

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

70

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ**



Самарканд 27 мая 2016 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ**

27.05.2016 г.

**МАТЕРИАЛЫ 70 НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

Под редакцией проф. А.М. ШАМСИЕВА

Самарканд-2016

**МАТЕРИАЛЫ 70 -й НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Я.Н. Аллаяров, С.С. Давлатов, Э.С. Тоиров,
З.Б. Курбаниязов (заместитель главного редактора),
Ш.А. Юсупов, Н.А. Хамраева,
Н.А. Ярмухамедова

Контактные телефоны:

Тел: (+99866) 233-07-66

Моб: (+99890) 192-30-10

e-mail: sammi@sammi.uz

Адрес: 140100, г. Самарканд, ул. А. Темура, 18

ХИРУРГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Абдумажидов А.Ш., Эшмуродов Л.Н., Жахонгилова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Острый аппендицит является наиболее распространенным заболеванием органов брюшной полости, требующим неотложного оперативного лечения. Количество пациентов с этой патологией составляет 30–40% всех больных хирургического профиля. Высокий уровень послеоперационных гнойно-септических осложнений обусловлен малоэффективной и недостаточной по своему содержанию, а зачастую формальной профилактикой гнойно-септических осложнений. Таким образом, разработка и внедрение новых методов профилактики гнойно-септических осложнений является актуальной проблемой современной хирургии. **Цель работы:** Оценка эффективности нового разработанного способа профилактики гнойно-септических осложнений при остром аппендиците. **Материал и методы исследования:** Был проведен комплексный анализ результатов клинического и инструментального обследования, а также осмотр результатов лечения 238 больных с острым деструктивным аппендицитом. В первую контрольную – группу клинических наблюдений нами включен 126 пациент с острым деструктивным аппендицитом, которым проводилась профилактика гнойно-септических осложнений, заключающаяся в назначении антибактериального препарата, относящегося к группе цефалоспоринов 4-й генерации в комбинации с метранидазолом за 30 минут до операции и промывании брюшной полости раствором фурацилином интраоперационно. Вторую группу наблюдений составили 112 больных острым деструктивным аппендицитом, которым проводилась профилактика гнойно-септических осложнений по оригинальной методике, основанной как на системном применении антибактериальных препаратов, так и местном повышении их концентрации путем мелкодисперсной локальной дозированной обработки брюшной полости в очаге воспаления. Каждая группа больных разделилась ещё на 3 подгруппы в зависимости от способа обработки культи червеобразного отростка. **Результаты:** Это позволило выявить острый гангренозно-перфоративный аппендицит у 3 пациентов (2,4 %), острый гангренозный аппендицит у 12 пациентов (9,5 %), острый флегмонозный аппендицит у 111 пациентов (88,1%) пациентов. Во второй клинической группе острый гангренозно-перфоративный аппендицит обнаружен у 5 пациентов (4,5 %), острый гангренозный аппендицит у 9 пациентов (8,03 %), острый флегмонозный аппендицит у 98 пациентов (87,5 %). **Выводы:** Комплексный подход с использованием вышеуказанных методик обработки культи червеобразного отростка в сочетании с применением оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений способствует скорейшему снижению воспалительного процесса, уменьшению количества нагноительных осложнений, а также снижению послеоперационного койко-дня.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Аброров Ш.Н., студент 510 группы леч. факультета,
Джумаева М.И., студентка 606 группы факультета медицинской педагогики СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой - к.м.н. доц. Матлубов М.М.)
Научный руководитель: асс. Ким О.В.

Органические заболевания сердца встречаются у беременных женщин с частотой 10–40 на 1000 человек, что диктует острую необходимость изучения своевременной диагностики и соответствующего лечения у данного контингента больных. **Цель работы:** Повысить эффективность медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы беременных с приобретенными пороками сердца при абдоминальном родоразрешении. **Материал и методы исследования:** Обследование и лечение беременных (52 исследуемые) с пороками сердца (ПС) в возрасте от 18 до 38 лет, при сроках гестации 36–39 недель проводилось в родильном комплексе клиники СамМИ за период 2011–2013 годы. В зависимости от способа медикаментозной подготовки все больные были разделены на 2 группы: больным I-ой группы (28 исследуемых) метаболическая поддержка миокарда проводилась препаратами Инозие-Ф 400 мг/СУТ, панангин 10 мл в сочетании с β -адреноблокаторами пролонгированного действия – бисопрололом (1,25–5 мг/сут), дозу которого определяли величиной ЧСС, величиной системного АД; с низкомолекулярным гепарином (эноксапарин 40 мг каждые 12 ч, применение которого в обязательном порядке отменяли за 12 часов до операции. При признаках застоя в малом круге кровообращения назначали торасемид, дозу которого определяли суточным мониторингом объема мочи. Также с целью профилактики ДВС-синдрома назначали фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки. Больным II-ой группы (24 исследуемых) проводилась традиционная медикаментозная подготовка, включавшая применение сердечных гликозидов (дигоксин 0,25 мг/сут), антагонистов альдостерона (спиронолактон 25–100 мг/сут), нефракционного гепарина (5000 Ед/сут), рибоксина (10 мл/сут). Исследование проводилось в 2 этапа: 1-й – исходное состояние, 2-й – через 7 дней после начала медикаментозной поддержки сердца. Потребность миокарда в кислороде определяли по двойному произведению (ДП)=АДсистЧЧСС/1000. Гемодинамику изучали аппаратом ЭхоКГ (ACCUVIXQX, Medison, Япония), ЭКГ (Геолинк ЭКЗТ-12-01, Япония), измерение ЧСС, САД, SpO₂, ЧДД монитором Schiller-argus, Швеция. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2003 с использованием критерия Стьюдента. **Результаты:** Исходные величины в обеих исследуемых группах были идентичны, достоверно не отличались друг от друга, а состояние гемодинамики у беременных I-ой и II-ой группы соответствовало гипокинетическому типу (1-й этап). Через 7 дней после начала медикаментозной подготовки (2-й этап) у беременных I-ой группы наблюдалось изменение гемодинамического типа положительно: ЧСС составляла 78,8±1,2 удара в мин, ДП 7,15±0,33, СДД 76,8±1,9 мм.рт.ст., СИ 3,13±0,08 л/(мин×м²), УИ 35,7±2,69 мл/м², ФВ 65,1±0,8 229 %, уровень почасового диуреза увеличился до 1,11±0,6 мл/кг/час. Во II-ой группе эти же показатели составили: ЧСС 95,6±1,7 удара в мин, ДП 9,42±0,29, СДД 80,6±1,9 мм.рт.ст., УИ 33,2±2,0 мл/м², СИ 2,84±0,12 л/(мин×м²), ФВ 59,1±0,5 %, количество почасового диуреза увеличилось до 0,75±0,5 мл/кг/час. Также у беременных I-ой группы отмечались нормализация пульсового артериального давления, уменьшение отеков, уменьшение или полное исчезновение неприятных ощущений в области сердца и улучшение общего самочувствия. У беременных же II-ой группы гемодинамический тип соответствовал гипокинетическому, а выраженность клинических проявлений снизилась незначительно. **Заключение:** Таким образом, применение препаратов метаболического воздействия способствует уменьшению признаков СН и предотвращает развитие грозных осложнений беременности как для матери, так и для плода.

БОЛАЛАРДА ЛИМФА СИСТЕМАСИНИНГ ЙИРИНГЛИ - ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕГИОНЛИ ЛИМФАТИК АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ КУЛЛАНИЛИШИНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ
Абдумаликов А.Б., СамМИ пед. фак. 305 гуруҳ талабаси, Худойкулов З.М. пед. фак. 704 гуруҳ талабаси,
Норбекова Ф.М., ТошДСИ Самарканд филиали стом. фак. 504 гуруҳ талабаси,
СамМИ, Болалар хирургияси кафедраси (кафедра мудир: доцент Ш.А.Юсупов)
Илмий раҳбар: доцент Норбеков М.А.

Ишнинг максоди: Болаларда лимфа системасининг йирингли-яллигланиш касалликларини даволашда регионли лимфатик антибиотикотерапия кулланилишининг афзалликларини урганишдан иборатдир. Болаларда лимфа системасининг йирингли-яллигланиш касалликлари катталарга караганда купрок учрайди. Одатда улар иккиламчи булиб, бунда куп холатларда инфекция кириш дарвозаси, яъни бирламчи учок аникланади. Шундай экан, антибиотикларни лимфа системасига киритилиши натижаларини урганишнинг ахамияти каттадир. **Текширишнинг материал ва услублари:** Ушбу ишимизда, болаларда учрайдиган лимфа системасининг йирингли-яллигланиш касалликлари, яъни лимфаденит ва аденофлегмона билан огранган 87 та бемор болаларга даволаш касаллигида антибиотикларни турли хил усуллар билан киритиб даволаш яқунлари ва уларнинг афзалликлари тахлил қилинади. Бунда касаллик купинча кичик ёшдаги болаларда жаг ости ва буйин сохаларида, катта ёшдаги болаларда эса чов сохасида жойлашганлиги эътироф этилди. Асосий гуруҳдаги 49 та беморга антибиотиклар касалликнинг жойлашган жойидан келиб чиққан холда жаг ва ияк ости ҳамда соннинг пастки учлиги сохаларидан регионал лимфатик йуллар билан киритилган булса, назорат гуруҳидаги 38 та беморга эса антибиотиклар анъанавий усуллар билан юборилди. Кулланилган усулларнинг афзалликлари касаллик клиник манзарасининг кечиши, бактериологик ва иммунологик текширишлар асосида бахоланиб борилди. **Натижалар:** Олинган натижаларни тахлил қилиш шуни курсатдики, регионли лимфатик антибиотикотерапия олган гуруҳдаги беморларда умумий ахволининг яхшиланиши, тана хароратининг тушиши, лимфа тугунларининг кичиклашиши, жароҳатдан йирингнинг камайиши ва тухташи ҳамда иммунологик курсаткичларнинг (Т-,В-лимфоцитлар, иммунологлобулинлар) меъёрига келиши анъанавий усуллар билан даволанган беморларга нисбатан бир неча кун олдин амалга ошириши ва уларнинг шифохонада ётиш кунларининг хам 3,2 кунгача қисқариши аникланди. Шуниси эътиборга лойикки, серозли лимфаденитларда антибиотикларни регионли лимфатик йул билан бор йути 3-4 маротаба киритилиши қутулган натижаларга олиб келди. Бактериологик текширишларда касаллик чакирувчилари купрок тилла ранг стафилококк эканлиги аникланди. **Хулосалар:** Шундай қилиб, болалар йирингли-яллигланиш касалликларини даволашда регионли лимфатик антибиотикотерапиянинг қўлланилиши даволаш натижаларининг яхшиланишига, беморларнинг шифохонада ётиш кунларининг қисқаришига, антибиотикларнинг организмга салбий таъсирларининг олди олинишига ҳамда уларнинг тежалишига олиб келади

ЛИМФОТРОПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Акбарова С.Б., студент 602 группы мед. пед. факультета, Равзатов Ж.Б., студент 613 группы леч. факультета АндМИ
Кафедра факультативной и госпитальной хирургии (заф. каф. - д.м.н. проф. Джумабаев Э.С.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Суюнов Д.М.

В послеоперационном периоде одним из наиболее частых осложнений является пневмония. По данным Белякова В.Д., с соавт. (2006) 40% послеоперационных пневмоний были следствием аспирации, ателектаза, гиповентиляции, эмболии инфаркта лёгкого с последующим присоединением инфекции. В 60% наблюдении пневмонии были бактериальными, первично-инфицированными. **Цель работы:** Оценка эффективности паратрахеальной региональной лимфатической терапии (ПРЛТ) в комплексном лечении послеоперационных пневмоний. **Материал и методы исследования:** метод эндолимфатической антибиотикотерапии наиболее эффективный способ профилактики и лечения гнойно-септических заболеваний. Сотрудниками клиники установлено, что при лимфотропном введении антибиотиков максимальная концентрация его в лимфе создаётся через 30 мин, а в крови через час после введения. Через 6 часов и в лимфе и в крови создаётся терапевтическая концентрация, а через 24 часа в этих средах сохраняется субтерапевтическая концентрация антибиотика, чего не удаётся достигнуть при традиционном введении (Э.С.Джумабаев., В.А. Хакимов., 1986-94), что делает его привлекательным в профилактике и лечении послеоперационных инфекционных осложнений вообще и в частности при пневмонии, особенно, в группе больных с риском. (Больные с хроническими обструктивными заболеваниями лёгких, курящие, больные пожилого и старческого возраста). В клинике принято, что всем больным с симптомами воспалительного процесса в лёгких в послеоперационном периоде, проведения ПРЛТ путём ведения в паратрахеальную клетчатку 5000 ЕД гепарина разведенного на 5,0 мл 0,25% раствора новокаина, фурасемид 1,0., с последующим введением антибиотиков широкого спектра действия. (цефазолин, цефтриаксон, ампициллин и др.) один раз в день. **Результаты:** Нами изучены результаты применения ПРЛТ у 76 больных, оперированных в клинике по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (операции на желудке - 16, внепечёночных желчных путей - 36, кишечная непроходимость - 4, ущемленная грыжа - 9, и прочие - 12). Анализ проведенных исследований показал, что после ПРЛТ состояние больных сравнительно быстрее улучшилось и клинические проявления болезни разрешались к 3-4 суткам. Рентгенологическая картина характеризовалась тенденцией к улучшению, нормализовались основные лабораторные показатели, уменьшились одышка, тахикардия, заметно улучшилось общее состояние, температура тела нормализовалась ко 2-3 суткам после ПРЛТ. **Выводы:** Таким образом, анализ проведенных исследований указывает достаточно высокую эффективность паратрахеальной ПРЛТ комплексного лечения послеоперационных лёгочных осложнений в абдоминальной хирургии. Введение лимфотропных препаратов с антибиотиками в высшей разовой дозе один раз в сутки через паратрахеальное пространство обеспечивает достаточное лечебное действие.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЩАДЯЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Акрамов Д.А., студент 611 группы леч. факультета СамМИ
Курс нейрохирургии (зав. курсом д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.

