the materials of the forensic medical service, DMCs were more often detected in the activities of obstetricians and gynecologists, by the nature of defects in diagnosis and treatment, which mainly arose due to subjective reasons, more often at the hospital stage and in the outcome more often led to death and lengthening of treatment.

MACRO-MICROSCOPIC ANATOMY OF LYMPHOID FORMATIONS OF THE SMALL INTESTINE OF NEWBORN RATS

Tukhsanova N.E. - free co-writer in the direction of morphology

Bukhara state medical institute Department of Anatomy, clinical anatomy (OSTA)

Head of the Department – associate professor Radjabov A.B.

Scientific supervisor – professor Teshaev Sh.J.

Research purpose. To study the macro-microscopic anatomy of lymphoid formations of the small intestine of newborn rats. Material and methods. Research on 25 newborn infant rats is carried out. At them the length of a thin gut fluctuates from 22см to 26,2см., on the average - 23,6±0,8см. The perimeter of initial department mesenteric parts of a thin gut fluctuates from 0,28см to 0,4см, on the average 0,28± 0,01 sm and perimeter of final department varied from

0,21 to 0,25 sm on the average 0,23±0,01 the total area of a thin gut see is in repartitions from 5,1 sm2 to 7,0 sm2, on the average 6,2±0,3 sm2. Research result. The quantity lymphoid plaques throughout thin intestines fluctuates from 3 to 6, on the average 4,3±0,5. On distance 3,5 - 6,0 sm from pillory sphincter settle down the first lymphoid a plaque. Lymphoid plaques had basically roundish (54,1%), oval (45,9%) the form. The area forming by lymphoid plaques varied from 0,005 sm2 to 0,007 sm2, on the average 0,006±0,0002 sm2. It makes 0,1% from a total area of a thin gut. In epithelial a cover of fibers it is marked weak lymphocitary infiltration where the quantity lymphocytes on 100 epithelial cages fluctuates from 5 to 12, on the average 7,7±0,6. Average quantity small lymphocytes it is equal 3,9±0,5, averages lymphocytes 2,2±0,3, big 1,7±0,2. In under a mucous basis settles down lymphoid a congestion, consisting basically from small and average lymphocytes. These congestions places, raising own plate of a mucous membrane, have no accurate border from a surrounding fabric. Often in the centre of these lymphoid congestions settles down arterioly which is shrouded by chains lymphocytes. Conclusion. Such images, research have shown that the perimeter of a thin gut and a thickness of its wall decreases from cranial department to caudal. Because of absence of antigen influence on an extent of thin intestines single lymphoid small knots do not come to light yet. Because of not formed structures grouped lymphoid small knots, in them it is impossible to count up number of small knots and also structurally functional zones.

IMPROPER RENDERING OF MEDICAL ASSISTANCE IN THE ACTIVITIES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

Tursunov S.S., student of 409 group of medical faculty of SamMI

Department of forensic medicine and pathological anatomy SamMI (head.dep. – prof., DSc. Indiaminov S.I.)

Scientific supervisor: DSc. Islamov Sh.E.

Obtaining qualified medical care is an inalienable right of every citizen. In our country, when citizens apply to law enforcement agencies for water treatment of poor quality, a forensic medical examination (FME) is appointed, which is carried out in a Commission order. The aim of the study was to identify the nature of the admitted defects of medical care (DMC) among obstetricians and gynecologists, causes, places of admission and their impact on the outcome. Materials and methods of research. We have analyzed 43 conclusions of the Commission of the FME conducted on professional offenses of medical workers in 2017 in the Samarkand regional Bureau of the FME. Research result. Of the above conclusions, 22 (51.2%) cases revealed defects in medical care, including the activities of obstetricians and gynecologists in 8 cases (36.4%). Of these, diagnostic defects – in the form of non-recognition of complications of the underlying pathology (2), concomitant pathology (1), late diagnosis (2), treatment defects - in the form of surgical treatment defects (1), improper use of drugs (2). Example. Citizen U.H. entered the maternity complex at 18:40 hours with a diagnosis of "Pregnancy-3, 40-weeks. Childbirth-2. Premature discharge of amniotic fluid. Obesity of the 3rd degree" and hospitalized in the Department of pathology of pregnant women. During the day remained without control. The next day at 21.00 hours she began regular contractions and transferred to the obstetric Department. She had loss of consciousness, decreased blood pressure, suspected "pulmonary embolism." She was transferred to the operating Department and had a Caesarean section. There was atony of the uterus, and underwent extirpation of the appendages. Despite the activities carried out at 22.40 hours, death was noted. In the forensic chemical study revealed the presence in the body of misoprostol, which is incorrectly used to accelerate childbirth. The revealed DMCs arose mainly due to subjective reasons – inattention to the patient (1), insufficient qualification of medical personnel (3), inadequate examination (3), shortcomings of the necessary diagnostic tools (1). In places of admission at the hospital stage - in CRH (including maternity hospitals) (4), in the regional perinatal center (4). In the outcome, they had a significant impact and contributed to the onset of death (6) and lengthening of treatment (1). Conclusion. Among obstetrician-gynecologists, the prevailing defects of diagnosis and treatment, due to subjective reasons, mostly during hospital stay (hospital, city hospital), which in outcome often contributed to the onset of death.

EFFECT OF MELATONIN INJECTIONS ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA OF DEXAMETHASONIC DIABETIC RATS

Yaremii I.M.

Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry

Higher State Educational Establishment of Ukraine

"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine (Herd of Department – Grigor'eva N.F.)

Diabetes mellitus wide spread endocrine disease. Dexamethasonic diabetis one of the most popular model of diabetes mellitus 2 type. Melatonin can be used as a potential treatment for diabetes mellitus as an antioxidant. The aim. To evalute the effect of melatonin injection on the content of ceruloplasmin of blood plasma in dexamethasonic diabetic rats was the aim of present investigation. Materials and metods of recearch. An array of the male 18 month old non-linear white rats was divided into the following subgroups: 1) control (an intact rats); 2) rats suffering from dexamethasonic diabetes for the daily subcutaneous injection of 0.125 mg/kg of dexamethasone; 3) rats suffering from dexamethasonic diabetes for the daily subcutaneous injection of 0.125 mg/kg of dexamethasone with addition oral intake of 0.5 mg/kg of melatonin. Blood was taken from the tail vein at the 14th day from the beginning of the experiment before decapitation to evaluate the basal levels of glucose with the use of OneToucgUltra (LifeScan, USA). Rats were sacrificed at the 14th day from the beginning of the experiment. Determinations of ceruloplasmin of blood plasma was by standard method. Statistical analysis of results was performed using Statistica 10 StatSoft Inc. Given these data, the use of Mann-Whitney test was considered sufficient for valid conclusions. Differences were considered to be statistically significant at $p \leq 0,05$. Results. According to the results obtained in the blood plasma of rats with dexamethasonic diabetes the content of ceruloplasmin increased on 35%, while in group of diabetic rats with addition oral intake of 0.5 mg/kg of melatonin the content of ceruloplasmin increased only on 11% respectively compared with control. Conclusion. According to our investigation the dexamethasonic diabetes was characterised by disturbance in oxidant-antioxidan system. We observed an increase in content of ceruloplasmin in blood plasma of diabetic rats. While an introduction prevented from the gain of ceruloplasmin content in diabetic rats.

Секция «Хирургия»

Абдуллаев Ж.Ю., Нарзуллаев Ш.Ш.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 3
Абдуллаев Ш.О.
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТЫ 3
Абдуллаев А.М.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 3
Абдуллаева Н.Э., Умурзакова Д.Ф.
ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СЕРДЦЕ 4
Абдунабиева З., Худайназаров У.Р.
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГОЛЕНИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 4
Абдурашидова Х.Б.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА 4
Абдусаломов Ф.Ф.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ 5
Абдусаломова Ш.
ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ 5
Аганцев А.М., Майборос О.С., Дроздов В.И.
ПРЕДВИДЕНИЕ ВРЕМЕНИ ОПЕРАЦИИ И АНЕСТЕЗИИ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ОБЗЕРВАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 5
Аксенова А.А.
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 6
Алимов Б.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРИТОЧНО-ОТТОЧНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА 6
Алимов Б.М., Хамзаев Ж.О.
НАШ ОПЫТ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ГЕПРОЦЕЛ» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ 7
Аллазов Х.С., Аллазов И.С.
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МАССИВНЫХ ГЕМАТУРИЯХ 7
Аллазов И.С., Гафаров Р.Р., Аллазов Х.С.
СИМУЛЬТАННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: УДАЛЕНИЕ ПУЛИ ИЗ МЫШЦ БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА И НЕФРОЛИТОТОМИЯ (случай из практики) 7
Аметов Э.Т., Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 8
Ананьев А.Н.
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ПРИ ЗНО КОСТЕЙ. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ В РКБ 1 (г. Ижевск) 8
Аскарова Н.Р., Абдурахмонова Ю.М.
К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 8
Аслиева Ф.Р., Аметова А.С.
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ 9
Атажонов С.З., Шарипов Р.О.
ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 9
Ахаткулов Т.В., Аллабердиев Х.А., Тохиров С.Ш.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА 9
Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А., Кенжемуратова К.С.
ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ 10
Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Кенжамуратова К.С.
РИСК РАЗВИТИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ 11
Бабаджанов Ж.Б.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ 11
Бахритдинов Б.Р., Турдуматов Ж.А., Ботиров З.Н.
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 11
Бахтиёров А., Махмудова Г.Н., Юлдашев А.Ш.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И УДМУРТИИ 11
Бердиева М.Г., Муротов А.А.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГА ХОДА 11
Бобоев А.Ш., Шукуров А.А., Камалов Н.А.
ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОРАЛЛОВИДНЫМИ И КРУПНЫМИ КАМНЯМИ ПОЧКИ 12
Боймаматова П.Ф., Шмырина К.В.
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 12
Ботиров С.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ 13
Ватаман Ю.Ю.
РАДИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ 13
Волков Н.В.
ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 13

Воркель Я.М., Чернов А.А., Барсукова Л.Г.
ЛЕЧЕНИЕ РАН ТЕРМИЧЕСКОГО, ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА 13
Воробьёва В.И., Зубкова Е.В., Кулинченко Н.М.
ПАТОМОРФОЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА 1,5-3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ 14
Гафаров Р.Р., Аллазов Х.С.
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ 14
Гафаров Р.Р., Аллазов И.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ 14
Гаффорова С.Ш., Абдурахимова А.Ф., Мухаммедова Ф.Ф.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 15
Голомидов А.Н.
ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 15
Гончарук В.А.
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРЯДНОГО И ДВУХРЯДНОГО МЕЖОРГАННОГО АНАСТОМОЗА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ 15
Гулямова З.Р., Султонова Н.Ф.
ФАРИНГОМИКОЗЫ: КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 16
Давранова А.Э., Кенжаев Б.М.
ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТРАВМАТОЛОГОВ 16
Давронов Т.С., Аълоева Х.Д., Мирзабекова М.Б.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ 17
Дадоджонов Ж.Ю., Холов Ш.И., Мардонзода К.М.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА НА БАССЕЙНЕ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ОКОЛООРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ 17
Даминов Ф.А., Карабаев А., Абдусаломова Ш., Хусаинова Ш.
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ 17
Даминов Ф.А., Маматов Ф., Хусаинова Ш.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕПСИНООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ 17
Давранов Б.А., Даминов Ф.А.
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ОБОЖЖЕННЫХ 18
Демина А.Д., Зайцев А.Л., Плотникова Е.К., Николайчук Н.К.
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ОРБИТЫ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ 18
Джалолов Д.А.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ 18
Джемилова Э., Ахроркулов А., Сайфуллаева Н.
КРИТЕРИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ 19
Жуманиезов А.С.
АНАЛИЗ ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ 19
Зайнобиддинова Д.С.
ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ 19
Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 20
Заманов Ю.Р., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Парманова Ш.Б.
МАНЕВР «ОТКРЫТИЯ ЛЕГКИХ», КАК ИНСТРУМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИВЛ-АССОЦИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ 20
Зенин А.А., Зайцев А.Л., Демина А.Д., Демьяненко К.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ 21
Зенина Н.В., Демина А.Д., Пчельникова Т.А., Чоладзе Т.К.
ЭТНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УСТОЙЧИВОСТИ К СТРЕССУ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МИОПИИ 21
Зиёвиддинов М.К.
РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЦВЕТООЩУЩЕНИЯ 21
Ибрагимов Ш.У., Шамсиева М.М.
АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ 22
Иброхимов М.М.
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ 22
Икромова З.Х., Алимов Ж.И., Тухтаев Ж.К.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 22
Инаков Ш.А.
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ ТАШКЕНТ 23
Исломов О.Б.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ 23
Исломов Н., Турсункулов Ж.
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА 23
Ишанкулов Р.Т.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ 24

Кадыров Р.Н., Тухтаев Б.Х., Облакулов З.Т., Элмуродов Г.К., Курбонов Н.А.
ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛЬНЫМ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА 24
Каримов Д.А., Давронов Т.С.
ВЫБОР МЕТОДА ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ 25
Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э.
ПАРАПРОКТИТЫ У ДЕТЕЙ 25
Кодиров Г., Хушмуродов Б., Тиляков А.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО СИНТЕЗА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 25
Косимов Р.Э.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТИНАЛАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ 26
Кравчук А.А.
ТРАВМАТИЗМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ГЕМОСТАЗ 26
Кузин И.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ, ФРАГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ (БЕДРЕННОЙ, БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ, ПЛЕЧЕВОЙ) В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БУЗ УР 1РКБ МЗ УР Г. ИЖЕВСКА 26
Курбаниязова А.З., Бахриев Б.Л.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ БОЛЬНЫМ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ 27
Курбонов Н.А., Ахмедов Р.Ф.
ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ 27
Кучкаров А.Р
ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 28
Кхоршани Б., Пастухова А.И.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 28
Лесная А.С.
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ 28
Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т., Широв Б.Ф., Тиляков А.А.
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ПИОНЕФРОЗОМ 29
Мадаминов. А.А., Давронов Т.С., Джалолов Д.А., Рустамов И.М.
ОБРАБОТКА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ С БЕТАДИНОМ 29
Маликов Н.М., Алимов Ж.И.
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 30
Мамадалиев Ж., Мансуров Н., Турахонов А.
ПРИЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ 30
Маматкулова М.М., Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т.
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ 30
Маматкулова М.М., Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т.
ПНЕВМОПЕРИКАРДИУМ У РЕБЕНКА (Случай из практики) 31
Мамирова С.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ 31
Манас уулу Актан
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ 31
Мардиев А.С. Рахмонов Ш.Ф.
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА 32
Мардиев А.С., Рахмонов Ш.Ф.
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА 32
Мардонзода К.М., Холов Ш.И., Дадожонов Ж.Ю.
СЛУЧАЙ ДИСФОНИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 32
Марчук Е.В., Гуцул О.В.
АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 33
Махмудов И.Х., Холов Ш.И., Дадожонов Дж.Ю.
ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ СЕПТОПЛАСТИКИ 33
Мизамов Ф.О., Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Облакулов З.Т., Муродуллаев С.О.
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 33
Мизамов Ф.О., Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Карабоев Ж.А., Курбонов Н.А.
ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОСТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ 34
Мирзаева М.А., Бахритдинов Т.Т.
ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОЕ СУПЕРИНФИЦИРОВАНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА 34
Мирзаева М.А, Бахритдинов Т.Т.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА 34
Мота М.В.
ИНФАРКТ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЖИВОТА У ДЕТЕЙ 35