Анализируются результаты оперативного лечения 986 больных с грыжами дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, находившихся в нашей клинике с 2003 по 2015 год. 83% случаях произведена магнитно-резонансная томография, и в 17% случаях КТ и МСКТ. На МРТ и МСКТ размеры грыжи дисков составляли от 5мм до 18 мм. Среди пациен-

тов 57% составляли мужчины, 43%-женщины. **Результаты:** Грыжи дисков чаще всего встречались у больных в 40-50 летнем возрасте (37,3%), в 30-40 лет – 30,9%, в 50-60 лет – 16,3%, в 20-30 лет – 10,9%. Сравнительно реже грыжи дисков встречались у больных в 60-70 лет (2,9%) и меньше всего грыжи дисков встречались у пациентов, возраст которых равнялся 10-20 годам (1,7%). По локализации грыж дисков ведущее место занимает грыжи дисков пояснично-крестцового отдела (66,5%), то есть грыжи между 5-поясничным и 1-сакральным позвонками, в поясничном отделе грыжи встречались – 29,5%. При клинико-неврологическом обследовании у всех больных наблюдались корешковый или ишалгический болевой синдром, в 75,9% случаях имелись гипестезия или гиперестезия, в 67% случаях отмечалась атрофия мышц голени и бедра от 0,5-2,5 см в окружности, монопарез ноги отмечался в 11% случаях, а нижний парапарез 6,3% больных. У 26,2% случаев наблюдались нарушения функции тазовых органов разной степени. На МРТ и КТ размеры грыжи дисков составляли от 5мм до 18 мм. Показаниями для оперативного лечения являлись сильный корешковый и ишалгический болевой синдром, чувствительные и двигательные неврологические дефициты, атрофия мышц голени и бедра, расстройства тазовых функций и неэффективность консервативного лечения. Для удаления грыжи дисков нами применяется щадящие оперативные вмешательства - интерламнарные и гемиламнарные доступы для минимизации оперативной травмы и сохранения стабильности позвоночного столба. Анализ показывает, что в 70% случаях для удаления грыжи дисков применялся интерламнарный доступ, у 19% случаев применялась частичная гемиламнарэктомия. По показаниям также производилось удаление очень гипертрофированной желтой связки. Изучение катамнеза показало, что после таких оперативных вмешательств у 90% больных наблюдались хорошие результаты и они приступили к прежней работе, у 9% случаев удовлетворительные результаты, только лишь в 1% случаях, у которых до операции имелись грыжи 2-3х дисков со стенозом позвоночного канала с грубыми неврологическими нарушениями, отмечается умеренное улучшение неврологического дефицита. **Выводы:** Таким образом, удаление межпозвоночных дисков щадящими оперативными доступами является эффективным и при этом сохраняется стабильность позвоночного столба, сравнительно быстро восстанавливается трудоспособность.

ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА МОЗГА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Алиев М.А., старший научный сотрудник-исследователь курса нейрохирургии,

Жураев А.М., студент 411 группы пед. факультета СамМИ

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

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

Цель работы: Изучение метаболических изменений в головного мозга с помощью магнитно-резонансной спектроскопии (МР-спектроскопия) при различных последствиях краниоцеребральной травмы (КЦТ). **Материал и методы исследования:** Изучены результаты МР-спектроскопии у 23 больных с различными последствиями КЦТ, лечившихся в клинике нейрохирургии Самаркандского медицинского института в течении 2013-2015 гг. Преобладали мужчин – 19 больных. Возраст больных колебался от 6 до 48 лет. **Результаты:** Выявленные нами посттравматические очаговые и диффузные изменения при последствиях КЦТ, согласно унифицированной классификации А.Н. Коновалова и соавт. (2012), подразделены на 3 степени: посттравматические очаговые КТ и МРТ изменения легкой степени у 5-х больных, средней степени у 17 больных и тяжелой степени у 6-х больных. Всем больным проведена МР спектроскопия. В наших исследованиях мы использовали одновоксельную и многовоксельную МР-спектроскопию. Наиболее часто выполнялась многовоксельная МР-спектроскопия по водороду с помощью двухмерной последовательности создания изображений химического сдвига (2D-CSI – 2D Chemical Shift Imaging). В полученных выявлены данные о содержании следующих основных наиболее стабильных метаболитов головного мозга: N-ацетиласпартат (NAA), холин (Cho), креатин (Cr), лактат (Lac) и аланин (Ala). При сравнении различных спектров использовали относительную интенсивность сигналов. С помощью относительной интенсивности сигнала сравнили спектры, измеренные на одном пациенте в здоровой и патологической ткани. В клинической практике уровень метаболитов головного мозга оценивают в виде соотношения метаболит/Cr, так как креатин считается наиболее стабильным метаболитом. В нашей работе учитывались данные тех вокселей, которые содержали только посттравматическая пораженная ткань мозга. У 19 больных на спектре и изображениях цветного картирования, на участке кистозно-рубцово-атрофической дегенерации, по сравнению спектром от не измененного вещества головного мозга в контралатеральной стороне (одновоксельном (SV) и мультивоксельном (MV) МР спектроскопии) отмечалось увеличение содержания холина и соотношения – холин-креатина, незначительное увеличение лактата и выраженное уменьшение содержания креатина, N-ацетил аспартата. **Выводы:** Таким образом, наш скромный опыт показывает, что МР спектроскопия позволяет *in vivo* определить и оценить в динамике основных метаболитов головного мозга, как креатин, N-ацетил аспартат, холин, лактат и аланин, которые могут дать информацию о состоянии метаболических процессов структур центральной нервной системы (ЦНС). В дальнейшем нами планируется более глубокое изучение метаболических процессов ЦНС при различных нейрохирургических патологиях с помощью МР спектроскопии.

МЕТОДЫ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Алимов А.А., резидент магистратуры, 2 курс, ТашПМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - проф. Агзамходжаев Т.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Тохиров Ш.М.

С учетом того, что мониторинг гемодинамики является важнейшей составной частью обеспечения безопасности послеоперационного периода, одно из главных требований, предъявляемых к мониторингу гемодинамики на современном этапе, - это малая инвазивность данного метода. **Цель работы:** Анализ диагностических возможностей методов импедансной кардиографии при оценки гемодинамических изменений раннего послеоперационного периода у детей оперируемых по поводу врожденных пороков сердца. **Материал и методы исследования:** Обследовано 30 (2-5 года) больных, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. Обязательный мониторинг безопасности включал регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, SaO₂, FiO₂, термоконтроль. Оценку глубины анестезии и состояния миоплегии в группах проводили на основе регистрации биспектрального индекса электроэнцефалограммы (BIS). У всех больных применен расширенный неинвазивный мониторинг показателей центральной гемодинамики с использованием системы «ЮМ 300» (Украина), когда регистрировали УО, ударный индекс (УИ), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) сердечных сокращений в 1 мин. и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., объем

циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг. Производился систематический электрокардиографический контроль. **Результаты:** Изменения изучаемых показателей центральной гемодинамики в течение первых суток по сравнению с дооперационными данными у всех больных характеризуются увеличением минутного объема сердца на 12–48%. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей в первые сутки после хирургической коррекции. На 2 сутки после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались. Учащением пульса на 20–36%, наиболее выраженным у детей в возрасте 2–3 лет. На 3 сутки послеоперационного периода наблюдали только постепенное урежение пульса. Изменения АД при неосложненном послеоперационном периоде были незначительными и не выходили за пределы физиологической нормы. **Выводы:** Метод импедансной кардиографии технически прост в исполнении, безопасен и позволяет в режиме реального времени получить полную информацию о характере изменений системного кровообращения, обусловленных послеоперационным периодом кардиохирургических операций у детей.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Алимов А.А., резидент магистратуры, 2 курс, ТашПМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - проф. Агзамходжаев Т.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Тохиров Ш.М.

Изучение обстоятельств ухудшения состояний после кардиохирургических операций, на данном этапе развитие кардиореанимации становится достаточно актуальным, что связано с достаточно большим процентом формирующихся осложнений. **Цель работы:** Уменьшение гемодинамических осложнений раннего послеоперационного периода у детей оперируемых по поводу врожденных пороков сердца. **Материал и методы исследования:** Обследовано 20 (2-5 года) детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. О состоянии сердечно-сосудистой системы (ССС) судили по числу сердечных сокращений в 1 мин. и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., центрального венозного давления (ЦВД), объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, проведены исследования центральной гемодинамики: минутного объема сердца (МОС) в л/мин., сердечный индекс (СИ) в л/мин/м² и общее периферическое сопротивление (ОПС) в дин/сек/см⁻⁵. Производился систематический электрокардиографический мониторинг. **Результаты и обсуждение:** Изменения изучаемых показателей гемодинамики в течение первых суток по сравнению с дооперационными данными у всех больных характеризуются учащением пульса на 36–42%, наиболее выраженным у детей в возрасте 2-5 лет. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей в первые сутки после коррекции клапанного стеноза легочной артерии и аортального стеноза. На 2 сутки послеоперационного периода наблюдали постепенное урежение пульса. Изменения АД, на данном этапе, при неосложненном послеоперационном периоде, были незначительными и не выходили за пределы физиологической нормы. Одновременно с увеличением пульса наблюдали увеличение минутного объема сердца на 10–58%. На 3 сутки после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались, однако к концу наблюдаемого периода оставались все же несколько увеличенными (12%) по сравнению с дооперационным уровнем. **Выводы:** Суть нарушений гемодинамики послеоперационного периода сводилась к более выраженной тахикардии (66%), к некоторому увеличению артериального давления и резкому повышению венозного давления (на 54%), более значительным колебаниям МОС и ОПС.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Алмабаев Ы.А., Кыжыров Ж.Н., Фахрадиев И.Р., Баймаханов Б.Б., Надиров Н.Т.,

Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии. Клинико - экспериментальная лаборатория. КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Казахстан.

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Кыжыров Ж.Н.

Спаечная болезнь продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре осложнений абдоминальной хирургии. Значимость её растёт в связи с постоянным ростом числа и объёма операций на органах брюшной полости. История развития учения о спаечном процессе начинается в публикациях начала XX века. За последние десятилетия предложено множество способов профилактики образования сращений в брюшной полости, однако до сих пор хирурги не имеют доступного средства предотвращения спаечного процесса. **Цель работы:** Повышение эффективности хирургического лечения, путем профилактики спаечной болезни, посредством применения в раннем послеоперационном периоде пролонгированной биоэлектрической стимуляции мышц передней брюшной стенки. **Материал и методы исследования:** Исследование проводится на 30 кроликах, находящихся в стандартных условиях вивария с обычным режимом кормления. Операция проводится под наркозом. Все лабораторные животные прооперированы путем наложения кишечного анастомоза по типу «бок в бок» с обязательным соблюдением Европейской конвенции защиты позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей (Страсбург 18.03.1986) для формирования спаечного процесса. В условия эксперимента спаечный процесс т формироваться 3,7,14 дней после операции. Для оценки спаечного процесса произведено умерщвление кроликов на 3,7,14 дней после операции. Наблюдения в динамики проведены благодаря диагностической лапароскопии. Оценка спаечного процесса будет проведена путем визуализации макроскопической картины, после умерщвления кроликов по шкале предложенным (В.А. Липатовым 2004 г.) на 3,7,14 сутки эксперимента, регистрация в динамике эксперимента будет произведена лапароскопически. а также гистологическим исследованием кусочков толстой и тонких кишок вместе с окружающими тканями, а также участках ткани из ранее травмированной передней брюшной стенки. (В.А. Липатовым 2004г Шкала оценивает спаечный процесс по распространенности и деформации с вовлечение внутренних органов в спаечный процесс по 5 бальной системе в порядке возрастания патологического процесса). **Выводы:** Достижение поставленных перед исследователями задач позволит рекомендовать специализированным учреждениям РК проводить профилактику спаечной болезни без применения инвазивных методов и лекарственных противоспаечных препаратов. Получить международное признание в области профилактики спаечной болезни посредством получения инновационного патента. Методика биоэлектрической стимуляции мышц передней брюшной стенки позволяет без сложных, трудоемких, экономически затратных процедур и лекарственных препаратов довольно быстро и надежно устранить развитие послеоперационных спаек.

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКИХ.
Алманова А.Ш., студентка 606 группы, леч. факультета ТМА
Кафедра онкологии и лучевой диагностики (зав. каф. - проф. Атаханова Н.Э.)
Научный руководитель: асс. Маллаева М.М.