Муллахметов Б.А.
БЛЕББИНГ-ФЕНОМЕН (БФ) В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОП) 35
Муратова С.Ш.
ВЛИЯНИЕ СПОСОБА АНЕСТЕЗИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ БОЛЬ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРОКТОЛОГИИ 35
Мухамедова А.Б.
КТ-ПРИЗНАКИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ГОРТАНИ 36
Мухаммадиев А.А., Туганов О.У., Рахимов А.К.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ 36
Мухамадиева М.А.
ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 36
Назаров С.П.
К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 37
Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш.
ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ СЕПСИС 37
Нарзикулов Р.Б., Юсупов Дж.Ф., Гайбуллаев М.Т.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ (HIFU) В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРОСТАТЫ 38
Нарзикулов Ш.Ф., Якубов Д.Ж.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 38
Неъматов У.С., Мусурмонов Ф.Ш.
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ 38
Неъматов У.С., Лапасов Н.М.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УДАЛЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ 39
Норкулов У.Ф.
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ВНУТРИСАЛОННОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ 39
Нуриддинов А.С.
ОПТИМИЗАЦИЯ УСТРОЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОПЫ 39
Облобердиева П.О., Гиясова Н.К.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ 40
Орзукулов Б.М.
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА 40
Орозалиев И.Э., Кимбилетова Т.А.
АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ У ДЕТЕЙ 40
Панжиев Ш.Т., Аманбаева Ф.Б., Абдусамиева Н.К.
ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 41
Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н., Семенюк И.Е., Петрюк Т.А.
ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНТЕРОСОРБЦИИ 41
Петрюк Б.В., Семенюк И.Е., Нурдинов Х.Н., Акостакиоае Т.К.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «БЕТАДИН» В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ 42
Пирназарова М.А.
ЛАЗЕРОКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ В ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА У БОЛЬНЫХ С ТОКСОПЛАЗМОЗНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИЕЙ 42
Пулатова М.Б., Назарова Ф.А., Хамидов З.З.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 42
Раджабов С.
ДИАГНОСТИКА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 43
Рахимов У., Азизов Ш.
МИНИВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ 43
Рахимов А.К., Жовлиев Б.Б., Шамсиева Л.А.
МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АРМ И ИХ РЕЦИДИВАМИ 43
Рахматов А.
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ 44
Рахмонов Ф., Холжигитов С.
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ 44
Рахмонов С.У., Махамадиев Дж.М., Бустонов Б.М.У.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА 44
Рахмонов Ф.С.
РОЛЬ И МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 45
Рашидов Ф.Ф.
ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НАЕЗДЕ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ 45
Резанов П.А.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕЦИЗИОНННЫХ ТЕХНИК ИХ ФОРМИРОВАНИЯ 45
Рудина А.В.
ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТ ТАКТИКИ 46
Рустамов И.М.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ 46

Рустамов И.М., Аскаров П.А.
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ 47
Рустамов У.Ж., Мусурмонов Ф.Ш.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА 47
Рябоконь М.А., Корыльчук Б.Т., Богун Ю.А.
РОЛЬ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ 47
Саидвалиева Н.Д., Мухторов С.О.
ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК 48
Сайидрахмонов С., Рахматов А.
ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 48
Сайфутдинова М.А.
СЛУЧАЙ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ 12 -ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ОРГАНОВ 48
Сафиуллина А.И., Мартихина Н.А.
АНАЛИЗ ОЖОГОВОГО ТРАВМАТИЗМА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 49
Семакин А.С.
ИММУНОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 49
Сергеева А.В.
ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 49
Султонова Н.Ф., Гулямова З.Р.
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ 50
Сурикова А.И.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ 50
Таирова А.Д.
МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ (ВН) У ДЕТЕЙ 50
Тогаев И.П., Бобомуродов А.У.
ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТАНОВКИ «GAMMA-KNIFE» 51
Толипов С.У., Хотамова Г.Б.
АКРИДОФЕРОН: КОМПЛЕКС МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ 51
Тоштемиров Р.Р.
РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УРОЛОГИИ 51
Тулаков Э.О.
ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ НА МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА 52
Тулаков Э.О.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ 52
Тураев Ф.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВПС – ДОС ОТ ПЖ, ПРОВЕДЕННАЯ В ОДММЦ г.САМАРКАНДА 53
Турахонов А., Мамадалиев Ж., Хушмуродов Б.
ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА 53
Турдиев М.С.
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ 53
Туробов Б.Г., Облобердиева П.О.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ 53
Удодов Ф.Ю., Строкатова А.А., Сергеев О.О.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ 54
Умиров А.А. Гайбуллаев М.Т., Хуррамов Б.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ МЕТОДОМ ВНУТРЕННЕЙ УРЕТРОТОМИИ 54
Уралов А.А.
МАММОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 55
Уралов А.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ МЕЖРЕБЕРНО-ПЛЕЧЕВОГО НЕРВА 55
Усен Аман, Эшанходжаев Т., Шералиев Н.
ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ 55
Файзуллаев Д.Ш., Ортиков А.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПОЛОСТИ НОСА 56
Хазратова Д.
ЛЕНСЭКТОМИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ 56
Халикова М.Т. Жабборов М.А.
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ И АНТИКОНВУЛЬСАНТНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 56
Халилов И.
РОЛЬ И МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 57
Халилов И.Ж.
ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ 57
Хамроев Г.А., Гафаров Р.Р.
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЭХИНОКОККОЗА ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ 57

Хамрокулов С.Б.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ СЕТЧАТКИ ПРИ ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТИ 58
Хасанов А.Б.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 58
Хасанова С.Б.
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЯМИ 59
Хикматуллаев Р.З., Юлдашев Л., Бахриев И.И.
НОМОГРАММА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИЛЫ УДАРА, ВЫЗВАВШЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА 59
Хикматуллаев Р.З., Юлдашев Л., Бахриев И.И.
ПОЛОВЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА 59
Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Бокиев С.Н., Хамдамова Д.Х.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 60
Холдаров Б.Х.
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСХОДЯЩИМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 60
Холов Ш.И., Мардонзода К.М., Махмудов И.Х.
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО УДАЛЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕГО РИНОЛИТА 60
Хотамова Г.Б., Толипов С.У.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИСИНУСИТОВ 61
Хошимов И.М.
ПРИМЕНЕНИЕ АПЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ ПРИ ГНОЙНЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 61
Хошимова Н.Ш, Исмаилова М.Х.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ДНА ПОЛОСТИ РТА 61
Хуррамова С.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРОМЕЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 62
Хурсанов Ё.Э.
ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА – РАДИОФАРМПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ 62
Хушваков У.О., Сайфулина Д.М.
КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ 62
Чепега И.Г.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДОМИНИРУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ 63
Чернюх О.Г.
ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ РАННЕГО СКРИНИНГА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ В УКРАИНЕ 63
Чоршанбиев А.
НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМПЬЮТЕРНЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 63
Чураков И.В.
ТЕНДЕНЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С 1994 ПО 2017 гг. 64
Чураков И.В.
ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТИИ С 1994 ПО 2017 гг 64
Шамсиев Л.А., Рахимов У., Азизов Ш.
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ 65
Шамсиева Д.А., Рафиков Б.Р., Азизов Ш.Ф.
ЭЛЕКТРОННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ 65
Ширинов Ж.Ш., Фазлиддинов К.З., Назарова Ф.А.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ 65
Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Эгамов Б.Т.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ 66
Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Карабаев Х.К.
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА 66
Шукуров А.А., Камалов Н.А.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 66
Шукурова Л.Б., Янова Э.У., Зиятов Б.Ш.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ BI-RADS ПРИ ПАТОЛОГИЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 67
Шутова А.А., Столбова М.С., Тронина Д.Н.
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ИГМА (ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА) 67
Шутова А.А., Столбова М.С.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА 67
Щеголева В.А., Удодов Ф.Ю.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ 68

Эгамбердиева А.А., Сулханов А.А., Бахриев Б.Л.
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ 68
Эгамбердиева М.Э.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНЫХ КОНЪЮНКТИВИТОВ 68
Элмурадова Н.Б., Хамдамов Д.Ш., Аззамов Ж.А.
НЕЙРОЛЕПТОАНАЛГЕЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 69
Элмуродов Н.Г., Ким О.В. Мансуров Ш.Ш.
ВЫБОР МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 69
Эргашева Д.С., Зикириллоев А.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КОНЬЮНКТИВИТОВ 70
Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А., Мустафаев Л.
ДВС СИНРОМ ПРИ ОЖОГОВОМ СЕПСИСЕ 70
Юсупалиева Д.Б.
СТЕНТЫ С БИОДЕГРАДИРУЕМЫМ ПОКРЫТИЕМ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ 70
Якубов Д.Ж., Муродуллаева Д.М., Хамидов О.А.
АРТРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНОВИТА И ПЕРИАРТРИТА У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ 71
Абдиева Г.
ТРАХЕОСТОМИЯ ҚУЙИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШДА ҲАМШИРАЛАРНИ РОЛИ 71
Абдуллаев А.М.
ҚЎЛ КАФТИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИМАЛ ИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ 72
Бахритдинов Т.Т.
ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ТАКТИКА 72
Бахритдинов Т.Т.
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРИДА ЗАМОНАВИЙ ДАВО 72
Бекбутаев Ж.Х.,Тешаев Т.Н.
ОШИҚ – БОЛДИР БЎҒИМИ ИЧИДАН ВА БЎҒИМ ОЛДИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ 73
Гаффоров С.
ЎЗБЕКИСТОН КАРДИОЛОГИЯСИДА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИК МАНИПУЛЯЦИЯЛАР (РАДИОЧАСТОТАЛИ АБЛАЦИЯ ВА ДЕВАЙСЛАР ИМПЛАНТАЦИЯСИ) САМАРАДОРЛИГИ 73
Жўрақулов С.З.
ГЕМОГУБКА ДОРИ ВОСИТАСИНИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА ҚЎЛЛАШ АМАЛИЁТИ 74
Касимов А.А., Утаганова Г.Х.
ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯЛАРДА ТУТҚАНОҚЛАР ХАРАКТЕРИ 74
Қаххаров А.С., Юнусов Х.А.
СОНЛАРНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН МУДДАТЛАРДАГИ НАТИЖАЛАРИ 74
Қодиров О.М.
ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДАГИ БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ РЕЦИПИЕНТЛАРИДА ПЕРИОПЕРАТИВ ДАВРДА МЕТАБОЛИК АЦИДОЗНИНГ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШ АНЕМИЯСИ ЎЗАРО АЛОҚАДОРЛИГИ 75
Лутфуллоев А.Х.,Солиева Г.Р.
КОМПЮТЕР МОНИТОРЛАРИДАН ТАРҚАЛАДИГАН НУРЛАРНИНГ КЎРИШ МАЙДОНИГА ТАЪСИРИ 75
Маликов Н.М.
ВАРИКОЦЕЛЛИНИ ТУРЛИ ХИРУРГИК ДАВО УСУЛЛАРИДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАР 75
Муротов А.З.
КАТАРАКТА: ШАХСАН СИЗНИ КУТМОҚДА 76
Муҳаммадиева М. К., Сафарова Л.А.
КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИНИНГ ЦЕРВИКАЛ ИНТРОЭПИТЕЛИАР НЕОПЛАЗИЯ ДИАГНОСТИКАСИДАГИ АҲАМИЯТИ 76
Нарзуллоев Ш.Ш.
ДИАБЕТИК ПАНЖА СИНДРОМИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ 76
Сайитқулова Г. Маҳмудов С.Б., Ахмедов А.И.
ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ 77
Сатторов Ҳ.А., Норқулова М.Н
БОШ МИЯ ЭХИНОКОККОЗИДА МИКОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ 77
Тураева М., Худайназаров Ў.Р., Ахмедов Г.К.
ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БЕМОРЛАР ХИРУРГИК ДАВОСИ 78
Уралова Д.Э.
ЖАРРОҲЛИКДА ДИАБЕТИК ГАСТРОПАТИЯ 78
Усмонов О.А. магистратура резиденти, Муродов Ў.Қ.
СОННИНГ БОШЧАСИНИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ 78
Халилов И.
НООНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ АҲАМИЯТИ 79
Холбеков Т.Б.
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ АМАЛИЁТИДА ИНТРОПЕРАЦИОН ДАВРДА БЕМОРЛАР ҲОЛАТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ 79

Холдаров Б.Х.
ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ 79
Ҳазратқулов А.Т. Абдиева Г.
БОЛАЛАР АНЕСТЕЗИОЛОГИЯСИДА ҚИЙИН ИНТУБАЦИЯ ВА УНИНГ ҲАЛ ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ 80
Эргашев А.А., Суюнов А.Ш.
ТРАВМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БАҲОРГИ МАВСУМДАГИ БИР ҲАФТАЛИК МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ 80
Юнусов Х.А., Қаххоров А.С.
СОНЛАРНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН МУДДАТЛАРИДАГИ НАТИЖАЛАРИ 80
Юсупов Д.Д., Мусаева А.Ф.
ЛАПАРОСКОПИК ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ УСУЛЛАРИ 81
Яхёев С.М.
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ДАВРЛАРДАГИ КОЛОСТОМА СОҲАСИДАГИ РИВОЖЛАНУВЧИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ АСОРАТЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ 81
Abdrakhman B., Kenzhebayeva S.
ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF THE SURGICAL PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGIES 81
Abdullaev Sh.O.
RISK FACTORS OF AGE CATARACT DEVELOPMENT 82
Abduvoyitov B.B.
THE RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF GLIAL TUMORS OF THE BRAIN 82
Davronova M.U.
RESULTS OF MODERN STRATEGY FOR DIAGNOSIS AND THERAPY OF WILMS' TUMOR AT CHILDREN 82
Domanchuk T.I.
CONDITION OF ONCOLOGICAL SERVICE AND PROPHYLAXIS OF CANCER DISEASE IN UKRAINE 83
Fozijon-zoda M., Akhmedov G.K.
THE ANALYSIS OF HERNIAALLOPLASTY OF THE PATIENTS WITH THE AFTER – OPERATION OF VENTRAL HERNIA 83
Jalilova D., Khamroev Sh.Sh.
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PYELONEPHRITIS IN PREGNANTS 83
Kamilov Kh.M. Kasimova M.S. Zaynutdinov N.N.
LONG-TERM FOLLOW-UP OF POSTERIOR CHAMBER INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION TO PATIENT WITH HIGH REFRACTIVE ERRORS (CASE REPORT) 84
Lazaruk O.V., Lazaruk T.Yu.
THE PROLIFERATIVE CHANGES RESEARCH: VIMENTIN IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN AND OUTSIDE THE STROMA DUCTAL BREAST CARCINOMA CELLS 84
Lazaruk O.V., Lazaruk T.Yu.
MMUNOHISTOCHEMICAL RESEARCH OF VIMENTIN IN TUMOUR MIOEPITHELIAL CELLS AND AREAS AROUND THE TUMOUR IN THE DUCTAL BREAST CARCINOMA 84
Halyna Ya. Loi
EXPRESSION OF α- AND β-MHC GENES AT ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY AND METFORMIN TREATMENT 84
Navarchuk N.M., Guzik O.V., Salehi D.D.
ANATOMICAL VARIATION OF VOMERONASAL ORGAN 85
Navarchuk N.M., Guzik O.V., Gorjachok M.R.
DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE TRACHEO-OESOPHAGEAL FISTULA AND OESOPHAGEAL ATRESIA 85
Salikhova S.M.
CLINICAL FEATURES OF POSTTRAUMATIC EPILEPSY IN CHILDREN 85
Sulaymanov S.U., Yusupalieva D.B., Tilavova Yu.M., Israfilova S.R.
TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS 86
Sulaymanov S.U., Yusupalieva D.B., Tilavova Yu.M., Israfilova S.R.
MANAGEMENT AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF THE MIRIZZI SYNDROME 87
Ungurian A.M., Dikal M.V.
INTRAOPERATIVE LAVAGE WITH OZONIZED PHYSIOLOGICAL SOLUTION IN CASE OF EXPERIMENTAL PERITONITIS 87

Секция «Стоматология»

Абанина И.Н., Шакирова Р.Р., Николаева Е.В.
ПАТОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 88
Абдуллаев А.С., Курбонова М.Т., Рахматуллаева Ш.Д.
ПРИМЕНЕНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ВНЧС 88
Александрова У.В., Гержан А.Г., Кулагина Л.Ю., Канева Е.А.
ПРОТИВОМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА 88
Андреева А.А.
ВЛИЯНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ЭРИТРОЦИТЫ 89
Антонюк В.Т.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ 89
Арипова Н.Б., Умарова Ш.Ш.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 89
Ибрагимова (Атабаева) Б.Т.
АНАТОМИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА 90

Ахмедов Б.С., Ибрагимов Д.Д., Рустамова Г.А., Исматов Н.С.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 90
Бандривская Н.Н., Мрочко О.И.
БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮНЫ У РАБОТНИКОВ СПИРТОВОГО ПРОИЗВОДСТВА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА 90
Бандривский Ю.Л.
АНАЛИЗ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ 91
Бахриддинова Ш., Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Холбоева Н.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕЛЯ «КАЛЬЦЕТИН» 91
Бахтиёров Н.Б., Сайфуллаев А.Щ., Исмаилов М.Х.
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ И РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ СЕРЕБРЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «АРГЕНАТ» 91
Бахтиёров Н.Б., Сайфуллаев А.Щ.
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДЕВИТАЛИЗАЦИЙ ПУЛЬПЫ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 92
Бобоназаров О.У., ГаффаровУ.Б., Исхакова З.Ш., Камариддинзода М.К., Исматов Н.С.
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПРИМИНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА БИОПЛАСТ – ДЕНТ 92
Ватаманюк Н.В.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАНОГО ПАРОДОНТИТА ER: YAG ЛАЗЕРОМ 92
Глушкова П.И., Петров Е.В., Серкина М.Е., Мулкадарова Т.Н.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РАСТВОРА ДЛЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА 93
Гозалян С.М., Мезин С.А.
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ИЖЕВСКА УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 93
Дилмуродов А.Ж.
ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ 93
Жабборов А., Каюмова У.
ПРИМЕНЕНИЕ PROROOT ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ 93
Жумаев Э.А.
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ 94
Игнатьева М.А., Леонов А.А., Быкова Ю.М.
УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТИИ, ТАТАРСТАНА И БАШКОРТОСТАНА 94
Илхомжонова.Г.И.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ 94
Имамов К.Н., Гаффаров У.Б., Максудов Д.Д., Мансурова П.Ш., Рахматуллаев Х.Н.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 94
Камариддинзода М.К.
ОШИБКИ В ЭНДОДОНТИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ 95
Каримов Н.Н.
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ФУРКАЦИИ И СТЕНКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА 95
Кравчук А.А.
НОСОВОЙ ДУШ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА 95
Круглицкая Г.Н.
ФИТОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА 96
Курбонова М.Т., Рахматуллаева., Гаппаров Ж.З.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 96
Маматкулова М.Х., Мирфаёзов Ш.М…
ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА 96
Мизомов Л.С.
КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРАНХИОГЕННЫХ КИСТ ШЕИ 97
Муминов Ж., Исмоилов Э.
ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМА АППАРАТОВ - MYOBRACE, ЭФФЕКТИВНАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА 97
Мутаев Р.М., Вахрушева В.А.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КСЕРОСТОМИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 97
Нагимуллина Г.Р., Шайдуллина Э.Ф.
ПРИЧИНЫ ЗААПИКАЛЬНОГО ВЫВЕДЕНИЯ ИРРИГАЦИОННОГО РАСТВОРА 98
Нарзиева Д.Б., Исхакова З.Ш., Валиева Ф.С., Хатамова М.А.
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПОДХОД КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 98
Орикова Н.Х.
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ 98
Орикова Н.Х.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭМАЛЬ И РЕСТАВРАЦИИ 99

Рустамов А.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА 99
Рустамова Г.А.
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ОСНОВЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ 99
Рустамова Г.А., Ибрагимов Д.Д., Сулейманов Э.К., Ахмедов Б.С.
ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «ЛОРАМОР» В КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 100
Саидов М.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ 100
Тураева К.Ф.
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР КАРИЕСА И НЕКАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА РАБОТАЮЩИХ В ТАБАКОВОДСТВЕ 100
Тухтабоев А.Ҳ.
МОЛЕКУЛЯРНО - КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ 100
Фалинский М.М.
РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ 101
Хайдарова Д.М.
ИССЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У КУРИЛЬЩИКОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 101
Хамидов М.А., Улмасов Ш.А.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПО РАЗДЕЛУ «ЭНДОДОНТИЯ» НА УРОВЕНЬ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СТОМОТОЛОГА 101
Хикматуллаев О.Р.
ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 102
Холмухамедов Д.А.
ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ 102
Хошимова С.И.
РОЛЬ ФТОРА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА 102
Чикурова Е.А.
ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 103
Чиргалиев М.
ОПЫТ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ 103
Шайдурова В.С., Пасыева Л.Д.
ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ 104
Шамсиев Р.А.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ В НОСОГЛОТКЕ И ЛЕГКИХ 104
Шевчук М.Н.
ПОКАЗАТЕЛИ ПАПИЛЛЯРНО-МАРГИНАЛЬНО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО ИНДЕКСА И ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА OHI-S У БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА 105
Шербекова Ф.
УСТРАНЕНИЕ ДИСКОМФОРТА ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ 105
Замонов Ж.О.
СТОМАТОЛОГЛАРНИ СИМУЛЯЦИОН УСКУНАЛАРДАН ФОЙДАЛАНГАН ҲОЛДА ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ АМАЛИЙ ҚЎЛЛАШ КЎНИКМАЛАРИГА ЎРГАТИШ 105
Зохиджонова Ш.З., Зохиджонов Ж.З.
СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИШКИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ 106
Ибайдуллаева Б.А.
ПУЛЬПА ШИКАСТЛАНИШИДА ОДОНТОБЛАСТ ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ СПЕЦИФИК РЕАКЦИЯСИ 106
Маматсолиев Т.Р.
ТИШЛАР ГИГИЕНАСИ, ТИШЛАРНИ ТЎҒРИ ПАРВАРИШЛАШ УСУЛЛАРИ 107
Balitska O.Yu.
THE ROLE OF THE ADAPTIVE IMMUNITY CELL LINE IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS 107
Galagdina A.A.
EXPERIENCE OF APPLICATION OF UP-TO-DATE BIOCOMPOSITE MATERIALS IN SURGICAL DENTISTRY 107
Killmukhametova Yu.H.
THE STATE OF INTERLEUKINS IN EXPERIMENTAL ANIMALS IN THE DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF ULCEROUS – NECROTIC GINGIVITIS WITH AND WITHOUT THE LOCAL TREATMENT OF COMPLEX ANTIOXIDANT THERAPY 108
Mykytynets D.V., Basista A.S.
PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS ON THE BACKGROUND OF IRON DEFICIENCY ANEMIA 108
Tokar O.M.
MULTIFACTOR ANALYSIS OF THE PERIODONTAL STATUS OF WOODWORKING INDUSTRY WORKERS UNDER THE INFLUENCE OF UNFAVORABLE PRODUCTION FACTORS 108

Секция «Внутренние болезни»

Аббасов Х.Х, Кувандиков Г. Б., Кудратова З.Э.
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ 109

Аббасова М.Х.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА 109
Абдужаппарова Н.Э.
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ВИТАМИНОМ D МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 109
Абдужаппарова Н.Э., Рахманов С.Р.
ВВЕДЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО В РАКОВЫЕ ОПУХОЛИ ПРИВЕЛО К ПОЛНОЙ РЕМИССИИ 110
Абдузуннунов О.Д.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА 110
Абдулазизова Ш.А., Каттаханова Р.Ю.
СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 110
Абдуллаев К.З., Хасанжанова Ф.О., Маджидова Г.Т.
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 111
Абдуллаев А.М.
РОЛЬ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ 111
Абдуллаева М.А.
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК 111
Абдуллаева С.М., Эгамбердиева М.
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМ 112
Абдуллаева Н.Э.
ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 112
Абдуллаева Н.Э., Умурзакова Д.Ф.
ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА 112
Абдуманнонов Ж., Зохидов Ф.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 113
Абдураззакков Д.Ж.
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ 113
Абдурахмадов А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ТЕНОКСА И ГИПОТИАЗИДА В ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 114
Абдурашидов А.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ 2 КУРСА АНДИЖАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО 114
Абророва Д.Н., Мухиддинов А.И.
ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 114
Авезова М.С.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 115
Аджаблаева Д.Н.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СВЯЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ 115
Аззамов Ж.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ 115
Азимбегова С.Н.
ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЁННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ 116
Азимов Р.К.
ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 116
Азимов А.А.
ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА 116
Айназарова Г.
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР 117
Аксенов А.И., Мясоедова Е.И., Севостьянова И.В.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ТКАНЕВОГО ФАКТОРА РАСТА - b В РАЗВИТИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 117
Алибекова А.
ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 118
Алибекова А.
СОВРЕМЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА ОТ ВВПВ КАЗАХСТАНЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ 118
Амируллаева А.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАЗАПИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ 118
Амонова З.К.
ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА 118
Анварова М.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛОВЕРТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 119
Антропова А.Н., Леонова А. Д., Насибова Ш.Х.
ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ГИПОТИРЕОЗОМ 119
Арифджанова А.Б.
ХРОНИЧЕСКИЕ ПИЕЛОНЕФРИТЫ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ДЕПРЕССИИ 119

Атажонов С.З., Шарипов Р.О.
ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 120
Атоев Т.Т.
ЭМОЦИАЛЬНО – ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ВРАЧА 120
Афанасьев Е.И.
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ, СОЧЕТАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2017 ГОДЫ 120
Ахмадов М.А.
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 121
Ахмеджанов Р.С., Давлатова Н.У., Юлдошев А.Н.
УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ 121
Ахмеджанова Д.М.
ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ 121
Ахмедова Д.Т.
ГЕРПЕВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ 122
Ахмедова Г.А., Качалиев Х.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА 122
Ашуров А., Мухиддинов А.И.
СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ РИТМАМИ И ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ 122
Аълоева Х.Д.
СТЕПЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 123
Бабамурадова З.Б.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 123
Бадридинова Б.К.
НАРУШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙУ ЛИЦ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 123
Бакирова Л.Р., Хаматнуров А.А.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКНЕ У СТУДЕНТОВ ИГМА 124
Бахриев Н.Р.
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ 124
Бахриев Н.Р.
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, В ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОМ КОМПЛЕКСЕ ПРИ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 124
Бахритдинов Т.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.
АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГАЛОПЕРИДОЛА 125
Бахритдинов Т.Т., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.
БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ В ИНВОЛЮЦИОННОМ И ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ 125
Бегмуродова Ю.И.
АНАЛИЗ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 125
Безрук Т.А.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ БИОГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОЧЕТАННОГО С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 126
Бекмирзаев Т.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 126
Бердиева Д.У.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 127
Бердикулов О., Мухиддинов А.И.
СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ 127
Бобоев Б.Н., Боймуродов И.К., Сайдалиев Ш.Ш.
АКТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ВУЗУ 127
Бобоёров Ж.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДИНАМИКЕ 128
Богодухова Е.С.
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TLR 4 Asp299Gly С РАЗВИТИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ 128
Бодалева В.С.
ЦВЕТОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕВУШЕК-ВОЛЕЙБОЛИСТОК 128
Бойко А.О.
ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ IITИПА 129
Боймуродов А.О.
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ 129

Боймуродов А.О.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОКРИТА ПРИ АНЕМИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 129
Болтаева Ш.У., Равшанов О.Р., Косимов А.А.
ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФЕБРЕЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ 130
Буздуган И.А.
УРОВЕНЬ ИЛ-12 ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 130
Буздуган И.А.
УРОВЕНЬ ИЛ-6 ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 130
Валиев Р.Р., Сидорова А.Г. Фаррахов А.М.
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ Г. ИЖЕВСКА 131
Валинуров А.А.
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 131
Валинуров А.А.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ 131
Васильева И.М., Иванов Д.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 132
Васильева А.М.
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ И БЛЕББИНГ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 132
Вахидова Г., Юнусзода М.
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 132
Вахрушев Д.С.
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ 133
Волков Н.В.
ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 133
Газизов Д.В., Главатских Е.А.
АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ - СПОРТСМЕНОВ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ГОРОД ИЖЕВСК 133
Галиева А.А., Митряков К.И.
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПО АНАЛИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ 134
Гафурова Ж.Ф., Юлдашева Д.Ш., Шомурадова Д.С.
СТАНДАРТНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННЕМ ЭТАПЕ 134
Гаязова Л.И., Безуглова Д.В., Фаттахов И.И.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАНИРОВКИ ПАЛАТ И ИХ МИКРОКЛИМАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ 134
Головачук О.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ 135
Грязева Е.М., Ходырев К.Л.
ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОПЛ) 135
Гулей Л.Е.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ БИФОНАЗОЛА 135
Давидов Х.М., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А, Муминов Р.К.
ПСИХОЗЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ 136
Давранова А.Д.
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 136
Давранова А.Д.
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ 137
Давронов Б.Б., Махмудова С.К.
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИК УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА 137
Джалолов Д.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РЕМОДЕЛИРОВАННОГО СЕРДЦА С МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ 137
Енгалычева В.Ш.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ЭТАПЕ КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 138
Есенбаева Ф., Ережеп М., Абил Л.
ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СНА НА МАССУ ТЕЛА И РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 138
Жаъфарова Н.М.
ВЛИЯНИЕ ЛАКТОФЕРРИНА НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВО ВРЕМЯ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ 138

Зайцева М.А.
ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПАЦИЕНТА 139
Зайцева М.А.
ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПАЦИЕНТА 139
Запевалова А.Н., Ахматова М.И.
ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ «3R» В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 139
Зикиров Э.Ш., Узакова Г.З.
СОСТОЯНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ A, M, G ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 140
Зияев М.Б., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 140
Зияев М.Б., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.
НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ 140
Зуфарова Ш.А.
ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 141
Ибрагимов Х.Р.
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ 141
Ибрагимов Ш.У., Шамсиева М.М.
АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА 141
Ибрагимова М.Б., Кудратова З.Э., Ибрагимова Н.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОТЯГОЩЁННОМ СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ 142
Ибрагимова М.Б.
ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 142
Иванов Д.А.
СТРАДАЕТ ЛИ ПЕЧЕНЬ ПРИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ 142
Иванов Д.А.
ОСТРОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 143
Иванова К.Л.
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 143
Иванова Р.Ю., Ермолаев Л.А., Трофимов Р.В.
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ 143
Игамкулова Д.Ф.
ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ 144
Игамова Л.Ш., Убайдов Д., Игамова С.С.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДЕТЕЙ 144
Икромова П.Х.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 144
Илиади В.А., Широбокова С.С.
АЛЛЕРГИЯ. ИММУННЫЙ СТАТУС 145
Искандарова Ж.М.
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 145
Искандарова Ф.И., Ахророва З.В., Исмоилова Ю.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АНЕМИЕЙ 145
Искандарова Ф.И., Исмоилов Ж.А.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 146
Искандарова Ф.И., Низомов Б.У., Адилов А.С.
ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 146
Исламова К.А.
КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА 146
Исмаилов Ж.А., Низамов Б.У.
НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 147
Исматова М.И.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ 147
Исмоилов У.И.
ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ 147
Исмоилов С.М, Бабамурадова З.Б.
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 148
Исмоилова М.Ш.
КЛИНИКО- ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕГОЧНЫЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ДКМП 148

Ибрагимов Ш.
ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА 148
Кадырова Ф.Ш., Рахимова М.Э.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙНЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 149
Кадирова Ф.Ш.
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ И НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НАРУШЕНИИ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВ 149
Кадыров Б.С.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 149
Камалов Т.М.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ 150
Камалов О.
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 150
Камалова Н.Р.
ТЕЛМИСАРТАН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 150
Камалова Н.Р.
РЕАМБЕРИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ 151
Камалова Ш.Х., Мавлянов З.И., Таралева Т.А.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 151
Камариддинзода М.К., Бердикулов Ж.А.
«УМНЫЕ» ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ 151
Камолов Р.К.
ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 152
Каримов А.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА 152
Каримова Д.К., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р.
ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ЛИПИДОВ И ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 153
Каримова М.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН 153
Каримова Н.З.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 153
Карпова Е.А., Громова Е.Н.
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ 154
Каршиев З.Х., Алкаров Р.Б.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ 154
Касенгалиев А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ 155
Касенгалиев А.
РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В КАЗАХСТАНЕ В РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ 155
Качалиев Х., Толибова Ш.
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 155
Ким Д.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОИДОВ 156
Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э., Асанбекова А.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СРК 156
Кинаш И.Я., Романюк Л.Б., Кравец Н.Я., Борак В.П.
МОНИТОРИНГ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕГЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 156
Клюйко А.А., Паламар А.А., Скринчук О.Я.
ПРОБЛЕМА ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И СПОСОБЫ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ 157
Кобилова З.А.
ХРОНИЧЕСКИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 157
Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Вахабов Б.М., Насирдинов Н.
АНАЛИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 158
Комилова Б.И., Адиба Р., Сафарова М.М.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ПЕРВОГО КУРСА ХГМУ 158
Копчук Т.Г., Дикал М.В., Драчук В.М.
РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ФАРМАКОЛОГИИ 158
Копчук Т.Г., Щудрова Т.С.
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФАРМАКОЛОГИИ 159
Косулицкая К.
ФАКТОРЫ УСПЕШНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ 159