В настоящее время статины благодаря своему гиполипидемическому эффекту приобрели статус повсеместно распространенных средств, доказавших свою эффективность в профилактике и лечении Ишемической болезни сердца (ИБС). Установлено, что у препаратов данной группы имеется ряд других биологических эффектов, в частности их влияние на рост и дифференцировку стволовых клеток, которое долгое время рассматривалось как причина появления нежелательных побочных эффектов при терапии. Однако, стала высказываться теория, согласно которой данный побочный эффект препаратов этой группы может стать имеет шанс стать оружием в борьбе с онкологическими заболеваниями. **Цель работы:** Определение влияния длительного приема аторвастатина на течение и отдаленный прогноз больных с терминальными стадиями рака легких. **Материал и методы исследования:** Объектами исследования стали 48 больных, 36 мужчин (75%) и 12 женщин (25%), средним возрастом $48 \pm 1,5$ лет с раком легких III и IV стадии, взятые на наблюдение в период с ноября по декабрь 2013 года. Больные были разделены на 2 группы: Основная группа- 23 больных, с ИБС, принимавших препарат аторвастатин в дозах 20-40 мг в течении 2-7 лет; контрольная группа-25 больных, не принимавших статины. Средняя продолжительность наблюдения 18 месяцев. **Результаты:** В ходе исследования наблюдалось, что средняя продолжительность жизни у больных контрольной группы составила 9 месяцев, тогда как средняя продолжительность жизни больных основной группы составила 11 месяцев. Было установлено, что среди тех, кто использовал аторвастатин по меньшей мере 2 года, было отмечено снижение смертности в среднем на 19% от конкретно раковых смертей. Также стоит отметить, что наблюдалась тенденция к увеличению продолжительности жизни больных с повышением дозы аторвастатина. **Выводы:** На основании проведенного исследования можно утверждать, что при длительном приеме статинов отмечается статистически значимое увеличение продолжительности жизни больных раком легких. Данное утверждение пока не является абсолютно точным, так как нельзя точно утверждать связан ли данный эффект с воздействием на стволовые клетки или же со снижением уровня холестерина в организме, но имеются основания считать данное направление перспективным для дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику.

**КИФОПЛАСТИКА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНКОВ
НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА**

Амонов Г.Т., резидент магистратуры
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии
(зав. каф. - проф. Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: доцент Ибрагимов С.Ю.

Остеопороз – одна из серьезных проблем современной медицины, значимость которой возрастает по мере увеличения количества людей пожилого возраста. Переломы позвонков являются наиболее частыми осложнениями этого заболевания. Традиционное консервативное лечение больных с данной патологией, как правило не приносит желаемых результатов. В настоящее время для лечения компрессионных переломов позвоночника на фоне остеопороза все чаще прибегают к минимально инвазивным методикам с использованием костного цемента на основе полиметилметакрилата. **Цель работы:** Изучение эффективности баллоновой кифопластики при компрессионных переломах тел позвонков на фоне остеопороза. Кифопластика является модификацией вертебропластики, была предложена в 1990-х годов. Целью данной методики является восстановление высоты тела позвонка за счет введения цемента в полость, предварительно создаваемой при помощи надуваемого баллона. Баллон вводится в позвонок транспедикулярным или парапедикулярным доступом. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 15 больных с компрессионными переломами тел позвонков на фоне остеопороза. В группе пациентов было 11 (73,3%) женщины, 4 (26,7%) мужчин, возраст – от 50 до 83 года. Наиболее распространенной локализацией перелома был переходной отдел позвоночника Th XII – L I. Оценку состояния больных проводили по трем основным показателям: выраженности болевого синдрома, социальной активности пациентов и зависимости от анальгетиков. У большинства пациентов отмечено значительное ограничение социальной активности. Все больные прошли комплексное обследование, клиническую, рентгенографию, компьютерную томографию, МРТ и лабораторного исследования. Кифопластику проводили под местной анестезией. Транскutánно, транспедикулярно вводили баллон и образовали полость, затем ее заполняли цементом. В один позвонок вводилась от 5 см³ до 10 см³ цемента. На следующий день после кифопластики больным разрешали вставать на ногу. **Результаты:** У всех больных в течение одного – двух дней наблюдался исчезновения болевых симптомов. Оценка отдаленных результатов от 6 месяцев до 1,5 года проводилась клинико-рентгенологически при контрольных осмотрах используя Европейский опросник качества жизни – 5 направлений; мобильность, самообслуживание, бытовая активность, боль и дискомфорт, тревога и депрессия. У всех больных отмечено хорошие результаты: они возвращены обычной социальной жизни и трудовой деятельности. **Выводы:** Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности баллоновой кифопластики – у всех больных отмечен выраженный регресс болевого синдрома, повышение качества жизни пациентов, уменьшение или отказ от приема анальгетиков.

**РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Асадов Т.Ш., Курбонов Н.А., Сувонов М.Т., резиденты магистратуры, СамМИ Самаркандский филиал РНЦЭМП
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ
(зав. каф. – к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.)
Научный руководитель: к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.

Цель работы: Оптимизировать профилактику гнойно-воспалительных раневых осложнений при лечении послеоперационных вентральных грыж. **Материал и методы исследования:** Основу настоящего исследования составили 81 больной в возрасте от 28 до 79 лет, перенесших аллопластику послеоперационных вентральных грыж. В качестве аллопластического материала использовали сетчатый полипропиленовый протез «Линтекс-эфил». Операции выполняли под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. У 50 больных во время операции брали жидкость из грыжевого мешка на бактериологическое исследование. **Результаты:** Установлено, что если антимикробная терапия начинается

более чем за 2 часа до момента разреза, то послеоперационная инфекция развивается в 3,8% случаев по сравнению с 0,5% при введении антибиотика за 1 час до начала операции. Если же антибиотик вводится после начала операции, частота развития инфекции начинает возрастать, достигая 5% к 8-9 часам после разреза, причем чем позже после начала операции предпринята антибиотикопрофилактика, тем выше вероятность развития инфекции. Поэтому периоперационную антибиотикопрофилактику проводили за 30-40 минут до операции, препарат вводится однократно, внутривенно. Как в периоперационном, так и в послеоперационном периодах проводили антибиотикопрофилактику цефазолином (суточная доза 3 г) на протяжении 3-4 суток. Больных активизировали на следующий день после операции. Начиная с третьих суток послеоперационного периода, регулярно (1 раз в 2-3 сутки) выполняли УЗИ области эксплантата и подкожной жировой клетчатки, при необходимости с пункционной эвакуацией жидкости. Из 81 больного, которым была выполнена аллопластика (методика "onlay") у 4 (4,9%) выявлено жидкостных скоплений в ложе эксплантата, что ликвидировано пункционным способом. При исследовании пунктата получено рост микрофлор: Staphylococcus aureus, коагулазонегативные стафилококки, Enterococcus spp. и Escherichia coli, чувствительным к таким антибиотикам, как цефуроксим, цефазолин и амоксициллин/клавуланат, что и назначались в послеоперационном периоде. Послеоперационная антибактериальная терапия в среднем длилась 5,0±1,0 дней. Частота её проведения составила 86,5%. Курс лазерной терапии проведен у 81 пациентов с использованием ИК-лазеров («Милта-Ф» и «Узор»). В послеоперационном периоде (на 2-е сутки) включали сеансы облучения передней брюшной стенки в области операционной раны через повязку. Сеансы проводили 1 раз в сутки, в течение 120 сек 5-6 зон, всего 5-7 сеансов. Режим сканирующий, длина волны – 0,89 мкм, импульсная мощность – 3 Вт, частота импульсов – 5000 Гц. Послеоперационный койко-день составил 9,5±1,5 суток. Продолжительность его определялась динамикой накопления жидкости в подкожной жировой клетчатке, требующих повторных пункций под контролем УЗИ. **Выводы:** Пластика передней брюшной стенки у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами может быть выполнена с использованием сетчатых имплантатов из пропилена и проводится с учетом выделенной микрофлоры, спектра её чувствительности к антимикробным препаратам, а также соответствующих мер антимикробной профилактики, под регулярным УЗИ-контролем операционной раны.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Аслиев У.А., Дадахян А.А., Рафиков Б.Р., Гулиева П.И., СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Шамсиев Ж.А.

МКБ является тяжелым заболеванием, требующим в большинстве случаев оперативного, а в ряде случаев длительного лечения. Изучены полиморфные генетические маркеры генов рецепторов витамина Д, остеопонтина, урокиназы, фетуина-А, интерлейкина-18, интерлейкина-18 ассоциированных с развитием и рецидивированием. В исследование были включены 100 пациентов с диагнозом МКБ, пролеченные во 2 клинике СамМИ, и контрольная группа - 48 здоровых детей. Данные были получены с помощью анализа клинических, лабораторных (биохимические и молекулярно-генетические) и инструментальных исследований. Сравнительный анализ распределения частот генотипов FokI полиморфизма гена Витамина Д дал статистически значимую ассоциацию ($p=0.02$) аллеля f по доминантной модели наследования (суммарно генотипы Ff +ff) в группе больных с уролитиазом по сравнению с соответствующим показателем в группе контроля составил 63%. При анализе распределения вариантных генотипов полиморфизма rs2853744 гена остеопонтина выявлено статистически значимое ($p=0.03$ по общей модели наследования, $p=0.008$ по рецессивной модели наследования) увеличение частоты встречаемости монозигот G/G у больных (53%) по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля (34%). Таким образом, анализ проведенных исследований позволяет сделать вывод о том, что способ выявления молекулярно-генетических маркеров на основе анализа ДНК дает возможность определить предрасположенность к МКБ на раннем, доклиническом этапе.

ПОДБОР МЕТОДА РЕГИОНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Атамурадов В.Р., резидент магистратуры 2 года обучения,

Мурадов С.С., Хамракулов Ш.Ф., студенты 705 группы медико - педагогического факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф.- доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

Разработка различных вариантов спинальной анестезии, выявление пока-заний и противопоказаний, профилактика осложнений значительно улучшает организацию оказания анестезиологического пособия при операциях на конечностях. **Цель работы:** Провести сравнительную характеристику спинальной и унилатеральной анестезии при операциях флебэктомии. **Материал и методы исследования:** Обследованы 60 больных, разделенные на две группы в зависимости от вида обезболивания. Группы были сравнимы по возрасту и патологии. В первой группе 38 чел проводилось спинальная анестезия на уровне L₃-L₄ с одномоментным введением Sol.Bupivacaini 0.5%-15mg. Вторая группа 22 чел была подвергнута унилатеральной анестезии. Манипуляция проводилась в положении на боку, на уровне L₃-L₄ с одномоментным введением Sol.Bupivacaini 0.5%-15mg, затем больного переводили на спину. Всем пациентам определяли АД, пульс и ЧД, перед премедикацией, перед проведением обезболивания, перед началом, во время и после операции, Кортизол и сахар крови определяли до и после операции. В послеоперационном периоде проводили также мониторинг болевой чувствительности ВАШ. **Результаты:** Выявлено, что при поступлении средние показатели систолического АД 130±12,3мм. рт. ст, диастолического 83±6,4мм.рт.ст. были одинаковы в обеих группах. Различия в показателях были выявлены перед проведением анестезии АД, ЧСС и во время анестезии. В послеоперационном периоде показатели: кортизол в 1-й группе (контрольной) 750-956 нмоль/л, 2-й - 58-650 нмоль/л. Сахар в крови (натощак) в 1-й группе 7,0-9,5ммоль/л, во второй 5,5-7,0ммоль/л. Исследованиями были также выявлены нижеследующие изменения в показателях ЧД. В первой группе (контрольной) 22-24раз в минуту, во второй группе (основной) 18-20раз/мин. Со стороны тазовых органов в 1 группе отмечались у 3 больных онемение нижних конечностей, слабость сфинктера заднего прохода. Во 2 группе таких явлений не наблюдалось. **Выводы:** При проведении унилатеральной и спинальной анестезии показатели гемодинамики, дыхательной функции статистически не отличались друг от друга. Однако методика унилатеральной анестезии позволяет достигать нужной анестезии, при малом количестве препарата, а так же минимизирует отрицательные моменты спинальной анестезии на организм.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ В САМАРКАНДСКОМ ВИЛОЯТЕ

Ахмедов Ю.М., студент 310 группы, Худойкулов З., студент 704 группы,

Мавлянов Н. студент 311 группы, пед. факультета СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: асс. Мавлянов Ф.Ш.