Кравцова К.С.
АГРЕГАТНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ 160
Курбаниязова Ф.З.
ВКЛАД УЧЁНЫХ АКАДЕМИИ МАЪМУНА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ 160
Курбанова Х.А.
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 160
Курячая О.П.
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 161
Кушимова Ш.Ф.
ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ 161
Лобанов М.А.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИБС 161
Люля М.С.
ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ (УКРАИНА) 162
Мавлонов А.Д.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА 162
Маликов И.Р., Шигакова Л.А.
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНЫ ИММУНОЙ СИСТЕМЫ 163
Мамирова С.Б.
РОЛЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГА РАЗВИТИЯ 163
Мансуров А.
НОВЕЙШИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В САМАРКАНДСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ 163
Мардонов Ж.К.
ИССЛЕДОВАНИЯЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВРАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 164
Матвеева Т.В., Мохова А.А.
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА БЕРЕЖЛИВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ГОРОДЕ ИЖЕВСК 164
Матущак М.Р., Горошко А.М., Эжнед М.А., Сахацкая И.М.
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ 164
Махкамова М.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН 165
Махманазаров Г.А.
РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ 165
Махмуджонов А. И., Розиков В.Ш., Холов А.И.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 165
Махмудова А.Н.
ПРАВОВОЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ 166
Махмудова А.Н.
ПРАВО ПАЦИЕНТА НА СВОЕВРЕМЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 166
Мацак Н.Л., Кулемин М.Э., Иванов Н.А.
ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 167
Меликбобоев А.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 167
Менгтураева Н.А.
СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ 167
Мерзлякова Ю.С., Хамадуллин А.А.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 168
Мерзлякова Ю.С., Хамадуллин А.А.
АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ 168
Микина М.В., Гущин Н.В., Герасимов К.В.
ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УР 168
Мирзалиева А.А.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ 169
Мирмухамедов Н., Насирова Д.
ПРИМЕНЕНИЕ КАНДЕСАРТАНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ 169
Мирхакимова Ф.М, Муминова Ш.Ш.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВИЧ/СПИД ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 170
Моминов А.А., Муратходжаева Л.Э.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ДЫХАТЕЛЬНОГО КОЭФФИЦЕНТА У ЛЕГКОАТЛЕТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРАСТАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК 170
Муинова К., Хасанжанова Ф.О., Тогаева Б.М.
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 170

Муминов И.А., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Латипова К.Ю.
ПРОГНОЗ И ДИАГНОСТИКА МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 171
Муминова С.С.
ЗНАЧЕНИЕ «ФАРМАГНОЗИИ» БИРУНИ В РАЗВИТИИ ФАРМАКОЛОГИИ 171
Муродуллаев П., Восеева Д.М.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕНОФОВИР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ 171
Мусаев Э.
ДИАГНОСТИКА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ 172
Мухаммаджонова М.
ИЗУЧЕНИЕ ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЛАВОНОИДА РУТИН НА МОДЕЛЕ СТРЕССИДУЦИРОВАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА 172
Мухаммадиев А.М.
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙБОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ 173
Мухаммадсолих Ш.Б.
УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ О ФАКТОРАХ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 173
Мухаммедова Ф.М
РОЛЬ И МЕСТО СЛОВЕСНОГО ДИАЛОГА В ПРОЦЕССЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ В ОБЩЕНИИ С БОЛЬНЫМИ 173
Мухтарова З.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 174
Наговицына Е.А.
ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ СТРЕСС-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В «ЦЕНТР ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ 174
Назаров Н.Н.
КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЛЕНЭКТОМИИ 174
Назаров Н.Н., Усманов Ш.А.
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО -ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЛЕНЭКТОМИИ 175
Назарова С.
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ РУССКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 175
Наимов С.А.
ВИТАМИНИЗАЦИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОВИТАМИНОЗОВ 175
Нарзуллаева Д.А., Рузиева К.А.
ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ 176
Нариманова З.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 176
Насимова Ш.К.
ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ 176
Насирдинов Н., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Юлдашева Г.Т.
СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ИБС В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИОКСИДАНТАМИ 177
Насирова А.А., Курбанова З.П., Ибадова О.А.
ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 177
Насырова З.А., Нажмиддинова Н.К, Курбанова Ю.Ю., Алиева Н.К., Насырова Д.А.
РОЛЬ УРИКОЗУРИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ОКС С БЕССИМТПОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ 177
Насырова З.А., Рофеев Ж., Юнусзода М.
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 178
Насырова З.А., Насырова Д.А., Мирмухаммедов Н.Д.
РОЛЬ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 178
Насырова Д.А., Насырова З.А., Кадырова Ф.Ш.
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС 178
Насырова Д.А., Насырова З.А., Муинова К.К., Расули Ф.О.
ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ И НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ 179
Ниёзов Г.К., Файзимуродов Ф., Ниёзов Ш.Т.
ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМИЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ 179
Новиченко С.Д.
ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I – II СТАДИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ 179
Норматова К.
СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧКСКОЙ ДИСФУНКЦИИПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 180
Норшодиева Р.У.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИОФОРОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 180
Носирова Д.Э.
ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПНЕВМОНИИ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ 181
Нурматов А.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБРАЗОВАНИЯ 181
Нуртазина М.Р.
ТЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ 181

Нуруллаева А.А., Сулаймонов А.Л., Рахматова А.Х.
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 182
Нуруллаева А.А., Рахматова А.Х., Абдуллаев Х.Д.
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 182
Огнева Е.В.
РЕЗИСТИН КАК МАРКЕР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ 182
Олимов А.А.
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ 183
Олимов А.А.
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА БОЛЬНОГО НА НАЧАЛО УПОТРЕБЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ 183
Ольховская С.В.
СЛУЧАЙ НЕКОНТРОЛИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ САМОЛЕЧЕНИИ 183
Омонов Ш.А.
ОФЛАКСАЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ 184
Омонова П.О.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА 184
Орзукулов Б.М., Иршодзода А.Д.
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТИЛЬ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ОПРОСНИКУ DEBQ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА 184
Осипова А.М., Царёв В.В.
СОБЛЮДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО ПИСЬМА О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЭПИЗОД НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 185
Отамуродов Д.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАСПАРГИНА В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 185
Охунжонова Ш.С.
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ ДО 10 ЛЕТ 185
Охунжонова Ш.С.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ 185
Очилов Ш.Э.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМЕД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 186
Очилова М.И.
АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО И ЭПИЗООТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ 186
Очилова М.И.
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ И ЭПИЗООТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ 187
Папук А.Н.
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 187
Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Семенюк Т.А.
СВЕТООПТИЧЕСКИЕ И ПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ 187
Пентелейчук Н.П., Семенюк Т.А., Малик Ю.Ю.
МОРФОЛОГИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД МИТРАЛЬНОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПЛОДОВ В НОРМЕ 188
Перевозчиков Н.Г., Шипицын А.Н.
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ МАГНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 188
Петрова М.П, Печина Н.В.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОДРОСТКОВ 189
Печерских М.В.
СОСТОЯНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ НА ФОНЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ 189
Полвонов Ж.Ш.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ 189
Пудова М.М., Казанцева К.А. , Валиахметов А.К.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 190
Пулатов У.С., Мирзаев О.В.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРТОВ НА АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ 190
Пулатов Ф., Каримов Л., Олланова Ш.С.
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 191
Равзатов Ж.Б
ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ 191
Равзатов Ж.Б.
ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСЬТЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ 191
Равшанов О.Р., Болтаева Ш.У., Хамедова Ф.С.
БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ С ИНФАНТИЛЬНЫМ СПАЗМОМ 192

Рахимов С.К., Кадырова Ф.Ш., Шарапова Ю.Ш.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ 192
Разумова Л.С., Гребнева В.А.
ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 192
Райхонов Б., Ахмеджанова Д.
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 193
Райхонов Б.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОГО ГОРОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ 193
Раупов А.Б., Ислом А.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ 194
Раупов А.Б., Ислом А.А.
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ 194
Рахимов А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Далимова С.А.
ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: КЛИНИКО-ПАТОКИНЕТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ 194
Рахимов А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Далимова С.А.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ 195
Рахимов С.К., Шарапова Ю.Ш., Дустов А.А., Хасанджанова Ф.О.
АКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КАРДИОМИОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА 195
Рахматова А. Х., Нуруллаева А. А., Сулаймонов А. Л.
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, ВЫЗВАННЫМИ TR. VAGINALIS 196
Рахмонов Ш., Качалиев Х.
ЭФФЕТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАПРОЛОЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ 196
Решетилова Н.Б., Кулиш Н.М.
МОТИВАЦИЯ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 196
Решетилова Н.Б.
ПРОБЛЕМНАЯ СИТУАЦИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЕ ЗВЕНО УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ 197
Ризаева Г.
ШЕЙНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ У ПОДРОСТКОВ 197
Рогов А.В.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ 198
Рузиев Б.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 198
Рузманова Ф., Бобоёров Ж.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ВАЛСАРТАНА И АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 198
Рустамова Ж.Т.
О СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ «ЛИРИКА», «РЕГАПЕН» ИМЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИХ 199
Рустамов Ш.
РОЛЬ И МЕСТО СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 199
Рустамова Ш.Ш.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 199
Рустамова Ш.Ш.
СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 200
Рябоконь М.А., Стецка В.Р., Корыльчук Б.Т.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ОБОСТРЕНИЙ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ 200
Садикова С.З.
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ УТРИКУЛУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ 201
Саидахмедова Д.А., Абдухаликова Г.А., Махмудова С.К.
СЕПТОПЛАСТИКА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ 201
Саидахмедова Д.А
КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО МАТЕРИАЛАМ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 201
Саидвалиева С.А.
ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 202
Саидвалиева С.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИОФОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ 202
Саидова Т.Х.
ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА 202

Сайфуллаев А.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КО-АМЛЕССА» У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 203
Салихова Р.Р.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И АСТЕНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ 203
Саматов Д.К., Ибадова О.А.
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 203
Саматова Ш.
ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЦЦП – НЕГАТИВНОГО И ПОЗИТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 204
Саримова Н.Б.
СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД И ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ПРИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ 204
Семеновых Е.А.
СИНДРОМ ПИКВИКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 204
Серкина М. Е., Глушкова П.И.
ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА 205
Смолина М.А., Чеснокова А.Д., Хафизов Р.Ж.
ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 205
Собиров О.О., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф.
ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА 205
Собиров О.О., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Козимжонова И.Ф.
ГРУППОВАЯ ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА 206
Субхонов У.Ж., Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ L-КАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ 206
Субханов Б.К.
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 206
Сулаймонов А. Л., Нуруллаева А. А., Рахматова А. Х.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВОЛОСЯНЫХ ЛУКОВИЦ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ АЛОПЕЦИИ 207
Султанов Р.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ 207
Султанова Н.Р.
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 207
Султонова Д.К.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МОКСОНИДИНОМ 208
Суюнов Д.Н., Мухиддинов А.И.
ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНСОТЬЮ 208
Суюнова Ф.Б., Бабамурадова З.Б.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 208
Суюнова К.Б.
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СИСТЕМА 209
Тилавова Ю.М., Абдухаликова Г.А.
КОНТРОЛЬ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 209
Тилавова Ю.М., Икрамова З.Х.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА 209
Юсупова М.М.
СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ 210
Табаров С.М., Ватолина А.А.
ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ СТРЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. ИЖЕВСКА 210
Таиров А.Э, Хайдарова Д.Д.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО РАЗБОРА 210
Танаева Т.А., Фомина К.Е., Лучихина Г.А.
ВОЗНИКАЕТ ЛИ НАРУШЕНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ СТЕАТОЗЕ 211
Таралло В.Л.
ОСНОВНЫЕ СЛАГАЕМЫЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 211
Таралло В.Л.
РИСКИ ЗДОРОВЬЮ: ИЗМЕРЕНИЕ, ОЦЕНКА, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 211
Тахирджанова З.
ВЛИЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ, СОДЕРЖАЩИЕ ПРОБИОТИКИ, НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА 212
Темиров А.
АСПЕКТЫ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ О ВЛИЯНИИ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 212
Тилавов А.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ 212

Тиллоева Н.Р.
ПОСТУЛАТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОИЗВЕДЕНИИ АБУ АЛИ ИБН СИНА «КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ 213
Тиллоева Н.Р.
ФАКТОРЫ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА 213
Тиркашев О.С.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ 213
Тогаева Г.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАЙКОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 214
Тодерика Я.И.
РАЗВИТИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 214
Тоиров Д.Р.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОДАГРЕ 215
Тоиров Д.Р.
ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 215
Тошпулатов Ш.
РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УЗБЕКИСТАНЕ 215
Тронин А.В., Харалдина Е.Г.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСЧЕТНЫХ МЕТОДОВ ПОДСЧЕТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ 216
Трубникова М.А., Кряжева П.А.
ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОМА И ЭКСПОСОМА АКНЕ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ 216
Туйчиева М.К
СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ РАВНОВЕСИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ 217
Тулаков Э.О.
ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УЗБЕКИСТАНЕ 217
Тураев Ф., Мухиддинов А.И.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФАРКТ МИОКАРД 217
Тураев Ф., Мухиддинов А.И.
СТРУКТУРА АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 218
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б., Кубаев Р.М.
РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛИЗМА ПРИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ 218
Туразода Ф.У.
SWOT-АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ 218
Тургунбаев А.У., Тураев Т.М., Алкаров Р.Б.
СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 219
Туробов Б.Г.
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ 219
Убайдуллаева Б.Н.
СОСТОЯНИЯ ГЕМОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ 219
Узакова Г.З, Вохидов Ж., Даминова М.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С 220
Уктамов М.
РИТМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА 220
Улмасова З.А, Садикова Ш.Н.
НАРУШЕНИЕ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q И БЕЗ ЗУБЦА Q 220
Умаркулова Г., Джураева К.С.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА 221
Умурзаков Б.А.
АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИНИКИ ПАРОТИТНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ 221
Ураков Б.Ш.
ПРОБЛЕМЫ СКОЛИОЗА И ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ 221
Уракова М.М.
ВЛИЯНИЕ СКОРОСТИ СТАРЕНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ 222
Усманова Ю.
К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ И ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 222
Уфаева Н.Б.
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ 223
Файзиев А.А.
ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 223

Фатуллаева Д.С., Шарапова Ю.Ш., Маджидова Г.Т., Суннатова Г.Т.
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФОНА НА СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ-ИНОСТРАНЦЕВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В САМАРКАНДСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ 223
Фейзуллаева С.
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО И ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮЩЕГОСЯ ПРЕПАРАТА ПРИ ГЕПАТИТЕ 224
Фокина Т.Ю., Ложкин Д.П.
АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СПОРТСМЕНОВ ЛЫЖНИКОВ И ТАНЦОРОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 224
Фузайлова И.Э.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 224
Хайдаров Р.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 225
Хайдаров Р.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМПРИЛАНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 225
Хакимова Г.К.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ФАРМАКОПУНКТУРОЙ 225
Хакимова Г.К.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП МЕТОДОМ БОТУЛИНОТЕРАПИИ 226
Халикова Ф.Х., Исанова Ш.Т.
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 226
Хамидова З.Ю., Курбанова З.П., Ибадова О.А.
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ 226
Хамидова Г.С.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АУГМЕНТИНОМОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ 227
Хамидова Д.А.
ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 227
Хамраева Н.А.
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ВЛИЯНИЕ КЛИМАТА НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 227
Хамраева Н.А., Шамсиева М.
ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 228
Хамраева А.П.
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 228
Хасанова Д.Н.
АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА 228
Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У., Косимов И.А.
РАЗРАБОТКА УСТРОЙСТВА ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АРТ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ 229
Хасанова Ш.А., Абдуллаева У.У., Косимов И.А.
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ 229
Хасанова Г.Х, Тухтаева Н.Х, Салихов М.У.
ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 229
Хатамова М.А.
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ СТУДЕНТАМИ 230
Хатамова М.А.
КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ 230
Хисамутдинова А.М., Мокшина П.С.
ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 231
Холмуминов А.
ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 231
Хонназаров Т.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ 231
Худойкулов Ш.Ш.
РЕГИОНАРНОЕ ПРИМИНЕНИЕ АТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА 232
Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Камолов Б.Б.
ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 232
Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М.
ИММУННАЯ СИСТЕМАИ ПРОЦЕССЫ ПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 232
Хузина Л.Ф., Назмиева А.Ш.
КЛАПАННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 232
Хурсанов Ё.Э., Туропов Х.Р., Хайдаров Н.Б.
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ 233
Хусинов А.
ТИОКТОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ 234
Чориева О.К.
СИНДРОМ ЭКСИКОЗА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ 234