Цель работы: Улучшить диагностику и лечение врожденной патологией почек и верхних мочевыводящих путей связанной с его обструкцией. **Материал и методы исследования:** В основу работы положены результаты клинических, морфологических, бактериологических, рентгенологических, ультразвуковых, а также иммунологических методов исследования 275 детей с обструктивными уропатиями. Из 275 детей с обструктивными уропатиями 217 выполнено хирургическое лечение. **Результаты:** Клинические проявления обструктивных уропатий у детей не зависимо от возраста и уровня обструкции мало специфичны. Наличие яркой симптоматики является признаком выраженных диспластических изменений в верхних мочевыводящих путях и почечной паренхиме. При ультразвуковом сканировании обнаружена дилатация лоханки и мочеточника сопровождающиеся нарушением уродинамики и ухудшением почечного кровотока. На экскреторной урографии и КТ выявлено расширение и деформация верхних мочевыводящих путей с истончением почечной паренхимы. Все это сопровождается инфекционным воспалением, что подтверждается бактериологическими и иммунологическими исследованиями у данной категории детей. В клинике широко применялись различные виды реконструктивно-пластических, однако эти методы не лишены недостатков, что явилось поводом усовершенствование их. Так операциями выбора явились модифицированная уретеропиелопластика Андерсон-Кучера и экстравезикальный уретероцистоанастомоз. **Выводы:** Врожденные структурные изменения в верхних мочевыводящих путях и почечной паренхиме являются причиной обструктивных уропатий. Они сопровождаются инфекционным воспалением с прогрессивным снижением почечных функций приводящих к нефросклерозу. Своевременное восстановление уродинамики уменьшает риск развития грозных осложнений. Применение предлагаемых операций позволило в 91% случаев добиться хорошего результата.

СТРАТЕГИЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

Ахмедов Р.Ф., Ганиев З.Г., Жумагелдиев Ш.Ш., резиденты магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. - к.м.н., доцент Рузибоев С.А.)

Научный руководитель: доцент Рузибоев С.А.

Цель работы: Изучение течения и местного лечения ожоговых ран у больных с поверхностными и глубокими ожоговыми ранами. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты местного лечения 135 больных с термической травмой, в возрасте от 26 до 74 лет. Из них у 85 больных были поверхностные ожоги (II-IIIa степени) от 5% до 25% поверхности тела, у 50 больных были глубокие ожоги (IIIb-IV степени) от 5% до 45% поверхности тела. **Результаты:** У 57 обожженных поступивших в стадии шока, раневая поверхность закрывалась слегка подогретой мазевой повязкой с фурацилином. Обычно, первичный туалет ожоговой раны у этой группы больных производился максимально щадящим способом после купирования шока. В стадии токсемии с начинающимся влажным некрозом и обильной плазмопотерей у 76 больных применяли влажно-высыхающие повязки с антисептиками (фурацилин 1: 5000, риванол 1:1000) и сверху накладывали салфетки с мазью Вишневского (эмульсия синтомицина). Подобная повязка резко уменьшает экссудацию из раны и меньше присыхает, что облегчает следующую перевязку. Местное лечение мазевыми повязками у 62 больных с поверхностными ожогами способствовало эпителизации ран в сроки 8-12 дней, а у 23 больных с ожогами IIIa степени – размягчению омертвевших тканей. При наличии сухого некроза у 50 больных также применялись мазевые повязки. Однако их положительное влияние на течение местного процесса было недостаточным. В связи с глубиной поражения у больных этой группы возникла необходимость в некротомии и некрэктомии. В стадии септикотоксемии с влажным некрозом у 38 больных мазевая повязка применялась в сочетании с антисептическими растворами (фурациллин 1:50000). При этом с ожогами IIIa степени у 20 больных наступило очищение ран от некроза с последующей самостоятельной островковой и краевой эпителизацией. У больных уменьшалась экссудация из ран, которые также постепенно очищались и наполнялись мелкозернистыми грануляциями. У 17 больных с глубокими ожогами 10-25% поверхности тела были использованы иммобилизованные протеолитические ферменты (трипсина, химотрипсина и др.) в сочетании с 10% раствором мочевины. Подобное сочетание позволяет ускорить отторжение некротических масс, стимулировать очищение ран, более быстро подготовить раны к оперативному закрытию. Для повышения эффективности местного лечения было включено в комплексе терапевтических мероприятий и такое лечебное воздействие как полупроводниковая лазеротерапия (у 59 больных). Были последовательно использованы (у 37 больных) различные поколения прополисных препаратов: начиная с 5-10% прополисной мази, коллитина и до иммобилизованного прополиса в виде полупропорциональных салфеток «Колетекс». Данные салфетки представляют собой фермент бинарного действия иммобилизованный на текстильном материале. Одним из наиболее современных и перспективных методов местного лечения ожоговых ран является использование металлокомплексов иммобилизованных на текстильном носителе (у 15 больных). В качестве металла могут быть использованы различные соединения цинка, серебра. Вышеперечисленные металлокомплексы сочетают в себе как некролитическое действие, так и бактерицидное. **Выводы:** Применение комплексной методики общего и местного лечения ожоговых ран с использованием физических факторов и химически активных препаратов ускоряет очищение ожоговой раны, обеспечивает необходимую регенеративную активность тканей. В результате этого ожоговые поверхности быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии – кожной пластике, с получением наилучших результатов ближайшей и отдаленной реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Бабажанов Н.М., резидент магистратуры 3-года обучения

Кафедра детской хирургии 2-клиника СамМИ

Научный руководитель: д.м.н. проф. Атакулов Д.О.

Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10-17% грыженосителей и находится на 4-5-м месте среди всех госпитализированных больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии. Соотношение плановых грыжесечений к операциям выполняемым при ущемленной грыже в экономически развитых странах Европы и Америки составляет 15:1. **Цель работы:** Улучшение ре-

зультатов хирургического лечения и разработка тактики при ущемленных грыжах у детей. **Материал и методы исследования:** В основу работы включены данные 114 больных с ущемленной грыжей, прооперированных в отделениях неонатальной и плановой хирургии 2-клиники СамМИ в период 2005 по 2015 года. Из них мальчиков было 96 (84,2%), девочек 18 (15,8%). Возраст больных был до 1 года 88 (77,2%), 1-3 года 17 (14,9%), 4-7 лет 7 (6,1%), 7-14 лет 2 (1,8%). Давность ущемления от 2 часов до 10 суток. Ущемленная грыж составили пахомошоночная 68 (59,7%), паховая 43 (37,7%) и пупочная 3 (2,6%) у детей. Больные были распределены на 2 группы: 1 (контрольная) 78 (68,4%) больных, которые были обследованы и пролечены по традиционной методике в период с 2005 по 2012 года и 2 (основная) 36 (31,6%) больных, прооперированные в период с 2013 по 2016 года, которым в комплекс обследования и диагностики было применено ультразвуковое исследование с цветной доплерографией. **Результаты:** Из всех поступивших 114 больных 71 (62,3%) были оперированы по экстренным показаниям, из них 55 (48,2%) больных со сроком ущемления более суток, остальные 16 (14,1%) вследствие того, что попытка консервативного разущемления оказалась безуспешной. Следует отметить при ультразвуковом обследовании этого контингента больных с цветной доплерографией выявлен выраженный отек ущемленного участка содержимого и застой в сосудах вследствие нарушения тока крови. Оперативное лечение проводилось согласно общепринятым тактическим установкам, при этом у 5 больных обнаружен некроз ущемленной части кишечника, из них у 4 потребовалось провести резекцию кишечника с наложением анастомоза «конец в конец», у 1 учитывая развившийся перитонит, была наложена терминальная илеостома. В 2 случаях было обнаружено ущемление илеоцекального угла вместе с измененным аппендикулярным отростком, в связи с чем была произведена аппендэктомия. У 4 девочек содержимым грыжевого мешка явился некротизированный яичник, который был резецирован. У 3 содержимым мешка оказался большой салник, при этом внедрившийся участок салника был резецирован. В остальных 43(37,7%) случаях признаков выраженной ишемии с некрозом не были обнаружены и суть операции заключалась в вправлении содержимого грыжевого мешка в брюшную полость с последующей пластикой пахового канала. **Выводы:** Таким образом, ущемление грыжевого мешка является грозным осложнением и требует принятия экстренных мер. Включение ультразвукового обследования с цветной доплерографией в комплекс методов обследования играет существенную роль в постановке диагноза и позволяет определить дальнейшую тактику лечения.

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Банадьга А., резидент магистратуры «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины» Кафедра хирургии ННИПО
Научный руководитель: д.м.н., проф. Дзюбановский И.Я.

Поиск информативных методов ранней неинвазивной диагностики острого панкреатита (ОП), в том числе и острого некротического панкреатита (ОНП) - продолжается. Своевременное определение характера и степени деструкции поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки, является одним из возможных путей решения проблемы адекватного лечения данного заболевания. **Цель работы:** Установить зависимость отдельных лабораторных показателей от клинического течения ОП. **Материал и методы исследования:** Диагноз ОП устанавливался на основании анализа клинических и параклинических критериев в соответствии действующих протоколов. Проведенное комплексное обследование и лечение 39 больных с ОП, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении. В рамках исследования было сформировано 2 группы пациентов: I - с ОП средней тяжести ($n = 18$) и II - с тяжелым и критическим ОНП ($n = 21$). Степень тяжести определялся на основе наличия локальной детерминанты (некроз ПЖ и/или некроз перипанкреатической клетчатки, представленный термином "перипанкреатической некроз") и системной детерминанты (органный дисфункция) согласно Международного консилиума (2012). **Результаты:** Диагноз ОП устанавливался на основании анализа клинических и параклинических критериев в соответствии действующих протоколов. Статистической оценке подверглись основные показатели, отражающие состояние функционирования отдельных систем организма человека на 1-й, 2-й, 3-й, 7-й день заболевания. В обеих группах больных установлены сильные корреляционные связи на 1 сутки заболевания между уровнями амилазы крови и диастазы мочи: $r = 0,76$ (I группа) и $r = 0,73$ (II группа). На 2 сутки сила связи была средняя соответственно: $r = 0,61$ и $r = 0,65$, а на третий день - сильной в обеих группах ($r = 0,76$ и $r = 0,78$). На седьмой день сильная связь сохранялась между данными показателями ($r = 0,75$) в I группе. При этом уровень диастазы мочи во II группе был: $1680,47 \pm 380,33$ ЕД/л, против $837,52 \pm 185,82$ ЕД/л у больных I группы, $p < 0,05$. Уровни амилазы крови: $132,50 \pm 23,48$ ЕД/л в I, $290,71 \pm 46,67$ ЕД/л во II группе, $p < 0,01$. Средние показатели глюкозы крови были выше нормы в обеих группах в течение всех 7-и дней (соответственно: $7,52 \pm 0,33$ ммоль/л, $7,25 \pm 0,33$ ммоль/л, $p < 0,01$). Проведение УЗИ при поступлении в стационар у пациентов I группы выявило изменения в ПЖ, характерные для ОП у 17 пациентов (94,44%), это были больные со средне тяжелым течением. Компьютерная томография проводилась у 15 больных II группы с тяжелым ($n = 10$) и критическим ($n = 5$) ОНП, диагностическая ценность у больных с критическим ОНП была в 80%, с тяжелым в 90% случаев. **Выводы:** Эффективная диагностика ОП требует динамического наблюдения и анализа клинико-лабораторных критериев диагностики с целью целенаправленного и своевременного расширения объема инструментальных исследований.

УДВОЕНИЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Башаров Р.Н., Куралин И.С., Сафарова Ш.С. 2-клиника СамМИ
Научный руководитель: проф. Шамсиев Ж.А.

Удвоение желудочно-кишечного тракта - очень редкое врожденное заболевание с частотой встречаемости 0,025-1%. **Цель работы:** Представление вариантов удвоения кишечника, анализ клинической симптоматики и методов лечения. **Материал и методы исследования:** С 2008 по 2015 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 3 детей в возрасте от 6 дней до 8 лет с различными формами дубликации тонкого кишечника. **Результаты:** Характерно, что ранние патогномичные симптомы данного порока не имелись, что затрудняло своевременное распознавание. Так, двое больных ранее были оперированы по месту жительства, но истинной причины заболевания не было установлено. На повторной операции у одного больного обнаружена тубулярная, у второго - дивертикулярная форма удвоения тонкой кишки. Причиной врожденной кишечной непроходимости у 6-дневного новорожденного была кистозная форма удвоения тонкой кишки. Протяженность удвоенного сегмента составила от 6 до 100 см. Хирургическая тактика заключалась в резекции пораженного участка с наложением анастомоза «конец в конец», которая привела к хорошим результатам. **Выводы:** Симптоматика удвоения кишечника варьирует от бессимптомного течения до ярко выраженной картины серьезных осложнений, требующих неотложной хирургической помощи.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Бейсева Ж.Е., Ерсейт А.Б., студенты 601-2 группы факультета общей медицины КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Баймаханов Б.Б.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Оценить результаты работы индивидуально-активной хирургической тактики при гастродуоденальных язвах с учетом клинико-эндоскопической оценки состояния локального гемостаза в динамике и прогностических критериев риска рецидива кровотечения в городской клинической больнице №7 города Алматы. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов лечения 829 пациентов с гастродуоденальными язвами, из суммарного числа (1485) больных, госпитализированных по поводу желудочно-кишечное кровотечение различной этиологии за 2012-2015 годы в Городской Клинической Больнице №7. города Алматы. Мужчин было 532 (64%) женщины - 297 (36%). Возраст больных от 21 до 83 лет. Наиболее тяжелые, профузные кровотечения вызывали язвы, локализовавшиеся по малой кривизне желудка. Язвенный анамнез продолжительностью 5 лет и более имели 548 (66,1%) больных. У 128 (15,4%) больных желудочно-кишечное кровотечение послужило первым клиническим проявлением язвенной болезни. **Результаты:** С внедрением в клиническую практику: диагностической и лечебной видеозендоскопии, разработка достоверных критериев определения тяжести кровотечения и величины кровопотери позволили нам более объективно оценить состояние больных и прогнозировать исход лечения. В лечении больных применяли активную хирургическую тактику, основанную на индивидуально-дифференцированной оценке результативности консервативной терапии. Из 829 обследованных пациентов оперативное вмешательство произведено 327. Хирургическая активность составила 39,4%. Неотложные операции выполнены 315 (96,3%) больным, в том числе экстренные - 230 (73%). Всем больным произведено гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда. Из них умерли 18 (7,4%) больных. И срочные - 85 (27%). У 69 больного - гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда, у 16 больных - резекции 2/3 желудка, из них по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера у 10 больных и по Бильрот-I у 6 больных. В этой группе умерли 4 больных после гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы (3) и резекции желудка (1). Ранние плановые операции - 5 (2,0%) больным. Летальности нет. После неотложных операций умерли 22 (7%) больных. Анализ послеоперационной летальности в зависимости от сроков выполнения хирургических вмешательств и возраста умерших показал, что в группе больных, оперированных в неотложном порядке, лица старше 60 лет составили 61,1%. **Выводы:** Таким образом активная хирургическая тактика, выбор оптимального срока, объема и метода оперативного вмешательства больных с гастродуоденальными язвами должны носить индивидуально-дифференцированный характер с учетом конкретной клинической ситуации, локализации язвы, тяжести кровопотери и степени нарушения в системе гомеостаза, а также состояния больного. Послеоперационная летальность составила 6,7%, общая - 7,3%. На основании сравнительной оценки эффективности органосохраняющих операций и резекции желудка, выполняемых по неотложным показаниям целесообразно применения резекции желудка по Бильрот-II как операции, патогенетически более обоснованной, дающей низкую послеоперационную летальность.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧЕК В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №7
ГОРОДА АЛМАТЫ

Бейсева Ж.Е., Ерсейт А.Б., студенты 601-2 группы факультета общей медицины КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Баймаханов Б.Б.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Оценить результаты трансплантации почек за время работы отделения трансплантологии городской клинической больницы №7 города Алматы. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ историй болезни 100 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, которым с мая 2013 года по января 2015 года в отделении трансплантологии городской клинической больницы №7 города Алматы было выполнено трансплантация почки. Среди реципиентов было 54 (54%) мужчины и 46 (46%) женщин в возрасте от 14 до 58 лет (средний возраст $39 \pm 10,3$ лет). Среди доноров было 51 мужчины и 49 женщин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $39,8 \pm 10,5$ лет). Наши данные собраны ретроспективно. Скорость клубочковой фильтрации оценивалась по формуле Modification of Diet in Renal Disease. Диагноз острого отторжения был основан на клинических и гистологических критериях. Первичных трансплантаций было выполнено 99 (99%), повторных - 1 (1%) первый трансплантат функционировал 10 лет. Три пациента на момент выполнения операции имели вирусный гепатит - С в стадии клинико-лабораторной ремиссии и четыре пациента вирусный гепатит - В, также в стадии клинико-лабораторной ремиссии. **Результаты:** В 91-м случае выполнялся лапароскопически мануально-ассистированный забор почки и в трех случаях - открытый забор почки (2 мини-люмботомным и 1 параректальным доступом). В 89-и случаях был произведен забор левой донорской почки и в 5-и случаях - правой почки. Интраоперационных осложнений во всех 94-х случаях не было. В одном случае в раннем послеоперационном периоде имело место гематома послеоперационного ложа донорской почки, что потребовало реоперации и выполнения дополнительного гемостаза (на первые сутки после забора почки, забор почки выполнялся открытым методом). Всем донорам на этапе обследования проводилось компьютерная томография с болюсным контрастированием. В ряде случаев почечные трансплантаты имели анатомические особенности: в 1-ом случае почечный трансплантат имел 3 почечные артерии, в 14-и случаях имело место 2-е почечные артерии, в 3-х случаях имело место 2 почечные вены. **Выводы:** На сегодняшний день в Республике Казахстан преобладает трансплантация почки от живого родственного донора. Это позволяет получать лучшего качества донорские органы и иметь при этом более благоприятный исход в сравнении с трансплантацией почки от умершего донора. Хотя имеет место риск развития осложнений у доноров почки, что повышает ответственность в проведении данных операций.

РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ
Бобомурадов А.Н., резидент магистратуры 2 года обучения
Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: проф. Шамсиев А.М.

Эхинококкоз, являясь паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в связи с большим числом больных и существованием эндемических районов. В последнее время отмечается тенденция к распространению эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с возросшей миграцией сельского населения в города, низким уровнем

нем диспансеризации населения, нерешенными социально-экономическими и санитарно-эпидемиологическими проблемами. Самой частой локализацией паразита является печень — от 55 до 75%, несколько реже поражаются легкие — от 5 до 45%. Эхинококкоз других органов — грудной и брюшной полостей (за исключением печени и легких), мочеполовой системы, опорно-двигательного аппарата, головного и спинного мозга — относится к редкой локализации паразита, на долю которого приходится до 30% патологии. Во 2-клинике СамМИ за период 2000-2015 гг. пролечено 59 больных в возрасте от 5 до 18 лет с редкой локализацией эхинококкоза. Комплекс обследования больных включал УЗИ, МРТ, рентгенографию, РНГА и АСЛ. Мальчиков было 30 (50,9%), девочек 29 (49,1%). Больных из сельской местности было 56 (94,9%) и 3 (5,1%) из города. Локализация эхинококкоза была следующей: брюшная полость - 11 (18,6%), почка - 8 (13,5%), селезенка - 6 (10,2%), поджелудочная железа - 3 (5,1%), бедро - 2 (3,4%). Сочетанные локализации эхинококкоза диагностированы у 29 (49,1%) больных: печень и селезенка - 8 (13,6%), печень и брюшная полость - 5 (8,5%), легкое и селезенка - 1 (1,7%), печень и поджелудочная железа - 1 (1,7%), печень и головной мозг - 1 (1,7%), печень и молочная железа - 1 (1,7%), легкое и передняя поверхность шеи - 1 (1,7%), селезенка и брюшная полость - 1 (1,7%), печень и почка - 4 (6,7%), печень, легкое и почка - 3 (5,1%), печень, легкое и селезенка - 1 (1,7%), печень, легкое, почка и правое бедро - 2 (3,4%). 55 (93,2%) больным проведена эхинококкэктомия, 2 (3,4%), учитывая малый размер паразита (до 2см), проведено консервативное лечение. Рецидив заболевания отмечался у 2 (3,4%) пациентов. Таким образом, эхинококкоз различной локализацией встречается в основном у больных сельской местности. Осмотр больных в первичном звене здравоохранения дает возможность своевременно диагностировать заболевание на ранних стадиях развития паразита и провести необходимое лечение.

ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ ДЛЯ ВЫБОРА ОБОСНОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Васильев И.С., к.м.н., ассистент кафедры пластической хирургии и косметологии

ГБОУ ВПО ЮУГМУ (зав. каф. - д.м.н. Васильев С.А.)

Научный консультант: д.м.н. Абушкин И.А.

Цель работы: Повышение качества лечения больных с аномалиями развития сосудов путем внедрения в практику классификации Международного Общества по Изучению Сосудистых Аномалий (ISSVA). **Материал и методы исследования:** Проанализированы результаты лечения 10516 пациентов с аномалиями развития сосудов. Количество пациентов с гемангиомами младенцев составило 9355 (89%) и 1161 (11%) с различными видами ангиодисплазий. **Результаты:** Из 9355 больных с установленным диагнозом гемангиома младенца 8045 (86%) пациентам проводилось только динамическое наблюдение с последующей полной или частичной инволюцией новообразований. Остальным 14% больных лечение подбиралось индивидуально и включало лазерную термотерапию, медикаментозное лечение (пропранолол, ГКС), хирургическое лечение или их комбинацию. **Выводы:** Использование правильной классификации позволило избежать необоснованного лечения у 86% больных с младенческими гемангиомами, которое в некоторых случаях приводит к выраженным функциональным и эстетическим дефектам. Использование классификации ISSVA позволяет без значительных финансовых и организационных затрат повысить качество медицинской помощи больным сосудистыми аномалиями.

КУПИРОВАНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Волкова Л.Д., Волкова О.А., студентки 414 группы лечебно-профилактического факультета,

Фирсова А.С., студентка 609 группы пед. факультета УГМУ

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. Чертков А.К.)

Научный руководитель: к.м.н. Дерюжов Г.В.

Цель работы: определение эффективности радиочастотной нейротомии путем аблации нерва Люшка при купировании рефлекторного вертеброгенного болевого синдрома. **Материал и методы исследования:** Обследовано стационарные карты 22 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, прошедших лечение методом РЧА (исследуемая группа), и 24 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, прошедших лечение традиционным консервативным методом - НПВС, ЛФК, ФТЛ - (контрольная группа) в период времени с декабря 2014 г по июль 2015г. База проведения - травматологическое отделение 5 военного клинического госпиталя Внутренних войск МВД России. Критерии включения в группу, рекомендованную к прохождению лечения методом РЧА: вертеброгенный болевой синдром; установленный диагноз - остеохондроз позвоночника, грыжа межпозвонкового диска, спондилоартроз. Критерий исключения: отрицательная пробная блокада нерва Люшка на соответствующем уровне 1% раствором лидокаина. Для выполнения денервации применялся аппарат Multigen производства Stryker в режиме монополярной температурной деструкции. Экспозиция составляла 90секунд, температурный режим - 80° С. **Результаты:** По данным исследования в обеих группах пациентов было выявлено преобладание мужчин (в среднем 67%), однако данный факт обусловлен спецификой военно-медицинского учреждения. В основном, преобладает возрастная категория пациентов работоспособного возраста (31-40 лет). В подавляющем большинстве случаев нозологической причиной болевого синдрома являлись: остеохондроз (34%), спондилоартроз (14%) и грыжа межпозвонкового диска (14%). Оценка эффективности в ближайшем послеоперационном периоде определялась с применением ВАШ. Достаточная эффективность (т.е. полное отсутствие боли в течение 6-9 месяцев) при лечении путём аблации нерва Люшка достигнута в подавляющем большинстве случаев (77%). При консервативном же методе лечения вертеброгенного болевого синдрома, показатель достаточной эффективности ниже (55%). При радиочастотной нейротомии наличие повторного обращения за помощью в ЛПУ зарегистрировано в 23% случаев (купирование болевого синдрома продолжительностью менее 6-9 месяцев). Причиной может являться реиннервация нервных структур, которая приводит в повторному возникновению болей, вследствие прохождения болевого импульса по нерву Люшка. В то же время, при лечении традиционными методами в 45% случаев был зарегистрирован факт повторного обращения за медицинской помощью. **Выводы:** Таким образом, можно заключить, что радиочастотная аблация как метод купирования вертеброгенного болевого синдрома является эффективной, малотравматичной процедурой. Основными преимуществами РЧА является то, что процедура не требует общего обезболивания, малоинвазивна, оперативное вмешательство длится не более 30 минут, короткие послеоперационный и реабилитационный периоды. Таким образом, процедуру радиочастотной аблации можно использовать в качестве первого этапа лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Галимова А.И., Кудрявцев О.В., студенты 610 гр. педиатрического факультета Уральского ГМУ