Чушьялова Д.А., Мехоношина А.С, Наговицына Е.А.
УРОВЕНЬ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА И ЕГО СТРЕСС-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬУ СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ С НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА НА ВЫНОСЛИВОСТЬ В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ПОКОЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ 234
Шавази Р.Н.
НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ФАКТОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СТУДЕНТОВ 235
Шамсиев О.Ф.
ЗНАЧЕНИЕЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕСТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА 235
Шамсиева М.М.
КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 235
Шамсиева М.М., Камариддинзода М.К.
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИТРАТОВ В ОВОЩАХ И ФРУКТАХ ДОМАШНЕГО И СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА 236
Шарафова И.А.
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДАМИ НЕМЕДИКОМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ 236
Шарипов Ш.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 236
Шодиева Г.Р.
ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 237
Шодиева Г.Р., Хусанова Д.Х.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 237
Шопулотов Ш.А.
ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 238
Шупер С.В., Шупер В.А., Рыкова Ю.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ, СОЧЕТАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 238
Шутова А.А., Столбова М.С., Тронина Д.Н.
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ИГМА (ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА 238
Шутова А.А., Столбова М.С.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА 239
Эгамкулова Д.
ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ 239
Эльмурадова Н.Б.
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ 239
Эргашова М.М., Курбанова З.П., Ибадова О.А.
СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 240
Эргашева М.Я.
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВКЛАД В РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ 240
Эшмуродов С.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА 241
Юлдашев У.К.
ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 241
Юлдашева Д.Ш., Гафурова Ж.Ф., Мамурова М.М.
КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННЕМ ЭТАПЕ 241
Юлдошев А.Н, Абдуллоев А.Н., Анварзода М.К.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 242
Юнусова Д.Ш.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 242
Юсупов А.М., Очилов Х., Гайбиев А.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНМГ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ 243
Юсупова И.
СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 243
Юсупова И.
РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИСКУССВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ 243
Юсупова Ш.
ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ 244
Юсупова С.
ОЦЕНКА БИОИМПЕДАНСМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА СТУДЕНТОВ САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА 244
Абдуллаев О., Баҳриева З.
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ЎСМИРЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ВА ЛЯМБЛИОЗ КАСАЛЛИГИ БИРГАЛИКДА КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ 244
Абдуллаева М.
ЁШ СПОРТСМЕНЛАРДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ 245

Азимов Ш.О.
ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ЮРАКДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ 245
Алиева Д., Сафарова Г.Т.
ХОНАБАД ШАҲРИДА СОҒЛОМЛАШТИРУВЧИ ВА ТИББИЙ ТУРИЗМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ТАЖРИБАСИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ 246
Ахмадалиев Ш.Ш.
ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИДА ЎҚУВ САЛОҲИЯТИНИ ЯНАДА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА ШУ БИЛАН БИРГАЛИКДА АҲОЛИНИНГ ТИББИЙ САВОДХОНЛИГИНИ ОШИРИШ МАҚСАДИДА “СОҒЛОМ ҲАЁТ” НОМЛИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛ ЎЙИННИ ТАШКИЛ ЭТИШ 246
Ахмаджанова Д.
АНДИЖОН ШАХАР ВА ҚИШЛОҚЛАРИДА АЁЛЛАР ЎРТАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ТАРҚАЛИШИ 247
Ахтамов Қ.М.
ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА КАТТАЛАРДА ПАРОТИТЛИ ИНФЕКЦИЯ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ 247
Боймуродов А.О.
ЎТКИР КЕЧАДИГАН АУТОИММУН ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРАДА ГЕМОРРАГИК СИНДРОМНИ КЕЧИШИ 247
Зоирова Н.А.
ВЕГЕТО-КОН ТОМИРЛАРИ ДИСТОНИЯСИ ФОНИДА ЦЕФАЛГИЯЛАР ХАРАКТЕРИСТИКАСИ 248
Ибодуллаева Д.Р.
ТАШҚИ ТАЪСУРОТЛАРГА НИСБАТАН ВЕГЕТАТИВ РЕАКТИВЛИК ОСТИДА ОРГАНИЗМНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ 248
Икромова З.Х., Эгамбердиева М.Э.
АХОЛИНИ “СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ТУҒРИСИДА” ХАБАРДОР ҚИЛИШ 248
Йулдошева М.О.
ИНСОН ОРГАНИЗМИДА КАЛКОНСИМОН БЕЗНИНГ ФАОЛИЯТИГА БОГЛИК ХОЛДА ЮРАК КОН-ТОМИР ТИЗИМ РЕАКТИВЛИГИ 248
Кахромонов А.М.
ЮРАК ТОЖ ТОМИРЛАРИНИ СТЕНТЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕСТЕНОЗ РИВОЖЛАНГАН ЮИКБИЛАН БЕМОРЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ 249
Каххоров С.
БАЗИС ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИГА ТАЪСИРИ 249
Киргизова Х.А.
CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИ ВА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ 249
Маматова Н.Т.
СИЛ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРНИНГ СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОЛОГИЯЛАР ТАВСИФИ 250
Мардиев А.С.
ЮРАК-КОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА СОГЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АХАМИЯТИ 250
Махмудова Н.С., Зияева Г.П.
ЮҚУМЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ 250
Маъдиев Х.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ЗЎРИҚИШНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ 251
Мелиқузиев О.Э., Расулова К.М., Мухиддинова Г.А
ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИК ТАРКИБИГА КЎРА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ 251
Муминов Б.Ш., Шодиева Д.А.
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ОВҚАТ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ 252
Муродиллоева А.Э.
ПАРАСИМПАТИК НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЮРАК ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИНИ ДАНИНИ-АШНЕР РЕФЛЕКСИ МИСОЛИДА ЎРГАНИШ 252
Муродиллаева Н.М.
ТИББИЙ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА СИМУЛЯЦИОН ЎҚУВ МАРКАЗЛАРИНИНГ ЎРНИ 252
Мухторов Д.
ИЧИМЛИК СУВИНИНГ МОДДА ВА ЭНЕРГИЯ АЛМАШИНУВИДАГИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ 253
Набиева Д.М., Мўминова Ш.Ш.
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИК СИНДРОМ ДИАГНОСТИКАСИ 254
Набиева Д.М, Мўминова Ш.Ш.
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИК СИНДРОМ КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ 254
Насимов Ж., Бахриева З.
КУЙДИРГИ КАСАЛЛИГИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ 255
Низомова И.Б.
ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР ИНДЕКСИ ВА СТРЕСС КЎРСАТГИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ 255
Нуриддинов А.Х., Хусаинбоев Т.
СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИ УСУЛЛАРИ 256
Олланова Ш.С.
ПАРКИНСОНИЗМ КАСАЛЛИГИНИНГ НОЗОЛОГИК ШАКЛЛАРИНИНГ КЛИНИК МЕЗОНЛАРИ 256

Орипова П.О., Рустамова Ш.А.
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА КАТТАЛАРДА ПНЕВМОКОККЛИ МЕНИНГИТ КЛИНИКО ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ 256
Равзатов Ж.Б.
ЮИКГА ИРСИЙ МОЙИЛЛИГИ БОР ЁШЛАРДА ҚОН ТОМИР ЯЛЛИҒЛАНИШ РЕАКЦИЯСИ ВА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМ ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИНИ 257
Ражабова Г.Ҳ.
БУХОРО РЕГИОНИДА КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШЛИ АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ 257
Рахимова Ш.М.
ИНСУЛТДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАР ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ЭРГОТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ 258
Рахматов Р.С.
ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ВА ЛИПИДЛАРНИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАХОЛАШ 258
Рахматова Д.Б.
БУХОРО ШАҲРИДА ЯШОВЧИ 60 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЮИК ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ 258
Сайфуллаева Ф.
ТЕМПЕРАМЕНТНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР РЕАКТИВЛИГИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ УРГАНИШ 259
Соатмуродова М.А.
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ ҲУДУДИДА ЕТИШТИРИЛГАН МАҲСУЛОТЛАРНИ САНИТАР ДОЗИМЕТРИК НАЗОРАТ ТАҲЛИЛИ 259
Содиқжанов К.
МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИМПАТО-АДРЕНАЛ ТИЗИМНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИ 259
Солиев С.Б.
БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ 260
Тажиева М.У., Бекбутаева С.И.
УМУМИЙ МЕҲНАТ ЁШИДАГИЛАРДА УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ 260
Тоштемиров Р.
БРОНХИАЛ АСТМА ВА ИРСИЯТ 260
Темирова О.Х.
«ТОШБУЛОҚ» МАЪДАНЛИ СУВИНИ МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИШЛАТЛИШИ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР 261
Темирова О.Х.
ШИФОБАХШ МАЪДАНЛИ СУВИДА ВАННА ҚАБУЛ ҚИЛИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР 261
Тўйчиев Ж.И., Эшонқулова С.А.
СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМНИ МОНИТОРЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ 262
Убайдуллайев И.Ф., Очилов Р.Т., Набиев М.А.
ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БАҲОРГИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ 262
Хамидова Д.
ФОСФОГЛИВ ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ ЖИГАР КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК ЭФФЕКТИВЛИГИ ХАКИДА 262
Хожиев Ш.М.
СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАР 262
Холмирзаев Ф.
ФАРҒОНА ВИЛОЯТ АҲОЛИСИ КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИНИНГ ДИНАМИКАДАГИ ЎЗГАРИШИ, ЁШ ВА ЖИНСГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ 263
Холмуратов У.К, Норбўтаев О.
ЗАМОНАВИЙ ЭТАПДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ 264
Худойбердиева Ш., Рахмонова П.
ФИЗИОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИДАГИ ФАН ТАРКИБИ ОРҚАЛИ БЎЛАЖАК ШИФОКОРДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА МОТИВАЦИЯНИ ШАКЛЛАНТИРИШ 264
Хужакулов Ш.Ш.
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ 40 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ПЕН ПРОТОКОЛЛАРИ АСОСИДА ОЛИБ БОРИШ 264
Хужакулов Ш., Игамкулова Д.
ҚОН ГУРУҲЛАРИГА КЎРА КАСАЛЛИКЛАРГА МОЙИЛЛИКНИ АНИҚЛАШ 265
Хусанова Н.Н.
СИГАРЕТ ЧЕКУВЧИ ЭРКАКЛАРДА ЖИСМОНИЙ ЗЎРИҚИШГА НИСБАТАН ОРГАНИЗМНИНГ МОСЛАШИШ РЕАКЦИЯСИ 265
Шамсиева М.М.
ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИ 265
Шарёров М.
ЗАМОНАВИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ШИФОКОРЛИККА ОИД КАСБИЙ ФИКРЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ 266
Эргашев С.
МИНИМАЛ МИЯ ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН БОЛАЛАРДА ЭЭГ АХАМИЯТИ 266
Эргашев Ж., Рузманова Ф., Юсупова Д.
ВЕСТИБУЛЯР АНАЛИЗАТОРНИНГ ВЕГЕТАТИВ, СЕНСОР ВА ҲИМОЯ РЕАКЦИЯЛАРИНИ ТЕКШИРИШ ВА СОҒЛОМ ОДАМЛАРДА ВЕСТИБУЛОВЕГЕТАТИВ НОТУРҒУНЛИКНИНГ ЯШИРИН ШАКЛИНИ АНИҚЛАШ 266
Эшмаматов Н.Д.
НОРМАЛ АТМОСФЕРА БОСИМИДА ЕТИЛГАН ДАВРДАГИ ЙИГИТ ВА КИЗЛАРДА ЮРАК – КОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ 266

Юсупова Д.М.
ТЕРАПЕВТИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ҚИШКИ МАВСУМДАГИ МАНЗАРАСИ ВА ТАҲЛИЛИ 267
Akhmadjonova N.U.
THE MODERN PROBLEMS OF SOMATONEUROLOGY AND THEIR SOLUTION 267
Aminkhanova S.A.
TRADITIONAL BLOOD TEST CAN CATCH MULTIPLE TYPES OF CANCER AT EARLIER STAGES 267
Anandhu K., Semianiv M.M.
THE RISK OF TUBERCULOSIS IN PREGNANT WOMEN 268
Antoniv A.A.
THE STUDY OF LIVER CHANGES IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC HEPATIC STEATOSIS AND STEATOHEPATITIS DEPENDING ON THE PRESENCE OF COMORBID CHRONIC KIDNEY DISEASE (CHRONIC PYELONEPHRITIS) AND OBESITY 268
Antypova T., Dikal M.
SPECIFICS OF MULTIMEDIA TECHNOLOGY USAGE IN EDUCATION 268
Ashiadey P.L.
RESEARCH OF CYTOKINE REGULATION IN MULTIDRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS 268
Azizova D.M., Sobirova A.S.
EFFECTS OF BIOMAYSA ON THE CONTENT OF APOPROTEIN B IN THE DYNAMICS OF EXPERIMENTAL HYPERCHOLESTEROLEMIA 269
Berdikulova H.T.
FEATURES OF THE IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLES OF A HEALTHY LIFESTYLE 269
Biduchak A.S.
ROLE OF MEDICAL AND EDUCATIONAL ACTIVITIES OF A DOCTORAMONG POPULATION 270
Bukach O.P.
ARTHROPLASM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON CONCOMITANT PATHOLOGY AND GENETIC PREDICTORS 270
Bulyk O., Kryvchanska M.
KIDNEY FUNCTIONAL INTEGRITY UNDER THE EFFECT OF PROPRANOLOL, ITS RELATION TO THE PINEAL GLAND 270
Chornenka Zh.A.
ASSESSMENT OF THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN UKRAINE 270
Chornenka Zh.A.
ADVANCED MEDICINE IN THE MODERN SYSTEM OF HEALTH CARE REFORM OF UKRAINE 271
Dikal M.
ROLE OF INTERDISCIPLINARY APPROACH IN TEACHING THE BASIC THEORETICAL SUBJECTS 271
Drachuk V.M., Goroshko O.M., Dikal M.V.
AMELIORATION OF ISCHEMIA-REPERFUSION ACUTE KIDNEY INJURY BY GLUTATHIONE 271
Drozd V.Yu.
DEPENDENCE OF PROLACTIN LEVEL ON PSYCHOSOMATIC STATE IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE 272
Eshboltaeva B.S.
PECULIARITIES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ARRHYTHMIAS 272
Poshtak E., Kysylychak Y., Rudan I.
ACUTE HEPATITIS B WITH DELTA-AGENT AS ACUTE AND COMMON PROBLEM IN MODERN WORLD 273
Fayzullaev J.
ELECTROCARDIOGRAPHY'S BASIC CHANGES IN THE MYOCARDIAL INFARCTION 273
Galitska K.O, Yaremii I.M.
EFFECT OF SALINE AND WATER OVERLOAD ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA 273
Grytsiuk M.I.
INDICATORS OF NURSING FUNCTIONS UNDER CONDITIONS OF ANAPRAIL AND STANDARD LIGHTING MODE 273
Halabitska I.
THE EFFECT OF PANCREAS INSUFFICIENCY EXTERNAL SECRETION ON THE STATE OFINDICATORS OF THE PATIENTS TROPHOLOGICAL STATUS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS 274
Islamov T.
THE DEFINITION OF RISK GROUPS IN LIVER CIRRHOSIS 274
Ivashchuk S.I.
IMMUNOLOGICAL REACTIVITY OF THE ORGANISM OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY GENESIS 274
Jomieva S.B., Abdenazarov S.E., Tulakova S.M.
PREVALENCE OF MIGRAINE AMONG MEDICAL STUDENTS 275
Koh M.
OBSERVATION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM ADAPTAION IN MEDICAL STUDENTS (1ST AND 2ND GRADES) DURING AND OUTSIDE THE EXAMINATION SESSION 275
Korotun O.P., Shchudrova T.S
ACETYLATION PHENOTYPE ASSESSMENT AS ORGANISM SUSCEPTIBILITY BIOMARKER 275
Kysylychak Y., Rudan I.
POSTHERPETIC NEURALGIA AS ACUTE PROBLEM OF VARICELLA-ZOSTER VIRUS REACTIVATION 276
Lytvyniuk N.
INFLUENCE OF MENTAL FACTORS ON THE OCCURRENCE OF ARRHYTHMIAS AND CONDUCTION OF THE HEART 276
Mahmadmuradova N.N.
CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERIES IN RHEUMATIC DISEASES 276