Кафедра общей и факультетской хирургии (зав. каф. – доцент Столин А.В.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Столин А.В.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и её осложнение в виде острого холецистита является одной из «болезней цивилизации», наряду с атеросклерозом, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа. Вместе с тем, алгоритм диагностики и лечения осложнённых форм ЖКБ чётко не определен, как критерии выбора хирургической и эндоскопической коррекции, так и их наиболее оптимальная последовательность. Этапность лечения и последовательность использования различных методик, их клиническая оценка у больных с осложнёнными формами ЖКБ недостаточно отражены в литературе и нуждаются в дальнейшем изучении. **Цель работы:** Выбор лечебной тактики при осложнённой форме желчнокаменной болезни (острый холецистит, холедохолитиаз) у больных с сопутствующими заболеваниями. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ 52 историй болезней пациентов отделения неотложной хирургии МБУ ЦГБ № 7 г. Екатеринбург, поступивших с диагнозом осложненной ЖКБ (острый холецистит и холедохолитиаз). Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерных программ SPSS Statistics 17.0 и Microsoft Office Excel 2013. Исследование взаимосвязи между параметрами проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициентов корреляции Спирмена (r). Результаты считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. **Результаты:** Средний возраст пациентов составил 59,7 (23;92) лет, 19 (36,5%) больных принадлежали мужскому полу, 33 (63,5%) – женскому. Средний срок заболевания составил 1,8 (1;9) суток. Из симптомов заболевания боль в правом подреберье встречалась у 52 (100%) пациентов, тошнота и рвота у 36 (69,2%) и 23 (44,2%) пациентов соответственно. Повышение температуры тела наблюдалась у 13 (25,0%) поступивших, желтуха у 14 (26,9%). Ожирение встречалось у 39 (75,0%) больных, гипертоническая болезнь была выявлена у 30 (57,6%) пациентов, а ИБС у 11 (21,1%). У 13 (25,0%) поступивших при расспросе выявлена ЖКБ в анамнезе. Среди симптомов (с-м), выявляемых в ходе объективного обследования присутствовали: с-м Ортнера у 36 (69,2%), с-м Мерфи у 31 (59,6%), с-м Кера у 27 (51,9%) больных. У 8 (15,3%) пациентов были выявлены перитонеальные симптомы. При проведении УЗИ органов брюшной полости у 49 (94,2%) больных были выявлены конкременты в желчном пузыре. Утолщение стенок желчного пузыря имело место у 17 (32,7%) больных, увеличение диаметра холедоха встречалось у 10 (19,2%) больных. Среди способов оперативного лечения доминировала лапароскопическая холецистэктомия, выполненная 30 (58,4%) пациентам. Далее по частоте располагалась холецистэктомия из минидоступа, проведенная 10 (19%) больным. Типичная холецистэктомия выполнена 1 пациенту. У 7 (13,2%) больных прибегали к конверсии оперативного доступа. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была проведена 4 (7,5%) больным. Среди осложнений встречались: сепсис, перитонит, несостоятельность холедохостомы, внутрибрюшная пневмония, подпеченочный абсцесс, холедохолитиаз, все по 1 случаю. Осложнения наблюдались у 5 (9,6%) пациентов, все они были послеоперационными. При проведении корреляционного анализа выявлены положительные значимые корреляции ($k = 0,319$, $p < 0,05$). По результатам корреляционного выявлено, что чем старше пациент, тем чаще прибегали к ЭПСТ и конверсии операционного доступа, однако реже к ЛХЭ. У пациентов с увеличенным диаметром холедоха по результатам УЗИ ОБП чаще использовали ЭПСТ и мини-лапаротомию. Пациентам с клиникой механической желтухи при поступлении чаще производили ЭПСТ и мини-лапаротомию, но реже ЛХЭ. Кроме того, из результатов видно, что у пациентов с холедохолитиазом при поступлении операцией выбора была ЭПСТ. Количество проведенных койко-дней не зависело от какого-либо способа оперативного лечения. Все пациенты были выписаны с выздоровлением, летальных исходов не наблюдалось. Средний койко-день составил 8,2 (4;22). **Выводы:** Таким образом, среди способов оперативного лечения осложненной ЖКБ доминирует ЛХЭ, следом идет холецистэктомия из мини-доступа. Чем старше пациент, поступающий в клинику с осложнённой ЖКБ, тем вероятнее, что потребуются конверсия оперативного доступа. Все пациенты были выписаны с выздоровлением, частота послеоперационных осложнений составила 9,6%.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ИНДЕКСА МАНГЕЙМА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Ганиев З.Г., Жумагелдиев Ш.Ш., резиденты магистратуры 2 курса по хирургии,

Зугуров И., студент 506 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. каф. – к.м.н., доцент Рузибоев С.А.)

Научный руководитель: ассистент Тагаев К.Р.

Цель работы: Оценка использования перитонеального индекса Мангейма (ПИМ) при выборе хирургической тактики у больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП). **Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов лечения 52 больных с распространенным гнойным перитонитом за период с 2010-2014 гг. Возраст больных от 17 до 74 лет. Мужчин было 29 (55,7%), женщин – 23 (44,3%). Все больные были разделены на 2 группы. В I группе (18 больных) лечение распространенного перитонита проводили в соответствии с общепринятыми стандартами. Хирургическое пособие заключалось в устранении источника перитонита, назоинтестинальной интубации тонкого кишечника, одномоментной санации и дренировании брюшной полости. По показаниям проводились релапаротомии «по-требованию». Во II группе (34 больных) лечение проводили с использованием прогнозирования динамики течения и исхода перитонита с помощью ПИМ. У этих больных традиционное хирургическое пособие дополняли формированием лапаростом для программированных лапаросанаций. **Результаты:** Все больные I и II групп, в зависимости от величины ПИМ были разделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа – ПИМ не превышал 20 баллов (прогнозируемая летальность 0-11%), 2-я подгруппа – ПИМ составлял 21-29 баллов (прогнозируемая летальность 10,6-50%), 3-я подгруппа – ПИМ был более 29 баллов (прогнозируемая летальность 41-87%). В I группе распределение больных на подгруппы в зависимости от величины ПИМ носило исключительно ретроспективный характер (по истории болезни) и имело значение лишь для проведения сравнительного анализа результатов лечения. При анализе результатов лечения в 1-х подгруппах обеих групп отмечено отсутствие летальных исходов, снижение летальности во 2-ой и 3-ей подгруппах II группы больных (использовался метод программированной лапаросанации). В целом во II группе летальность уменьшилась до 20,5%, т.е. снизилась на 18,3% по сравнению с таковой в I группе. **Выводы:** Исследования подтвердили высокую специфичность и прогностическую значимость ПИМ у больных РГП, при этом ПИМ может быть применен не только для оценки прогноза динамики течения и исхода перитонита, но и в качестве одного из главных критериев при выборе хирургической тактики, в частности при определении показаний к проведению программированных лапаросанаций.

ПРИМЕНЕНИЕ УРОСЕЛЕКТИВНЫХ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гафаров Р.Р., резидент магистратуры 3 года обучения, **Ачилов А.А.,** резидент магистратуры 2 года обучения, **Абдураззаков Р.А.,** резидент магистратуры 1 года обучения, **СамМИ**
Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)
Научный руководитель: доц. Шодмонова З.Р.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее часто встречающееся заболевание среди мужчин пожилого возраста (Barendrecht M.M. et al., 2008). У большинства пациентов ДГПЖ приводит к увеличению размеров простаты, нередко вызывает инфравезикальную обструкцию и симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП). В таких случаях говорят о клинической форме ДГПЖ, требующей лечения. Для медикаментозного лечения больных ДГПЖ в зависимости от степени выраженности симптомов нижних мочевых путей (СНМП) применяют ингибиторы 5- α -редуктазы, блокаторы α -1-адренорецепторов, полиеновые антибиотики, антиандрогены, препараты растительного и биологического происхождения, а также их комбинации. **Цель работы:** Определение эффективности и безопасности уроселективных блокаторов альфа 1-адренорецепторов на выраженность ирритативных СНМП у больных ДГПЖ при длительности лечения не менее 2 месяцев. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находилось 37 больных ДГПЖ, в возрасте 48-79 лет. В зависимости от степени выраженности СНМП больные были распределены на 3 группы: 1-ая группа - 29 человек с легкой симптоматикой заболевания (IPSS – 0-8 баллов), за которыми проводилось динамическое наблюдение; 2-ая группа-31 пациент с умеренной степенью выраженности СНМП (IPSS – 8-19 баллов), им назначали фитопрепараты и 3-я (основная) группа-37 больных с выраженными обструктивными и ирритативными симптомами (IPSS – 20-35 баллов), которые получали Грасулан (уроселективный блокатор альфа 1-адренорецепторов) 1 капсула 1 раз в сутки в течение не менее 2-х месяцев. **Результаты:** При анализе результатов исследования было установлено, что препарат Грасулан, назначаемый в течение 60 дней, положительно влияет уже в первые месяцы лечения, как на субъективные, так и на объективные симптомы ДГПЖ. Препарат существенно снижает клинические проявления заболевания (средний балл симптоматики по шкале IPSS к концу лечения снижался на 5,1 балла – с $16,9 \pm 2,1$ до $11,8 \pm 1,9$ балла) и улучшает качество жизни (QoL). Отмечена выраженная положительная динамика показателей урофлоуметрии (максимальная скорость потока мочи Q_{max} после лечения возросла на $4,3$ мл/с – с $8,6 \pm 0,9$ до $12,9 \pm 0,4$ мл/с). У больных ДГПЖ на фоне лечения Грасуланом значительно снижалось количество остаточной мочи (с $118,5 \pm 12,9$ мл до $53,8 \pm 9,7$ мл к концу лечения), выявлено и умеренное снижение среднего объема предстательной железы ($48,7 \pm 5,9$ см³ до начала терапии и $44,8 \pm 3,9$ см³ к концу лечения). Благодаря своей высокой селективности препарат не вызывал клинически значимого снижения артериального давления. **Выводы:** Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать препарат Грасулан, как уроселективный блокатор α -1-адренорецепторов, к применению у больных ДГПЖ с умеренно выраженными симптомами заболевания (IPSS – 8-19 баллов). Препарат целесообразно назначать не менее 2 месяцев непрерывно. Именно этот срок лечения позволяет существенно повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни и уменьшить объем предстательной железы.

ЧАСТОТА ПОЧЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ГЕМОСТАЗА

Гафаров Р.Р., резидент магистратуры 3 года обучения, **Озодов М.М.,** студент 415 гр. леч. фак., **СамМИ**
Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Аллазов С.А.

По литературным данным возникающие после открытой аденомэктомии простаты различные осложнения составляют от 8,8% до 40%. Среди этих осложнений особое место занимают почечные хирургические осложнения. Более 50% операций у больных пожилого и старческого возраста составляет аденомэктомия предстательной железы. **Цель работы:** Изучение особенностей почечных хирургических осложнений в интра- и послеоперационном периодах в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы. **Материал и методы исследования:** Проведено исследование почечных хирургических осложнений у 80 больных после аденомэктомии простаты. Все больные были разделены на 4 группы: 1-ая группа-произведена аденомэктомия с тампонирующим ложа (n=22), 2-ая группа-с ушиванием ложа (n=12), 3-я группа-с низведением шейки мочевого пузыря (n=26) и 4-ая группа-с применением 10%-ного настоя лагохилуса в качестве гемостатика (n=20). Все возникшие почечные хирургические осложнения в соответствии с адаптированной классификацией хирургических осложнений Clavien P.A.- Dindo D. (2004) распределялись по 5 степеням. **Результаты:** Количество почечных хирургических осложнений у больных 1-й группы составило: I степень-3 (3,7%), II степень-1 (1,2%), III степень-0, IV степень-0, V степень-1 (1,2%). Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии у больных 2-й группы: I степень-2 (2,5%), II степень-2 (2,5%), III степень-0, IV степень-1 (1,2%), V степень-1 (1,2%). У больных 3-й группы: I степень-2 (2,5%), II степень-1 (1,2%), III степень-0, IV степень-0, V степень-0. У больных 4-й группы после аденомэктомии с местным применением лагохилуса: I степень-1 (1,2%), II степень-0, III степень-0, IV степень-0, V степень-0. **Выводы:** Таким образом, больше всего осложнений после открытой аденомэктомии наблюдается при тампонирующем и ушивании ложа аденомы и меньше при наложении съемных швов. Возникновение интра- и послеоперационных осложнений сводится к минимуму при обработке ложа 10% настоем лагохилуса опьяняющего, что дает основание рекомендовать его в качестве эффективного гемостатического средства. Использование классификации хирургических осложнений, предложенной Clavien P.A. и Dindo D. позволяет своевременно выявлять, группировать и эффективно устранять возникающие почечные хирургические осложнения при операциях на предстательной железе.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННОЙ ФОРМОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ОЗОНИРОВАННОЙ ЖИДКОСТИ

Давронова Г.Б., Аvezова М.М., ассистенты СамМИ
Кафедра оториноларингологии (зав. каф. - к.м.н., доцент Хушвакова Н.Ж.)
Научный руководитель: ст. асс. Шаматов И.Я.

Цель работы: Оценка эффективности лечения приобретенной сенсоневральной тугоухости различной этиологии внутривенным введением озонированного физиологического раствора. **Материал и методы исследования:** В клинике оториноларингологии СОДМЦ нами проведено обследование и лечение 19 больных с приобретенной сенсоневральной тугоухостью с давности заболевания от 1 до 10 лет. Больные тугоухостью распределились

по нозологическим формам следующим образом: 2 обследованных страдали прецептивной (нейросенсорной) тугоухостью (НСТ), 2 больных смешанной формой тугоухости, у 7 больных в качестве этиологического фактора установлены сосудистые причины понижения слуха (гипертоническая болезнь, стресс, вегето-сосудистая дистония), у 8 — инфекционно-токсические (гриппозная, риновирусная, лекарственная интоксикация). Возраст больных колебался от 7 до 25 лет. Степень тугоухости и топический характер поражения слухового нерва оценивались при помощи комплексного исследования слухового и вестибулярного анализаторов. Основными принципами лечения являлись его раннее начало, многоплановое обследование пациента, для восстановления слуха до возрастной нормы, а также уменьшение шума в ушах или избавление больного от него. Озонотерапия считается патогенетические обоснованным методом лечения при сенсоневральной патологии, так как основным звеном патогенеза развития тугоухости является внутриулитковая гипоксия на фоне сосудистых, токсических и других патологических воздействий. Предлагаем использовать для повышения эффективности лечения, параллельно с общепринятыми методами, внутривенные инфузии ОФР по 400 мл при концентрации 1000 мкг/л через день 5-7 раз. Такое дополнение к лечению способствует более быстрой нормализации общего самочувствия, улучшению слуха, уменьшению или исчезновению шума в ушах, усилению процессов репарации, стимулируется процесс внутриклеточного синтеза антиоксидантов. Курс внутривенной озонотерапии состоит из 5-8 процедур по 400,0 мл озонированного физиологического раствора ежедневно или через день. Концентрация озона в растворе 0,5-0,6 мг/л. Суммарная курсовая доза введенного озона не менее 2,5-4,8 мг/л, скорость введения раствора 40-50 капель в минуту. **Выводы:** Таким образом, положительный эффект от применения озонотерапии, мы связываем с улучшением церебральной гемодинамики, нормализацией кровенаполнения в бассейне внутренних сонных артерий и в вертебробазиллярном бассейне. Принимая во внимание высокую эффективность, безопасность, простоту проведения метода внутривенной инфузионной озонотерапии, мы рекомендуем к использованию этого метода так же при кохлеовестибулярной дисфункции, обусловленной производственными факторами (шум, вибрация, магнитное поле).