Mamedova G.B.
OPTIMIZATION OF MARKETING IN HEALTH INSTITUTIONS 277
Mirsaidova H.M.
THE SERVICE ROLE OF PRIMARY CARE IN THE PREVENTION OF DIABETES 277
Mirzaeva Sh.A., Alimov B.M.
CHARACTERISTICS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE 278
Musaeva A.F.
CHANGES IN INTESTINAL FUNCTION IN CHRONIC HEPATITIS 278
Myrzalieva A.A.
EVOLUTION OF CARDIOVASCULAR REMODELING AND EPICARDIAL FAT THICKNESS IN PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE AND METABOLIC SYNDROME 278
Nabieva A.
ARRHYTHMES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND SAVED EMERGENCY FRACTION 279
Nag N.
ACADEMIC PERFORMANCE OF PEDIATRIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION SIMULATION SCENARIO 279
Nauryzbayeva A., Issabayeva A., Abdrakhman B.
ASSESSMENT OF THE NUTRITION OF THE MEDICAL SCHOOL STUDENTS 279
Navchuk I.V.
INFLUENCE OF NUTRITION ON THE OCCURRENCE OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION 280
Papuk A.N., Podverbetskaya E.V., Podverbetskiy O.Ya.
IMPROVING THE TREATMENT OF SUSCEPTIBLE TUBERCULOSIS WITH MALABSORPTION SYNDROME 280
Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V
EATING HABITS AND THEIR CLINICAL RELEVANCE IN UNIVERSITY STUDENTS 280
Sarimova N.
GLYCINE TO THE MIACARD INFRASTRUCTURE ADRENAL 281
Semeniuk T.O., Malyk Yu.Yu., Penteleichuk N.P.
MORPHOLOGICAL FEATURES OF HEART VALVULAR ENDOTHELIAL CELLS 281
Shukurov D.B.
DIFFERENT METHODS OF BLOOD TEST CAN CATCH MULTIPLE TYPES OF CANCER AT EARLIER STAGES 281
Skorobogach A.I.
PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF CARBACETAM OF COGNITIVE DISORDERS DURING EXPERIMENTAL NEURODEGENERATION 282
Thakur A., Kryvchanska M., Khomenko V.
PROPRANOLOL EFFECT ON THE EPIPHYSIS AND KIDNEYS HISTOMORPHOLOGY UNDER PINEAL GLAND HYPOPHOSPHORYLATION 282
Tilavova Y.M.
DIAGNOSIS OF CYTAMEGALOVIRUS INFECTIONS 282
Yaremii I.M.
EFFECT OF MELATONIN INJECTIONS ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA OF DEXAMETHASONIC DIABETIC RATS 283
Yasinska E.
EFFECT OF DEPRESSION AND PSYCHOSOCIAL FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE 283

Секция «Педиатрия»

Абдувойитов Б.Б.
ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ УМЕРЕННУЮ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ 284
Абдукадирова Н.А.
ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 284
Абдукамилова М.М.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 284
Абдуллаева М.О.
ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ИХ РОЛЬ В СТРУКТУРЕ ПЕРЕНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ И СМЕРТНОСТИ 285
Абдурашидов А.А.
ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ 285
Абдурашидов А.А.
УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ 285
Абдурашидова Х.Б.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 286
Азимов А.А.
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТОКСИКОМАНИЕЙ 286
Акромова Н.А.
АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БРОНХОСКОПИЙ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКИ ТАШПМИ 286
Алимов Б.М., Мирзаева Ш.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА УДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 287

Алимова О.Б.
ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОГО РОСТКА КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ 287
Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф., Рузикулов Б., Азизов Ш, Икромова П.Х.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОЛА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 287
Алланазаров А.Б., Данияров Н., Тамбриазов М.Ф., Изаева Н.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БЛОКА РНЦЭМПСФ 288
Алмазбек углу Н., Сапарбеков А.А.
ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ 288
Аманбаева Ф, Эшпулатова Ч.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 288
Аметов Э., Каримова Д., Кулдошев С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬБЕНДОЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ 289
Аметов Э., Аметова К., Хусаинова Ш.
РОЛЬ ПРЕМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ 289
Амиркулова М.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ 289
Амиркулова М.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ 290
Андреева А.М.
АТОПИЧЕСКИЙ ФОН У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 290
Асанбекова А.А., Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э.
ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ С МАКРОСОМИЕЙ 290
Атабаева О.Ф.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 291
Атавуллаев Х.
ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ 291
Ахматова Ю.А., Меликова Д.У.,Нажимов Ш.Р., Сирожева Н.А., Давлатова И.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ 291
Ахмедова Д., Алланазаров А., Хабибуллаев Ш., Аметов Э.
ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МЕДИ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ 292
Ашурова М.Ж., Гойибова Н.С., Мирмухамедов Н.Ж.
ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПОДРОСТКОВ 292
Бадерутдинова И.Р.
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ В АНАМНЕЗЕ 292
Баратова Н.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «КОДЕЛАК НЕО» (СИРОП) В ТЕРАПИИ КАШЛЯ 293
Безрук В.В.
НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ 293
Бобоёрова Б.А.
КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ 293
Бозоров Ш.О., Давронов Б.Б.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 294
Бутышева В.А.
МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ВАЖНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ 294
Валиев Р.Р., Петрунин П.М., Фаррахов А.М.
ЭТИОЛОГИЯ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННОМ АСПЕКТЕ 294
Васильева А.Ф.
ОЦЕНКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 295
Вацык М.З.
ДИНАМИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (0-17 ЛЕТ) В УКРАИНЕ 295
Возмищева Е.А.
РОЛЬ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ 295
Ворончихина Г.С., Мугниева Р.Р., Филлипова А.В.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗА 2016 ГОД 296
Гайбуллаев Ж.Ш., Хусаинова Ш.К., Азимова Ш.Т.
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБСТУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ 296
Ганиев Н., Жозилов Ш., Нормуминов С.
КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ 296
Гаффарова С.Ш.
ПЕДИАТРИЯ УЗБЕКИСТАНА: РЕФОРМИРОВАНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ 297

Горбатюк И.Б.
ОТДЕЛЬНЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРЫХ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ 297
Горбатюк И.Б.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ НЕСТРЕПТОКОККОВОИ ЭТИОЛОГИИ 297
Гулмуродов Б.Н., Мамаюсупов М.М.
ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ РАЗВИВАЮЩИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА 298
Давлатова И.Р.
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА 298
Джураев Ж.Д.
ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 299
Джураева М.С.
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 299
Досан З.М.
ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВНИМАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ 299
Жабборов С.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 300
Жаффарова М.А.
КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 300
Жуманиязов Н.Б.
ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 300
Ибрагимова Н.С., Кудратова З.Э., Кувандиков Г.Б.
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ 301
Иванова А.А., Мухортов А.Д.
ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 301
Иванова П.Ф., Колесникова Е.Т.
ОСОБЕННОСТИ ОРИ У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 ГОДА 301
Икрамова П.Х.
ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ 302
Икрамова З.Х.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА 302
Исмати Н.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛОУРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛЯ 303
Ишкабулова Г.Д., Хайдарова Х.Р., Санакулов А.Б.
АНТИОКСИДАНТНАЯ И МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ОПГ- ГЕСТОЗОМ 303
Казанцева Ю.А., Красильникова К.С., Николаева Д.С.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ 303
Камалова Ш.М., Тешаева Д.Ш.
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДЕТЕЙ 8-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И ПРИ СКОЛИОЗЕ 304
Карасева Н.М.
ИННОВАЦИОННЫЕ КИНЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ 304
Карджавова Г.А., Гайбуллаев Ж.Ш., Хусаинова Ш. К., Хакимова Д.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ NESTOGEN-КИСЛОМОЛОЧНЫЙ ПРИ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 304
Карджавова Г.А., Рузметова С.У., Кулдашев С.Ф., Тошева Х., Икромова П.Х.
АКТУАЛЬНОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ 305
Каспарова Г.А.
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯУ ДЕВОЧЕК В СЕМЬЕ С РОДСТВЕННЫМ БРАКОМ 305
Каспарова Г.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННОГО ПРЕПАРАТА «РЕАМБЕРИН» В ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ 305
Ким О.А., Бурханова Г.Л.
НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ 306
Кобилова З.А, Шопулотов Ш.
НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ 306
Комилова М., Абдуманнобов Ж.
ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА И СОДЕРЖАНИЯ ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С РАХИТОМ 306
Кошкина Д.А., Иванова А.В.
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ ГРИППА В МЕЖЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД И ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ 307
Крецу Н.М.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА 307

Куроков Д.И.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ТИМОМЕГАЛИИ 307
Кутлумуратова З.Р.
УРОВЕНЬ АЦИЛГИДРОПЕРЕКИСЕЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ 308
Лим М.В., Тамбриазов М.Ф., Гиясова Н.К.
ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ РИСК-ФАКТОР РЕЦИДИВОВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ 308
Ложкина Ю.В., Макарова Р.В.
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕДОНОШЕННОСТИ ДЕТЕЙ 308
Бен О.М.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ 309
Мадатова М.К., Иванова Е.С.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 309
Мамажонова Н.З.
ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕЛЬМИНТНОЙ И ПРОТОЗОЙНОЙ ИНВАЗИЕЙ 310
Маматмусаева Ф.Ш.
КОРРЕКЦИЯ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С 310
Маматмусаева Ф.Ш.
МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ, РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 310
Маткурбонова Ш.
СОВРЕМЕННЫЕ ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ, В КОТОРЫХ ПРОЖИВАЮТ ДЕТИ С МАЛЫМИ ОЧАГОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ 311
Махкамова Р.И.
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ 311
Махкамова Р.И.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 311
Мацак Н.Л., Кулемин М.Э., Чернова А.А.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 312
Мейлиев Т.Н.
РОЛЬ СИРЕСПА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 312
Мирхаидова Ю.Х.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 312
Муртазоев С.Б.
ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ СТАДИЙ И ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ 313
Мусурмонов К.А., Кудратова З.Э.
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНОШЕННОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ 313
Мухаммадиева М.
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙРАННЕГО ВОЗРАСТА 313
Мухаммадсолих Ш.Б.
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА 314
Нажимов Ш.Р., Сирожева Н.А., Давлатова И.Р, Меликова Д.У.
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ 314
Назарова М.М., Гулямов Д.Э.
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ 314
Неъматов Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 315
Овчинникова Ю.А., Пушкарева А.С.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 315
Орозалиев И.Э., Асанбекова А.А., Кимбилетова Т.А., Абдурасулова З.Р.
АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ 316
Охунжонова Ш.С.
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ 316
Охунжонова Ш.С.
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ В УСЛОВИЯХ г. ТАШКЕНТА 316
Очилова Б.С.
ОЦЕНКА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА И ОБЩЕЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МИНЕРАЛЬНОЙ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 317
Покусаева О.С.
ЗНАЧЕНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ НСР У ДЕТЕЙ 317
Полвонов Ж.Ш.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ 317
Прибыткова П.Ю., Чернобровкина М.С., Абасова А.Д.
ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ УЧЕНИКОВ 10-Х КЛАССОВ ШКОЛЫ № 32 И ЛИЦЕЯ № 41 Г. ИЖЕВСКА 317

Рахимова А.Р.
ПРОДУКТЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ 318
Рахманкулова С.А.
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ 318
Рахматов М.
ЗНАЧЕНИЕ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ 318
Рахмонов Ш.
ПРОФИЛАКТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 319
Резенова А.М.
ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА 319
Рузманова Г., Жумаева Ш.
БИОХИМИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ 320
Рылова Я.А.
АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ВЕДЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ У ДЕТЕЙ 320
Сагадеева З.И., Султанова Р.Р.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА У РЕБЕНКА ИЗ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА 320
Садикова С.З.
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ УТРИКУЛЮСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ 320
Сайфуллин А.П.
ОТДАЛЁННЫЙ КАТАМНЕЗ ДЕВУШЕК СО СКОЛИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ЦЕЛЬЮ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 321
Сайфуллин А.П.
ДИНАМИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ КОМПОНЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА 321
Саттаров А.Ш., Хужакулов Ш.Ш.
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 322
Сатторова А.П., Рачабов Н.
О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ 322
Семенова А.Р.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ 322
Скокова А.А., Плотникова Е.М.
ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН 323
Собинова Р.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДЕТЕЙ 323
Собиржонов С.И., Ибрагимова Н.С., Кудратова З.Э.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 323
Собиров К.Г.
ПРОЯВЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ 324
Собиров К.Г.
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 324
Солонар Я.Л.
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПРЕДВЕСТНИКОВ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 324
Тажиева М.У.
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ 325
Тамбриазов М.Ф., Абдинова Э.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛОМЕТАЗОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ 325
Темирова М., Шоймардонова О.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНФЕРОН®ЛАЙТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БРОНХИОЛИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СТАЦИОНАРЕ 325
Тожибоев Т.Т.
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА L-ТИРОКСИНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ УДЕТЕЙ 326
Топволдиев М.К., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Муминов Р.К.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 326
Топволдиев М.К., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Муминов Р.К.
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 327
Тураева Н.Ю., Хакимов Э., Тураев Ф.
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ 327
Тургунова Г.Б.
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИДЕТСКОГО АУТИЗМА 327

Турсунов И.А.
ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ 328
Турсунова М.Э., Юсупова Н.А., Кувандиков Г.Б.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ 328
Тутаева А.Н.
ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 328
Тухтаева М.М., Файзуллаева Х.Б.
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМИРОВАНИЕ ПРИ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ 329
Умерова Н.
ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 329
Ураков Б.Ш.
УТОМЛЯЕМОСТЬ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ И МЕРЫ ПО ЕЁ УСТРАНЕНИЮ 330
Урунова С.Б.
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ - СОВМЕСТНАЯ РАБОТА ПЕДАГОГОВ И СЕМЬИ 330
Уткирова М.Р.
ОСОБЕННОСТИ АНТИГЕННОЙ СТРУКТУРЫ ПО СИСТЕМЕ АВО У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В УСЛОВИЯХ ПАНМИКСИИ 330
Утяшева А.А., Поликарпов Е.А.
МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 331
Фаттоева Р.А.
ФУНЦИЯ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСА ИММУНОДЕЦИТА У ДЕТЕЙ 331
Хайдаров М.Д., Фарзонаи У., Саидалиев Ш.
ДИАГНОСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 332
Халикова М.Т.
БЕСПЕРЕРЫВНАЯТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ 332
Халикова М.Т.
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ 332
Халикова А.О., Мусаева М.А.
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2 ТИПА 333
Ханназаров Т., Бобомуродова М., Бойалиев А.
ОЦЕНКА ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ 333
Ханова И.М.
ИЗУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 333
Хантураев Ш., Мейлиева М., Махмудова М.
О РЕЗУЛЬТАТАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ 334
Харисова И.И.
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 334
Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н., Хасанов С.М.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ШИГЕЛЛЕЗОМ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ 334
Хасанова Г.М.
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 335
Хасанова Х.Г.
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ 335
Хатамова М.Г.
ФУНКЦИЯ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСА ИММУНОДЕЦИТА У ДЕТЕЙ 336
Ходзинская Ю.Ю., Оныскив В.Н.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ КРОВИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 336
Холмурадова З.Э., Тураева Д.Х., Шамсиева Л.А.
ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА: ВЛИЯНИЕПИТАНИЯ В РАННИЙ ПЕРИОД ДЕТСТВА 336
Худайбердиева И.Т.
ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХДЕТЕЙ, С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА 337
Хужанов Н.
ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МАГНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ 337
Хузина Л.Ф., Назмиева А.Ш., Духтанов И.В.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 338
Хусаинов Э., Худойкулова З., Сафарова С.
ОБ ИЗУЧЕНИИ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К ЗДОРОВЬЮ РЕБЕНКА, КАК ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ 338
Хусенова Ф.А.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ 338
Цой К.Л., Эгамбердиева М.Э.
ИЗУЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ 339