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Дадаханян А.А., студент 6 курса пед. факультета СамМИ Солеева С.Б.

Научный руководитель - проф. Ж.А. Шамсиев

2-клиника СамМИ

Врожденная низкая кишечная непроходимость - одна из частых патологий, требующих неотложного оперативного лечения. В отделении хирургии новорожденных 2 клиники СамМИ за последние 5 лет пролечено 36 новорожденных с диагнозом: врожденная низкая кишечная непроходимость. Мальчиков было 12 (33,3%), девочек 24 (62,7%). После полного клинического обследования включающим УЗИ, рентгенографии, МРТ и предоперационной подготовки новорожденные подвергались оперативному лечению, во время операций были обнаружены следующие патологии: синдром Ледда у 9. При обнаружении атрезии начального отдела тонкого кишечника у 4, заворота и некроза подвздошной кишки вокруг дивертикула Меккеля у 2, стеноза сигмовидного отдела толстого кишечника у 3, был наложен межкишечный анастомоз «конец в конец». При выявлении болезни Гиршпрунга у 5, тотальной атрезии толстого кишечника у 2, наложена сигмостома. У 11 больных диагностирована атрезия терминального отдела тонкого кишечника, из них 4 был наложен межкишечный анастомоз «конец в конец», одному новорожденному «конец в бок», остальным была наложена илеостома. Таким образом, новорожденные с врожденной низкой кишечной непроходимостью требуют полного клинического обследования, адекватной предоперационной подготовки. Выбор хирургической тактики и метода коррекции врожденной патологии решается во время операции.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Ерсейт А.Б., Бейсеева Ж.Е., студенты 601-2 группы факультета общей медицины КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Баймаханов Б.Б.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Изучить результаты работы радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени, дать оценку ближайшим результатам, наметить пути их улучшения. **Материал и методы исследования:** В отделении плановой хирургии с центром гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени Городской Клинической Больницы №7 города Алматы с 2012 по 2015 годам находились на лечении 117 пациентов с очаговыми заболеваниями печени, которым была выполнена резекция различного объема. Определены показания к выбору варианта резекции печени при доброкачественных и злокачественных опухолях в зависимости от размера, локализации, количества узлов, а также функциональных резервов печени. Среди поступивших было с эхинококкозом печени - 74 (63,2%), с альвеококкозом печени - 6 (5,1%), с гепатоцеллюлярным раком печени 13 (11,1%), с непаразитарными кистами - 10 (8,5%) и 14 (11,9%) пациентов с гемангиомой печени. Мужчин было 43 (37,6%), женщин - 73 (62,4%). Возраст больных от 15 до 75 лет (в среднем 48,1±14,5 года). Размеры очагов варьировали от 4 см до 30 см в диаметре и весом до 3900 грамм. **Результаты:** При проведении оперативных вмешательств на печени мы использовали международную анатомическую и хирургическую терминологию, принятую в 2000 году в Брисбейне. Показанием к операции при гемангиомах, фибронодулярной гиперплазии считали быстрорастущие и симптоматические опухоли (диаметр 10 см и более). Кроме того, операция была показана при сложности дифференциальной диагностики со злокачественной опухолью, отсутствии полного регресса аденомы через 6 месяцев после отмены гормонов. При этом мы руководствовались следующими принципами: максимально сохраняли здоровую ткань печени, стремились радикально удалить опухоль с минимальным риском для больного. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У 1 больного возникло осложнение в виде нагноения послеоперационной раны, и у 1 пациента с фибронодулярной гиперплазией развилась печеночная недостаточность I степени после правосторонней гемигепатэктомии. В отдаленном периоде рецидивов опухолей не наблюдали. **Выводы:** Основным объемом радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени следует считать обширную резекцию печени в сочетании с резекцией внепеченочных желчных протоков и лимфодиссекцией, выполненную в данном исследовании у 12 радикально оперированных больных. Предварительная дооперационная разгрузка билиарного дерева и выполнение резекции вовлеченных в опухоль сосудистых структур в воротах печени позволили повысить резектабельность с 17,8% до 25,0%. При гепатоцеллюлярном раке общая 1-годичная выживаемость составила 87%, 3-летняя выживаемость - 47%.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
Ерсейт А.Б., Бейсеева Ж.Е., студенты 601-2 группы факультета общей медицины КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Баймаханов Б.Б.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Внедрение малоинвазивных методов лечения при деструктивном панкреатите. **Материал и методы исследования:** Малоинвазивные вмешательства, включающие как лапароскопические и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, так и традиционные хирургические операции, применены нами при лечении 44 больных с панкреонекрозом находившихся на лечении в Городской Клинической Больнице №7 города Алматы с января 2014 года по декабрь 2015 года. **Результаты:** Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под ультразвуковым – контролем произведено 16 больным. Пациентам с перитонитом, в том числе при наличии ультразвука признаков свободной жидкости в брюшной полости произведено: удаление перитониального экссудата 10 больным. Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения острого панкреатита: - Лапароскопическая диагностика и санация брюшной полости при остром панкреатите. - Чрезкожное наружное дренирование жидкостного скопления брюшной полости при остром панкреатите под контролем ультразвука с помощью одноразового набора Ившина. - Чрезкожное наружное дренирование жидкостного скопления забрюшинного пространства при остром панкреатите под контролем ультразвука. Срок пребывания пациентов в стационаре колебался от 3 до 162 суток. У 11 (25%) пациентов наблюдалась полиорганная недостаточность. Несмотря на малую травматичность вмешательств, полиорганная недостаточность явилась причиной смерти 4 (9,1%) больных. Интерес представляют аррозийные кровотечения, отмеченные у 2 больных. У 1 из них при хирургических вмешательствах кровотечение удалось остановить. Вообще местные осложнения в связи с возросшими возможностями диагностики и санации протекали значительно легче. **Выводы:** 1. Скопление большого количества свободной жидкости в брюшной полости наблюдается при тяжелом течении острого некротического панкреатита, сопровождающегося развитием системной воспалительной реакцией, полиорганной недостаточностью и риском раннего летального исхода заболевания. Образование ограниченных скоплений жидкости сопровождается риском компрессии органов, гнойных осложнений и увеличивает сроки госпитализации больных. 2. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном панкреонекрозе показано только при выявлении большого количества свободной жидкости. Нестабильность гемодинамики в предшествующий период является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопии. 3. Пункции асептических ограниченных жидкостных скоплений не снижают риск развития гнойных осложнений и псевдокист поджелудочной железы и эффективны только при наличии признаков сдавления соседних органов. 4. Показанием к выполнению пункций асептических ограниченных жидкостных скоплений при остром некротическом панкреатите является наличие признаков компрессии соседних органов.

К ВОПРОСУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
Жониев С.Ш., старший научный сотрудник - соискатель кафедры анестезиологии и реаниматологии СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. – доц. М.М. Матлубов)

Научный консультант : проф., д.м.н. Рахимов А.У.

При операциях на щитовидной железе принципиально важно применение такого метода обезболивания, который позволил бы предупредить патологические реакции, связанные с характером основного заболевания. Наиболее обоснованным представляется мультимодальный подход, который подразумевает многоуровневую, многоцелевую антиноцицепцию, при которой максимум эффекта (за счёт синергизма или суммации действия) сочетается с минимумом побочных проявлений (Van Aket Н. 2008). **Цель работы:** Изучение адекватности вариантов анестезиологического обеспечения при операциях на щитовидной железе. **Материал и методы исследования:** Исследовано 82 больных в отделении анестезиологии-реанимации и хирургии, с диагнозом диффузный нетоксический зоб. Среди обследованных больных было 13 мужчин (11,1%) и 69 женщины (88,9%) в возрасте от 32 до 68 лет. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от проводимой анестезии. В контрольной группе премедикация за 30 мин до операции: димедрол 10 мг, атропин 0,008 мг/кг. Анестезия: кетамин 3,5 мг/кг, оксифутират натрия 70 мг/кг, ардуан 0,04мг/кг. В премедикацию основной группы, в/м за 30-40 минут до операции вводили димедрол 10 мг; атропин 0,008 мг/кг; сибазона 0,5 мг/кг и дроперидола 0,1мг/кг. Анестезия: тиопентал Na 7 мг/кг, фентанил 5 мкг/кг/ч, дроперидола 0,1 мг/кг, кетамин 3,5 мг/кг, ардуан 0,04мг/кг. Для объективной оценки адекватности анестезии исследовались параметры гемодинамики (артериальное давление систолическое (АД), диастолическое (АД_д), среднее (АД_{ср}), ЧСС), SpO₂. **Результаты:** Непосредственно перед операцией в обеих группах отмечалось умеренное увеличение АД_с, АД_д, АД_{ср} и ЧСС по сравнению с исходными показателями, что связано с психо-эмоциональной реакцией. На 2-ом этапе операции выявлено достоверное повышение средних значений АД_{ср} в 1-й группе на 19,2% (p < 0,05), во 2-й группе – на 12% (p < 0,05). ЧСС в наиболее травматичный этап операции увеличивалась на 15,6% (p < 0,05) в 1-й группе и на 16% (p < 0,05) – во 2-й. АД_{ср} возвращалось к норме во 2-й группе после окончания операции, а в 1 -й группе только к первым суткам после операции. Во всех группах в течение анестезии и в раннем послеоперационном периоде SpO₂ оставалась на нормальном уровне 97-99 %. **Выводы:** Полученные результаты показывают, что общая анестезия с использованием кетамина не в полной мере блокирует ноцицептивные импульсы, поступающие с места повреждения тканей в ЦНС и характеризуется нестабильностью гемодинамики, сохранением эндокринно-метаболических изменений. Добавление к общей анестезии фентанила и дроперидола, и применение в премедикации сибазона позволяет снизить дозы опиоидов, стабилизировать гемодинамику и достичь благоприятного течения раннего послеоперационного периода.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Жониев С.Ш., старший научный сотрудник соискатель кафедры анестезиологии и реаниматологии СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. – доц. М.М. Матлубов)

Научный консультант: проф., д.м.н. Рахимов А.У.

Особенностью клиники внутренних болезней у людей является полиморбидность, что влияет на характер течения основного заболевания и часто затрудняет период предоперационной подготовки этого заболевания. Примером таких нередко встречающихся патологических процессов может служить ишемическая болезнь сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с нетоксической зубной трансформацией (нетоксический зоб – диффузный или узловой). **Цель работы:** Изучить состояние гемодинамики в предоперационной период у больных с нетоксическим зобом с сопут-

ствующими заболеваниями ИБС и АГ, как критерий эффективности предоперационной подготовки. **Материал и методы исследования:** Исследования проводили в клинике СамМИ. Всего было обследовано 110 пациентов. В исследование вошли 55 больных ИБС (3 мужчины и 52 женщины) как без патологии ШЖ, так и с наличием узловой формы коллоидного нетоксического зоба (НЗ), 55 больных с факторами риска ИБС и нетоксическим зобом. Средний возраст обследованных больных составил 53,70,8 лет. Среди обследованных лиц стабильная стенокардия напряжения I-III функциональных классов (ФК) диагностирована у 60 больных. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I-II ФК была определена у 29 пациентов. Артериальная гипертония (АГ) диагностирована у 63 больных. **Результаты:** У всех обследованных больных определяли легкой степени тиреоидной недостаточности: сухость кожных покровов, гиперкератоз, выпадение волос и бровей, периорбитальные отеки, увеличение массы тела, склонность к запорам, утомляемость, медлительность, снижение памяти. Анализ гемодинамических показателей (САД, ДАД, ЧСС) при проведении исследования в предоперационном периоде позволил выявить следующие особенности. САД и ДАД были повышены по сравнению с контрольным (111,1±1 и 73,5±1,7 мм.рт.ст.) и составляла 136,4±2,3 мм.рт.ст и 98,8±3,4 мм.рт.ст в основной группе (p<0,0001). ЧСС была достоверно повышена снижена по сравнению с контролем (112,6±3,3 уд.в мин.) и составляла 141,8±1,1 уд.в мин в основной группе (p<0,0001). **Выводы:** У больных ИБС с нетоксическим зобом период предоперационной подготовки в сочетании с АГ при наличии тиреоидной гиподисфункции отмечено более тяжелое течение ИБС. Медикаментозная подготовка больных патологиями ШЖ должна проводиться с учетом сопутствующих патологии ССС с целью профилактики в интраоперационном периоде в виде нарушения ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии, артериальной гипертензии, которые отражаются на исход течения анестезии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Жумаев С.Р., студент 604 группы медико-педагогического факультета СамМИ,

Умаров Н.Н., резидент магистратуры 2-го года обучения

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

Научный руководитель: ассистент Набиев А.А.