Чубаков М.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 339
Шамсиева Л.А., Саттаров А.Ш., Насырова Д.А.
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ 339
Шамуратов М.Г.
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 340
Шахова О.А.
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТЬ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА 340
Шутова А.А., Столбова М.С.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА 340
Эргашев А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ 341
Эргашева Ч.Б.
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ МАТЕРЕЙ О ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЕТЯМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА 341
Юлдашева Д.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ С УРАТУРИЕЙ 341
Аллабердиев Х.
РЕНТГЕНОЛОГИК КУЗАТИШЛАР БУЙИЧА БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ МОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШИ 342
Ахмадалиев Ш.Ш.
АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН ОҒИР ХОЛАТДАГИ ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЦЕРЕБРАЛ ВА МАРКАЗИЙ ГЕМОДИНАМИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ БАҲОЛАШ 342
Ғаниева М.Ж.
БОЛАЛАРДА ЭПИФИЗАР ОСТЕОМИЕЛИТ КАСАЛЛИГИ 343
Маматова Н.Т.
БОЛАЛАРДА СИЛНИ ТАШҲИСЛАШДА ДИАСКИНТЕСТНИНГ АҲАМИЯТИ 343
Мардиев А.
БОЛАЛАРДА НЕВРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ 343
Неъматов И., Бахтиёрова Г.Г.
ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР ОРАСИДА КАМҚОНЛИК ТАРҚАЛГАНЛИГИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ 344
Турдиева А.М.
МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИНИ БАҲОЛАШ 344
Халимова С.А., Файзуллаева Х.Б., Муртазаева Н.К., Ўктамов М.
ЧАҚАЛОҚЛАР НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИНИ ПРЕНАТАЛ ТАШХИСЛАШНИНГ БИОХИМЁВИЙ АХАМИЯТИ 344
Хидиров А.М.
БОЛАЛАРДА ЛЯМБЛИОЗНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ 345
Исматова М.
МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ УЧРАШИНИ ЎРГАНИШ 345
Холмурадова З.Э., Шамсиева Л.А.
БОЛАЛИК ДАВРИДА СЕМИЗЛИК РИВОЖЛАНИШИГА САБАБ БУЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ 345
Abdukamilova M.M.
FEATURES OF IMMUNAL RESISTANCE IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH INFECTIOUS INFLAMMATORY DISEASES 346
Antipova T.M., Hodzinska J.Y.
PECULIARITIESOFUNCOMPLICATED COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA INCHILDRENCONSIDERINGBLOODLEUKOCYTICINDICES 346
Bohdanova L.O.
EFFECT OF THE LONG-TERM USAGE OF INHALATION GLUCOCORTICOSTEROIDS ON PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA (RETROSPECTIVE ANALYSIS) 346
Jafarova M.A.
CLINICAL AND ETIOLOGICAL PICTURE OF COMMUNITY PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE 347
Khasanova G.A., Ibragimova X.N., Khasanov S.M.
CLINIC SALMONELLES IN CHILDREN 347
Makhkamova R.I.
FEATURES OF FLOW AND CLINICAL MANIFESTATIONS IN ORAL ALLERGIC SYNDROME (OAS) IN CHILDREN 347
Makhkamova R.I.
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICIENCY OF NONINVASIVE TREATMENT IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES 348
Makhmudova M., Bozorova M.
EFFICIENCY OF PHYSICAL REHABILITATION IN CHILDREN 348
Makhmudova M., Bozorova M.
EFFICIENCY OF PHYSICAL REHABILITATION IN CHILDREN WITH VITAMIN D-DEFICIENT RACHITIS 348
Mikalyuk. L.V.
DYNAMICS OF INCIDENCE AND PREVALENCE OF DISEASES AMONG CHILDREN IN UKRAINE 349
Mikhieieva T.
FEATURES NAIL BED CAPILLARIES IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS AND ARTERIALHYPERTENSION 349
Nechytailo D.
THE LEVEL OF ANXIETY IN SCHOOLAGE CHILDREN WITH ARTERIAL HYPERTENSION 349

Sattarova M.M., Nishonova E.Kh.
APPLICATION OF PREPARATIONS OF VALPROIC ACID FOR TREATMENT OF EPILEPSY IN CHILDREN 350
Shakhova O.A.
DIAGNOSTIC VALUE OF NONSPECIFIC BRONCHIAL HYPERRESPONSIVENESS IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT SEVERITY SCORES OF BRONCHIAL ASTHMA ATTACKS 350
Sobirova F.O.
OFTEN ILL CHILDREN (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS) 350

Секция «Акушерство и гинекология»

Акбаров С.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИММУН-5» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ 351
Аслонова М.Ш.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ TORCH – ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ 351
Газиева Х.Ш., Нурмухамедов А.И., Юсупова И.Ш., Абдуллаева М.А., Мирзаева Б.М., Юнусова Л.И.
РОЛЬ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ПОДГОТОВКЕ И ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН 351
Гофурова М.Н.
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДВУРОГОЙ МАТКОЙ 352
Дусчанова З.А.
ВЕРТИКАЛЬНАЯ ТРАНСМИССИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА 352
Закирова К.Г., Кудратова Б.З., Басмои Х.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА 352
Индиаминова Г.Н.
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ 352
Куджмурадова С.Х, Бободжонов Х.Х., Назармаматова З.Б.
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ, МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 353
Махмудова С.Э., Атаева Ф.Н.
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ М ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ 353
Мирзаева Ш.А.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАП-ТЕСТА В СКРИНИНГЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ 353
Мирзаева Б.М., Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Газиева Х.Ш., Турсунбаев А.К., Асадов Н.З., Лысенко Т.Е.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН 353
Мухсинов Ф.Б., Исроилова Г.П.
К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ 354
Одилов Д.Д.
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 354
Рустамова Н.
БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ДВУРОГОЙ МАТКЕ 354
Салохова Д.К.
КОРРЕКЦИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АВО КОНФЛИКТОМ 355
Сапарбаева Н.Р.
ПРОЛАКТИН И ТИРОКСИН ВМЕСТЕ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКЦИИ 355
Сурхонов Т.У.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ TORCH – ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ 355
Тилавова Ю.М.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 356
Убайдуллаева Н.Д.
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ 356
Хамраев Х.Х., Махмудова С.Э.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 356
Хушвактов Б.С., Валидонова Д.В., Нарзиева З.Ш., Сайдахмедова М.У.
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 356
Шавази Н.Н., Тилявова С.А.
МОДЕЛИ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ИСТМИКО - ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 357
Шнарбаев Ч., Арманулы А., Байрамова А.
ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 357
Юлдашева А.Н.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 357
Юлдашева Н.Д.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ С ПОМОЩЬЮ «ЭДИНБУРГСКОЙ ШКАЛЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ 358
Юсупова М.Ф.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГОСТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 358
Абдухаликова Г.А., Эгамбердиева М.Э.
АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА ХОМИЛАДОР АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ПИЕЛОНЕФРИТНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ СИФАТ КЎРСАТГИЧИНИ ЯХШИЛАШ 358
Донабоева З.Ж.
ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМНИНГ ПАТОЛОГОАНАТОМИК ТАХЛИЛЛАРГА АСОСЛАНГАН САБАБЛАРИ 358

Рўзиева Н.Ҳ., Эргашова М.Ш.
МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУК СОДИР БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ФЕТОПЛАЦЕНТАР СИСТЕМАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ 359
Рустамова Ш.Б.
ЦЕРВИЦИТЛАРНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ 359
Утениязов Р.Ж.
БАЧАДОН БУЙНИ ДИСПЛАЗИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ 359
Davletova D.M.
HORMONAL FEATURES OF WOMEN WITH HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM 360
Kudratova D.Sh.
DELIVERY OF PATIENTS WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC FLUID IN TERMS OF THE RISK OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY COMPLICATIONS 360
Kurbaniyazova. M.Z.
USE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES PILLS IN THE TREATMENT OF THE POLYCYSTIC OVARY SYNDROME 360
Makhmudova S.E.
MODERN METHODS OF PREDICTING PREECLAMPSIA 361
Nasirova Z.A., Makhmudova S.E.
REPRODUCTIVE HEALTH AND CONTRACEPTIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE UNDERGONE CAESAREAN SECTION 361
Navarchuk N.M., Guzik O.V., Ljubkivska M.S.
MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE ANOGENITAL MAMMARY-LIKE GLANDS 361
Tilavova Y.M., Yusupova M.F., Saifulina D.M.
CHOICE OF THE METHOD OF PREVENTIVE THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT PREPARATION FOR THE DELIVERY 361
Todjiyeva N.I.
IMPROVEMENT OF TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PREMENOPAUSE 362
Zhartaul S., Abubakirova N., Toregeldy G., Tuymebayeva A.
EFFECT OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS ON THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG PREGNANT WOMEN 362

Секция «Морфология»

Абдуева О.Н.
ОЧИСТКА АРТЕРИЙ ПРИ ПОМОЩИ ЛАЗЕРА 363
Абдужаппарова Н.Э., Рахманов С.Р.
ОТБОРНЫЕ ЖИЗНЕСПОСОБНЫЕ ЭМБРИОНЫ ДЛЯ ЭКО 363
Абдуманнобов Ж.Г.
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ 363
Абдумуродова Д.
ТРИХОМОНАДОЗ - ТИПИЧНЫЙ АНТРОПОНОЗ 364
Абдурахимова А.Ф., Рашидов Ф.А.
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ 364
Абдурашадова Ш.А.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА НА ТЕРРИТОРИИ УЗБЕКИСТАНА 364
Абдусамиева Н.К., Аманбоева Ф.Б.
К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 365
Авазов Х.Б.
СИНТЕЗ И ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ СМЕШАНОЛИГАДНЫХ ДВУЯДЕРНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ Co(II) 365
Авлиёзода А.
РОЛЬ ДЕРМОРФИНА (ДМ) В ПРОЦЕССАХ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРОГО ВАРАНА (VARANUS GRISEUS) 365
Алимухамедова С.Ш.
АКТИВНОСТЬ МИКРОСОМАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 366
Асадова Н.Х.
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ТИМУСА ЧЕЛОВЕКА 366
Асатуллаев И.А.
МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИЗОТОПОВ И РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ 366
Асатуллаев И.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФОТОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ФАРМАЦИИ 367
Ахмедов Ж.З.
КАЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ 367
Бабарахимова С.Б.
ВИДЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ 367
Бабьяк А.А.
НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ 368
Бережная А.В.
РОЛЬ СТАФИЛОКОККОВ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ БАКТЕРИЕМИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 368
Бобоев М.М.
ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ПЕРИЛИМФЫ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ГЕНТАМИЦИНОМ 368
Бобоев М.М.
МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 369

Бобохонова Ш.Б., Хакимов М.И., Бустонов Б.М.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗА 369
Вегера И.А., Михайлишин Г.И.
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ 369
Вербец К.В.
КРИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ 370
Гаффарова С.Ш., Абдурахимова А.Ф.
МОРФОЛОГИЯ ПНЕВМОПАТИЙ 370
Гаффарова С.
НАРУШЕНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА ПРИ СОЧЕТАННО-МНОЖЕСТВЕННЫМ (ЛЕГКИЕ И ПЕЧЕНЬ) ЭХИНОКОККОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕЦИЛОМИКОЗОМ 370
Гелетей Д.Й.
ЭЛЕКТРОСОНТЕРАПИЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ 371
Гилева О.Г.
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ КРЫС В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 371
Джалолов Д.А.
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОМЕРТВЕВШИХ ЭХИНОКОККОВ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ МИКРОБНОГО ЗАРАЖЕНИЯ 372
Джуракулова М.Ж., Рахимжонова Х.У.
ДЕРМАТОГЛИФИКА И ТИП ТЕМПЕРАМЕНТА 372
Емельянова А.С.
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ НЕЛЕТАЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ С ПАТРОНАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ 372
Жалолитдинова Ш.А., Худоярова Г.Н.
ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ, ОПАСНЫЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ 373
Жуманов З.Э.
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ПРОСТРАНСТВ В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ 373
Жуманов З.Э.
ОСНОВНОЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА И IV ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ 374
Индиаминов С.И., Жуманов З.Э.
СООТНОШЕНИЕ ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ПРОСТРАНСТВ В БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИ СМЕРТИ ОТ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ШОКА 374
Иниятиллаева С.А.
ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ МОЗГ И ЧАСТОТА ЭМОЦИЙ ЧЕЛОВЕКА 374
Иршодзода А.Д.
АНАЛИЗ АСТРОГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ 375
Исмоилов Ж.М.
МОРФОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ СЕКРЕТА ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ 375
Исмоилов Ж.М.
МОРФОЛОГИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ 375
Истамова М.И.
ОПТИЧЕСКИЕ ИЛЛЮЗИИ. ОБМАН ЗРЕНИЯ 376
Исупова Е.А., Мулюкова Л.А., Хакимов Р.А.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА В ТКАНИ ПЕЧЕНИ КРЫС 376
Камалова Ч.Б.
АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА КРЫСЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ 376
Камилова Ю.Д.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА 377
Кенжебаев И.Н.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТИТОВ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ 377
Кишкан П.Я., Савка И.Г.
МЕТОДИКА 3D РЕКОНСТРУКЦИИ ОСТРОГО ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ 377
Кишкан П.Я., Кишкан И.Г.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ДИМЕТИЛКСАНТИНОВ НА ЭКСКРЕЦИЮ ИОНОВ КАЛИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 378
Корнильев М.В., Волковский Н.Р.
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА 378
Клещук А.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 379
Круликовская К.С., Черникова Г.Н.
ХОД РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ЗАРОДЫШЕЙ ЧЕЛОВЕКА 6,0 – 9,0 ММ ТЕМЕННО-КОПЧИКОВОЙ ДЛИНЫ 379
Мамарасулов Ш.А., Игамкулова Д.
ВЫДЕЛЕНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ ИЗ РАСТЕНИЯ CICER MOGOLTAVICUM A. KOR 379
Манаконов А.Э.
МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА 379

Миниярова А.Р.
ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОАНАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫСЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ И ПРИ ДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ 380
Мирзамухамедов О.Х.
ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ СЕРДЦА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ 380
Мирхакимова Ф.М.
МОРФОЛОГИЯ АПУДОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ 380
Мохова А.А., Абзалова А.Р.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ И ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2000-2015 г. 381
Муминов Б.Ш., Рашидов Ф.А.
МОРФОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ 381
Муминова С.С.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ХРОМАТОГРАФИИ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ 381
Мухаммаджонова М.
ИЗУЧЕНИЕ ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЛАВОНОИДА КВЕРЦЕТИНА 382
Мухаммедова Ф.Ф.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ, СПЕЦИФИКА, ОПТИМАЛЬНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ 382
Назарова Г.Х.
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ 382
Назарова Г.Х.
НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННУЮ И ВРОЖДЁННУЮ ПАТОЛОГИЮ 383
Неганова О.А.
МОРФОЛОГИЯ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ 383
Ниёзов Н.К.
ИЗМЕНЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИГОР 383
Норбекова Н.К.
ТОКСОПЛАЗМА - ПАРАЗИТ, МАНИПУЛИРУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ 384
Норов М.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕЩЕСТВА НА ОСНОВЕ ФИБРОИНА ШЕЛКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ 384
Нурбаева И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛОЧНО-КИСЛЫХ ПРОДУКТОВ ИЗ КОЗЬЕГО МОЛОКА ПРИ ПИТАНИИ ДЕТЕЙ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ 385
Одилова Ш.
РАСЧЁТ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ 385
Очилова М.Ш., Бакиров А.А.
ВЕТРЯННАЯ ОСПА 385
Охотникова Д.А., Сысуева М.В.
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 386
Ортиков К.К., Нажмиддинова Н.Н.
ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ПОТОМСТВА, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ В СОСТОЯНИИ ГИПОТЕРИОЗА 386
Ортиков О.С.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ГИПОТЕРИОЗЕ 387
Плантус И.В., Юхновец А.Н., Черникова Г.Н.
ДИНАМИКИ РАЗМЕРОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА 387
Понич М.В.
НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НАУШНИКОВ НА ОСТРОТУ СЛУХА 387
Раимбаева С., Раимбаева П.
ВЛИЯНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛИКОВ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИТОХОНДРИЙ СЕРДЦА 388
Рахматов М.М.
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ МОЗЖЕЧКА НА УЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТАХ 388
Рябая О.В.
ХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ 388
Сагдуллаев А.
ПЕРСПЕКТИВЫ НАНОТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ 389
Саидов Н.Д., Ширинов Ж.Ш., Фазлиддинов К.З.
К МОРФОЛОГИИ МУКОВИЦИДОЗА 389
Сирожединова С.
КОКЛЮШ - ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ 389
Собиров Ш.
ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЗЬЕГО МОЛОКА ПРИ ПИТАНИИ ДЕТЕЙ 390
Содикова С., Турсунова М.
СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ВНУТРИОРГАННЫХ СОСУДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ 390
Стасюк П.И.
МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО. ЛАЗЕР 390
Суюнова М.Ш.
ЗОЛОТИСТЫЙ СТАФИЛОКОКК – ОЧЕНЬ ОПАСНАЯ БАКТЕРИЯ 391
Терещенко М.В.
ОБМЕН ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ В КОЖЕ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 391

Туракулов А.Э.
ИЗ ИСТОРИИ ПАРАЗИТОЛОГИИ 391
Уктамова Ю.У.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ В БИОСФЕРЕ 392
Усманова М.Д.
МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ 392
Усманова М.Д.
ФЕТОМЕТРИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ 392
Фёдорова Т.С.
ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ИХ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКОЙ 393
Фурохов И.Ё., Хомидзода К.А., Ганиева Ш.О.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ К АНТИБИОТИКАМ 393
Хамраев А.Х.
МОРФОЛОГИЯ И РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА 394
Ходоровская А.А.
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПЛОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА 394
Ходоровская А.А.
АДАПТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА 394
Холикулова М.М, Рахимов И.К.
НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 395
Холмуродова Х.Х.
РАБОТА МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖИ ПОЗВОНОЧНИКА 395
Хусанова Д.
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ 395
Чернобровкина М.С, Прибыткова П.Ю, Абасова А.Д.
ОБЩАЯ МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СРЕДСТВ ДЛЯ НАНЕСЕНИЯ МАКИЯЖА 396
Шаймарданова А.Ф.
ДЕФЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ДИАФРАГМЫ И ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА 396
Шодиев И.З.
СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРОЛИКОВ С ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ПРОЛИНА 396
Шаймарданова А.Ф.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОДКОЖНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ И КРОВОПОДТЕКОВ 397
Шаймухаметова Г.Ф., Бушмакин А.А., Долгушина А.А.
ПРИЖИЗНЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК 397
Шашерина Я.В., Гарипова Р.Р.
АДАПТОГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ НООТРОПОВ 398
Эшмурадова С.Ш.
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ МАТКИ ЛАБОРАТОРНОЙ БЕЛОЙ КРЫСЫ 398
Юсупов А.Б., Османов Т.М.
ХРОНИЧЕСКИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ 398
Юсупова С.Х.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ АМПУЛЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА У МЛЕКОПИТАЮЩИХ, ИМЕЮЩИХ И НЕИМЕЮЩИХ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ 399
Абдуллаев Э.
ДАУН СИНДРОМИ-САБАБЛАРИ, КАСАЛЛИК БЕЛГИЛАРИ, ТАШХИСЛАШ 399
Абдуллаев Э.Ж.
СУНЪИЙ КОН АЙЛАНИШ АППАРАТИ 399
Акбаров Ш.Ғ.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛ МИОРКАРД ИНФАРКТИ ДИНАМИКАСИДА ГЛИЦИННИНГ КАТАЛАЗА ВА СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗА ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИ 399
Бахтиёрова Г.Г., Махмудов О.И., Давранов С.Ф.
ЗАМОНАВИЙ ЕНГИЛ АВТОМОБИЛ САЛОН ИЧИ ТРАВМАЛАРИДА ОЛДИНГИ УРИНДИК ЙУЛОВЧИ (ОУЙ) ТАНАСИГА ЕТКАЗИЛГАН ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ БАХОЛАНИШИ 400
Бахтиёрова Г.Г., Махмудов О.И., Мейлиев Х.А.
АВТОМОБИЛЬ САЛОНИ ИЧИ ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ХАЙДОВЧИ ТАНАСИДАГИ ЖАРОХАТЛАР ХУСУСИЯТИ 400
Бобоқулова А.К.
МАГНИТ РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИЯ 401
Давронова М.У.
ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ЁШГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ 401
Жўрақулов А.Г.
ТАБИИЙ ХОМАШЁДАН ОЛИНГАН ХЛОРОФИЛЛ ВА ПОРФИРИНЛАРНИНГ ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАШ ИСТИҚБОЛЛАРИ 401

Зарипов Ж.С., Рахматов М.М., Бахтиёрова Г.Г.
ТАМАКИНИНГ ЗАХАРЛИ ЭЛЕМЕНТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭКОЛОГИЯГА ТАЪСИРИ 402
Ибодуллаева Д.Р.,Бахтиёрова Г.Г.
ТАШҚИ ТАЪСУРОТЛАРГА НИСБАТАН ВЕГЕТАТИВ РЕАКТИВЛИК ОСТИДА ОРГАНИЗМНИНГ ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ РЕАКТИВЛИГИ 402
Исламова З.Б., Шерназаров Ф.
АТРОФ МУХИТ ЗАРАРЛАНИШ САБАБЛАРИ ВА ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ 402
Исламова З.Б., Жураев У.
БОЛАЛАРДА ҚАНДЛИ ДИАБЕД КАСАЛЛИГИ 403
Ишкуватов К.
БАЛИҚ ГЎШТИ-ҚИММАТЛИ ОҚСИЛГА БОЙ ПАРХЕЗБОП МАХСУЛОТ 403
Каримова М.А.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛ МИОКАРД ИНФАРКТИ ДИНАМИКАСИДА ҚУЁНЛАРНИНГ ҚОН ПЛАЗМАСИДАГИ ЎРТАЧА МОЛЕКУЛЯР ПЕПТИДЛАР МИҚДОРИГА ГЛИЦИННИНГ ТАЪСИРИ 403
Маткаримова Г.М.
БЕЗГАК КАСАЛЛИГИ 404
Мейлиев С.
АСАЛАРИЧИЛИКНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА ВЕТЕРИНАРИЯ ТАДБИРЛАРИ 404
Мўминов Э., Назарова Г.Х.
ТРИХИНЕЛЛЁЗ – ХАВФЛИ КАСАЛЛИК 405
Нажмиддинов Х.Д.
ҚУЁНЛАРДА ЭЙМЕРИОЗ (КОКЦИДИОЗ) КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ 405
Очилов Д.Қ., Тошпулатов Р.Х.
ҚУЁНЛАРДА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК – ЖИГАР БОЙЛАМИНИНГ СОЛИШТИРМА ТОПОГРАФИЯСИ 405
Позилов М.К., Рахимов А.Д., Эрназаров З.М., Асраров М.И., Абдулладжанова Н.Г.
СТРЕПТОЗОТОЦИН ДИАБЕТДА КАЛАМУШ ЖИГАР МИТОХОНДРИЯСИ ПАССИВ ИОН ЎТКАЗУВЧАНЛИГИГА ГОССИТАН ВА ПС-5 ПОЛИФЕНОЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ 406
Пўлатов М.
ТЕЗ КОРОНАР ЎЛИМ ҲОЛАТЛАРИДА ТОЖ ТОМИРЛАРИДАГИ АТЕРОСКЛЕРОТИК ЎЗГАРИШЛАР 406
Расулов Ш.М.
ЭХИНОКОККОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ 406
Расулов Ш.М., Расулова К.М., Мухиддинова Г.А.
ГЕЛЬМИНТОЗЛАРИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ 407
Рахмонов У.А.
ТОВУҚЛАРДА ГИПОВИТАМИНОЗЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ 407
Солижонов М.
ДАУН СИНДРОМИ-БЎЛГАН ОДАМЛАРНИНГ ЎРТАЧА УМР ДАВОМИЙЛИГИ 408
Суюнов Н.
БОЛАЛАРДА АСКАРИДОЗ БЕЛГИЛАРИ, АСОРАТЛАРИ, ДИАГНОСТИКАСИ 408
Тошпулатов Р.Х., Очилов Д.Қ.
ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАСТКИ АРТЕРИЯЛАРИ ВА ҲИҚИЛДОҚ ҚАЙТУВЧИ НЕРВИНИНГ СОЛИШТИРМА ТОПОГРАФИЯСИ 409
Тураев Н.Т., Хасанова М.А, асс.Ҳакимов С.А.
ОДАМ СОЧЛАРИНИ ТЕКШИРИЛИШИНИНГ СУД ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ 409
Ўктамов М.
НАФАС ЙЎЛЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ИККИЛАМЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРНИ ЧАҚИРУВЧИ БАКТЕРИЯЛАРГА ФИТОНЦИДЛАРНИНГ ТАЪСИРИ 409
Ўктамов М.О.
КЎК ЯПРОҚЛИ ТЕРАК – ТУРАНҒАНИНГ НЕМАТОДА ФАУНАСИ ЭКОЛОГИЯСИ 410
Файзуллаева Н.Н.
АНКИЛОСТОМА - ОБЛИГАТ ПАРАЗИТ 410
Худойбердиев Х.Х., Қурбонов Ж.С.
ОВҚАТЛАНИШИ ТУРЛИ ХИЛ БЎЛГАН ХАЙВОНЛАР ОШҚОЗОНИ ТУЗИЛИШИНИНГ ҚИЁСИЙ МОРФОЛОГИЯСИ 410
Хужакулов Ш.
ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА ПАТОГЕН СТАФИЛОКОККЛАРНИ НАЗОФАРИНГИАЛ ТАШУВЧАНЛИК ҲОЛАТИ 411
Хуррамов Я.И.
ЁРУҒЛИК НУРЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ 411
Шарипов М.Х.
БИТЛАРНИНГ ТИББИЁТДАГИ АҲАМИЯТИ 411
Явгашев А.А., Болтаев К.С.
ИЛДИЗ БЎРТМА НЕМАТОДАЛАРИ 412
Янгибоев О.Қ., Йулдошева М.О.
ДИАРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДАН АЖРАТИЛГАН ЭШЕРИХИЙЛАРНИ АНТИБИОТИКЛАРГА ЧИДАМЛИЛИГИ 412
Baymuradov R.R.
MORPHOLOGICAL CHANGES OF TESTES OF RATS IN THE NORM, WITH CHRONIC RADIATION DISEASE AND UNDER THE EXPOSURE TO THE BIOSTIMULAN 412
Davronov S., Tojiev U., Khaydarov D.
THE STRUCTURE OF MORTALITY ACCORDING TO THE MATERIALS OF FORENSIC MEDICAL SERVICE 413

Grigorchuk M.I.
NANORABOTS IN MEDICINE 413
Ibrakhimov Sh.F.
PROGRESS OF ENDOGEN INTOXICATION IN DYNAMICS OF EXPERIMENTAL MYOCARDIAL INFARCTION ON LAB RABBITS 413
Khasanova D.A.
ANATOMY OF THE LYMPHOID FORMATIONS OF THE COLON IN RATS IN EARLY POSTNATAL ONTOGENESIS AND ITS CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF CYMBUSH 414
Khasanova D.A.
MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LYMPHOID STRUCTURES OF RATS' SMALL INTESTINE IN NORM AND UNDER THE INFLUENCE OF ANTISEPTIC – STIMULATOR DOROGOV FRACTION 2 ON THE BACKGROUND OF CHRONIC RADIATION SICKNESS 414
Khayrullaev A.
FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF THERMAL INJURY 414
Kushnir O.Yu.
EFFECT OF WATER AND SALINE OVERLOAD ON THE OXIDATIVE STRESS FORMATION IN LIVER OF STREPTOZOTOCIN DIABETIC RATS 415
Mahmudova S.
INFORMATION ABOUT RABIES AND PREVENTION OF DOG BITES 415
Mardonov Sh.
FEATURES OF THE HEALING OF ABRASIONS WITH DIFFERENT LOCALIZATION 415
Martsyniuk O.V.
THE EFFECT OF ELEKTROMAGNETIC FIELDS ON THE HUMAN BODY 416
Navarchuk N.M., Guzik O.V., Kalushka I.V.
STRUCTURAL PECULIARITIES OF THE THE RECTOUTERINE LIGAMENT IN POSTNATAL ONTOGENESIS 416
Nikiforov D. M.
PHYSICAL MECHANISMS OF INFLUENCE OF INFRASOUND ON THE HUMAN BODY 416
Nozimova N.H., Fakhriev J.A.
PATHOPHYSIOLOGY OF STROKE 417
Ostapenko I.V.
INVESTIGATION OF BIOLOGICAL OBJECTS BASED ON QUANTUM DOTS 417
Popova I.S.
PECULIARITIES OF FASCIAL SHEETS AND SPACESOF HUMAN NECK IN THE INFRAHYOID REGION DURING FETAL PERIOD OF PRENATAL DEVELOPMENT 417
Pulatov M.
MODELING OF THE BLOOD VOLUME WITH DIFFERENT VENTILATIONS OF THE BRAIN ARTERIES 418
Ravshanova N.A.
FUNGI OF THE GENUS PAECILOMYCES IN THE HUMAN DISEASE ECHINOCOCCOSIS 418
Reshetilova N.B., Nana K.A.
DEVELOPMENT OF LATERAL VENTRICLES OF HUMAN BRAIN 418
Salekhi D.D., Davydova N.V.
ACTIVITY OF SOME ANTIOXIDANT ENZYMES IN RATS LIVER UNDER CONDITIONS OF ALCOHOLIC INTOXICATION, MODIFIED PHOTOPERIOD AND MELATONIN ADMINISTRATION 419
Shandro K.
PERINATAL ANATOMY OF HUMAN ILEOCECAL SEGMENT 420
Shavkatov Sh., Abduraufov Z.
FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF WOUND HEALING 420
Shchudrova T.S., Kopchuk T.G., Dudka Ye.A., Dikal M.V.
MELATONIN PROTECTS KIDNEY IN RATS WITH TOXIC NEPHROPATHY AND PINEAL DYSFUNCTION 420
Shchudrova T.S., Kopchuk T.G., Korotun O.P.
PROTECTIVE EFFECT OF MELATONIN IN RHABDOMYOLYSIS -INDUCED ACUTE KIDNEY INJURY IN RATS 421
Sherbekov B.E., Davronov S.F., Mukhammadiev F.N.
CHARACTER OF DEFECTS RENDERING OF MEDICAL AID 421
Tukhsanova N.E.
MACRO-MICROSCOPIC ANATOMY OF LYMPHOID FORMATIONS OF THE SMALL INTESTINE OF NEWBORN RATS 421
Tursunov S.S.
IMPROPER RENDERING OF MEDICAL ASSISTANCE IN THE ACTIVITIES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS 422
Yaremii I.M.
EFFECT OF MELATONIN INJECTIONS ON THE CONTENT OF CERULOPLASMIN IN BLOOD PLASMA OF DEXAMETHASONIC DIABETIC RATS 422

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Распечатанный вариант статьи в двух экземплярах.
3. Электронный вариант статьи на CD диске.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.
2. В начале статьи указывают: название, фамилии и инициалы авторов, наименование учреждения(й), где выполнена работа.
3. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 14, с двойным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе WORD.
4. Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.
5. Таблицы должны иметь заголовок. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.
6. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. На обороте фотографии обозначают верх и низ, ставится номер рисунка, фамилия автора и название статьи. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.
7. Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.
8. Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических и математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.
9. К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата обьемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи. Необходимо что бы было УДК. Для статей в рубрику “Обзор литературы” и “Случай из практики” реферат не обязателен.
10. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списка. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы возлагается на авторов. При составлении списка литературы указываются: для книг - фамилия, инициалы авторов, название книги, место, издательство, год издания, количество страниц; для журнальных статей - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, номер, страницы (от - до); для статей из сборников - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, страницы (от - до); для авторефератов диссертаций - фамилия и инициалы автора, название диссертации, докторская или кандидатская, место издания, год, количество страниц.
11. Объем статей для рубрик “Клинические исследования”, “Экспериментальные исследования”, “Обзор литературы” и “Лекции” не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик “Обмен опытом” и “Случай из практики" - не более 4-5 страниц.

Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы не принимаются. Статьи не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются.

Отправка статей по электронной почте допускается в порядке исключения - только по согласованию с редакцией.

ISSN 2181-5674