Цель работы: Целью нашего исследования является изучение клинических особенностей течения и диагностики приобретенной гидроцефалии. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находилось 37 больных, госпитализированных в нейрохирургическое отделение клиники СамМИ за период с 2014 по 2016 гг в возрасте от 2 до 75 лет, с диагнозом «Приобретенная гидроцефалия». Диагноз был установлен с применением компьютерно - и магнитно-резонансно томографических методов (КТ, МРТ) исследования. **Результаты:** В клиническом проявлении приобретенной гидроцефалии общемозговые симптомы (головная боль, головокружение, тошнота и рвота) отмечалось у 36 (97%) больных. Сознание было нарушено только у одного больного. Нарушение ориентации отмечалось у двух (5,4%) больных. Из 37 больных критика была снижена у 29 (78,3%) больных. Оболочечные симптомы не наблюдались. Очаговые симптомы гемипарезы наблюдались у 16 больных (43,2%). Диагноз приобретенной гидроцефалии был установлен при помощи компьютерно-и магнитно-резонансно томографических методов исследования (КТ, МРТ). Диагностическая значимость МРТ (при необходимости контрастных) была намного выше чем КТ, она позволяла определить не только локализацию опухоли, вид гидроцефалию, но и уточнить взаимоотношения опухоли с окружающей тканью мозга. в свою очередь, КТ головного мозга была более информативной при диагностики последствий перенесенных черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний и воспалительных процессов. **Выводы:** Таким образом, можно отметить, что приобретенная гидроцефалия проявляется общемозговыми, очаговыми симптомами и координационными нарушениями. Ведущими методами диагностики приобретенной гидроцефалии является МРТ и КТ исследования.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНОРЕЗОНАНСНОЙ ТРАКТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Жураев З.И., студент 411 группы пед. факультета, Шукуров Ф.М., резидент магистратуры 3-го года обучения СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. Курсом- д.м.н., профессор Мамадалиев А.М.)

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

Магнитно-резонансная трактография (МР-трактография) позволяет неинвазивно визуализировать отдельные проводящие пути белого вещества на всем протяжении в головном мозге. Это единственный современный неинвазивный метод, основанный на диффузно-тензорных изображениях (ДТИ), позволяющий идентифицировать траекторию проводящих путей (трактов) белого вещества ГМ в зонах, смежных с опухолью, отображающий влияние на них опухоли, предоставляющий информацию о ходе проводящих волокон, их смещении, нарушении целостности или прорастании опухоли. **Материал и методы исследования:** Обследованы и оперированы 14 пациентов (5 женщин, 9 мужчин) по поводу высокодифференцированных внутримозговых опухолей полушарий большого мозга (с последующей гистологической верификацией). Возраст больных от 22 до 64 лет, в среднем 43 года. Всем больным была проведена МР-трактография головного мозга до- и после операции. По данным гистологического исследования фибриллярно-протоплазматическая астроцитома диагностирована у 8 больных, олигодендроглиома - у 6. Опухоль локализовалась в височной области - в 1 наблюдении, височно-теменной - в 3, лобной - в 4, лобно-теменной - в 4, височно-базальной - в 2. В 3 наблюдениях выявлен кистозный компонент. Локальное объемное воздействие на функционально значимые проводящие пути выявлено во всех наблюдениях. **Результаты:** «Тотальное» удаление опухолей произведено 6 больным, «субтотальное» - 8. Высокодифференцированные глиомы по данным МРТ представлены как гомогенные образования гиперинтенсивного МР-сигнала на T2 взвешенном изображении (ВИ), изо- или гипоинтенсивного - на T1 ВИ. Перифокальный отек преимущественно отсутствовал (у 9 больных). При наличии кистозного компонента отмечали контрастирование по кольцевидному типу. При глиоме больших размеров наблюдали «масс-эффект» в виде смещения срединных структур на 0,6-1,2 см (у 8 больных). У 10 (71,4%) больных в зоне опухолевой инфильтрации определяли разрушение (деструкцию) ассоциативных волокон. По периферии опухоли у 8 (57,1%) больных волокна преимущественно смещены, без нарушения их целостности, огибали опухоль. У 3 (21,4%) больных при наличии опухоли с кистозным компонентом короткие ассоциативные волокна огибали опухоль, а функционально значимые проводящие пути смещены опухолью без нарушения их целостности. у больных основной группы(II) после оперативного вмешательства гемиплегия разрешилась до гемипареза в 3-х случаях (21,4%), моторная афазия - в 3-х случаях (6,4%), судорожный синдром - в 8 случаях (14,9%). Из числа прооперированных нами больных основной группы отмечался регресс неврологического дефицита до 43,7%, что способствовало протеканию послеопе-

рационного периода без осложнений и улучшению качества жизни и ее продолжительности. Данные МР-трактографии позволили визуально оценить состояние проводящих волокон в зоне опухолевого роста и основных проекционных путей, локализующихся вблизи опухоли. На этапе предоперационного планирования данные МР-трактографии обеспечили возможность выбора оптимального хирургического доступа, установления границ и планирования максимально допустимого объема резекции опухоли. **Выводы:** Таким образом, результаты нашего исследования показали, что улучшение исходов хирургического лечения пациентов с новообразованиями супратенториальной локализации зависит от оценки изменений белого вещества головного мозга в плане визуализации проводящих путей МР-трактографией.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ГРАФИЧЕСКОЙ СХЕМЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛЫ АПГАР

Икрамова П.Х., Кучкаров И.И., студенты 101 группы медико педагогического факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

В настоящее время шкала Апгар широко применяется для определения жизнеспособности плода при рождении. При наличии опыта и достаточного стажа работы неонатологом эта процедура не вызывает у врачей затруднений. Для начинающих специалистов данная процедура может быть несколько затруднительной. Нами предпринята попытка разработать графическую форму шкалы Апгар для облегчения определения ее показателей. **Цель работы:** Разработка графической формы шкалы Апгар для улучшения диагностики жизнеспособности плода. **Материал и методы исследования:** Для проведения работы подключены 13 молодых магистров, специализирующихся по неонатологии. Их мы разделили на 2 группы. Семь специалистов определяли показатели шкалы Апгар традиционным методом, 6 – с применением разработанным авторами графической формой. Определение показателей проводилось при рождении новорожденного и через пять минут. Всего обследований проведено на 117 новорожденных. Время определяли по показателям секундомера. **Результаты:** В первой группе магистров для определения показателей потребовалось в среднем 1 минута+55 секунд. Во второй группе с использованием формы – не доходило до минуты. При определении показателей через 5 минут, в 1 группе потребовалось время 2 минуты +13 секунд, во второй – 1 минута +15 секунд. Кроме того, гипердиагностика в 1 группе наблюдалась у 12 детей (при определении через 5 минут показатели изменились в лучшую сторону 7, в худшую сторону – у 5), во второй группе лишь у трех. **Выводы:** Применение графической формы шкалы Апгар значительно облегчает выставление диагноза и определение ее показателей и может быть рекомендовано как учебное пособие для магистров и молодых врачей.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Имамов Д.О., резидент магистратуры 3 года обучения, Муталибов А.И., асс. СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Шамсиев Ж.А.

Эхинококкоз – хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже (легких и других органах) солитарных или множественных кистозных образований. **Цель работы:** Усовершенствовать методы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени. **Материал и методы исследования:** Во 2-клинике СамМИ за период с 2012 по 2014 гг. обратились с предварительным диагнозом: эхинококковая киста печени - 67 больных. **Результаты:** При этом было выявлено, что у 58 (87%) больных отмечался изолированный эхинококкоз печени, а у остальных 9 (13%) больных имелся сочетанный эхинококкоз (с поражением легких и брюшной полости). Больные были в возрасте от 1-го до 18 лет и девочки были больше 38 (57%), чем мальчиков – 29 (43%). По расположению кист больные разделились следующим образом: в правой доле печени у 38 (57%) больных, в левой доле печени обнаружено у 18 (27%), в обеих долях печени эхинококковые кисты отмечались у 11 (16%) больных. Основными субъективными признаками заболевания при обращении больных являлись тупые боли в животе или в подреберье. Диагноз установлен на основании комплексного обследования, РНГА с эхинококковым антигеном, а также ультразвуковой сонографии. В 8 (6%) сомнительных случаях диагноз установлен с помощью компьютерной томографии. Тактика комплексного лечения заключалась в том, что всем больным в дооперационном периоде проводилась химиотерапия с помощью препарата альбендазол 28 дневным курсом. После которого производилось контрольное УЗИ. Больным, имеющим тенденцию к уменьшению в размерах эхинококковой кисты продолжали химиотерапию в течение 5-6 месяцев. Больным, у которых тенденция к уменьшению не наблюдалась проводилось хирургическое лечение. Хирургическое лечение во всех случаях придерживалось органосохраняющей операции и заключалось в эхинококкэктомии с обработкой остаточной полости подогретым раствором глицерина. Всем оперированным больным в послеоперационном периоде проведено 2 курса химиотерапии в качестве предотвращения рецидива заболевания. **Выводы:** Таким образом, применение химиотерапии в комплексном лечении эхинококкоза печени у детей уменьшает рецидив заболевания и улучшает послеоперационные результаты.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

Искандаров Ю.Н., магистр 2 года обучения, Гафаров Р.Р., Нишанов Н.Н., магистры 3 года обучения СамМИ

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

Научный руководитель: доц. Шодмонова З.Р.

Варикозное расширение вен гроздевидного сплетения имеет важное клиническое значение, т.к. является наиболее частой причиной бесплодия у мужчин. Частота встречаемости варикоцеле среди больных бесплодием достигает 40%. Существует клиническая и функциональная (субклиническая) формы заболевания. Не всегда удаётся своевременно диагностировать и проводить лечение субклинической формы заболевания, также приводящей к бесплодию. **Цель работы:** Раннее выявление и определение форм варикоцеле при мужском бесплодии в группе исследуемых больных. **Материал и методы исследования:** За период 2012-2015 гг. в отделении урологии СФРНЦЭМП обследовано 277 больных (в возрасте 18-41 лет), обратившихся по причине бесплодия в браке на протяжении 1 года и более с левосторонним варикоцеле и нарушением сперматогенеза. Всем пациентам, была проведена спермограмма. Пациенты с патологическими показателями семенной жидкости направлены на УЗИ органов мошонки. Клиническая форма выявлялась при клиническом осмотре. Функциональная форма, диагностировалась доплерографическим исследованием. При УЗИ в В-режиме диагностика клинической формы варикоцеле основывалась на выявлении множественных извитых вен более 2 мм в диаметре. При этом определялся продолжительный рефлюкс. При функцио-нальной форме варикоцеле в В-режиме вены не были расшире-

ны. Выявление данной формы основывалось на оценке венозного возврата, регистрируемого на фоне нагрузочной пробы Вальсальвы. Для функциональной формы характерен продолжительный более 2 с венозный возврат. **Результаты:** УЗИ проведено 277 больным с мужским бесплодием. Варикоцеле было выявлено в 126 случаях, что составило 45%. Клиническая форма варикоцеле слева диагностирована у 84 пациентов которым проводилась операция по Иваниссевичу. Функциональная форма варикоцеле диагностирована у 18 пациентов. Двустороннее варикоцеле (сочетание клинической и функциональной форм; двусторонняя клиническая форма) определялись в 24 случаях. Из них в 3 случаях произведена операция Паломо слева, в 2 случаях двусторонняя варикоцеллэктомия, а в остальных 19 случаях операция по Иваниссевичу слева. Всем больным были назначены витаминно-минеральные комплексы, флеботоники, средства улучшающие реологию крови и стимулирующие сперматогенез. Критериями эффективности операции были исчезновение или уменьшение варикоцеле, исчезновение болевых ощущений. Спустя 2,5-3 месяца проводили исследование семенной жидкости. При этом у 57 больных (45%) отмечалось повышение концентрации сперматозоидов, у 49 (38,9%) больных - увеличение числа подвижных сперматозоидов и у 82 (65%) пациентов - снижение либо отсутствие агглютинации сперматозоидов, в 88 (70%) случаях уменьшилось число сперматозоидов с патологической морфологией. У 18 пациентов с функциональной формой варикоцеле по окончании медикаментозной терапии проводилось контрольное доплерографическое исследование. В 15 (83%) случаях имело место исчезновение рефлюкса либо уменьшение его продолжительности. При длительном течении варикоцеле на стороне поражения у 45 мужчин (44,1%) диагностировалась варикоцельная орхипатия, при этом яичко было уменьшено в размерах. **Выводы:** Варикоцеле диагностировано почти в половине случаев в исследуемой группе. Ультразвуковая диагностика варикоцеле, в частности такая модификация его как доплеровское цветное картирование, играет большую роль в определении формы заболевания и выяснении состояния яичек. Доплеровское исследование помогает в определении результативности проведенной медикаментозной терапии у больных с функциональной формой варикоцеле. Это в свою очередь помогает в выборе метода лечения и ранней профилактике бесплодия у мужчин.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Исламов Н.К., студент 516 группы, Орипов О., студент 604 группы леч. факультета,
Абдусаломов М.Д., студент 302 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. каф. – к.м.н., доцент Рузибоев С.А.)
Научные руководители: доцент Рузибоев С.А.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки путем оптимизации лечебной тактики и внедрения аллопластических методов лечения. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и последующего хирургического лечения 85 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки, находившиеся на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2004 по 2015 гг. Мужчин было 17 (20,0%), женщин – 68 (80,0%). Возраст больных колебался от 25 до 74 лет. Первичные послеоперационные грыжи наблюдались у 64 (75,3%) больных. Ущемление послеоперационных грыж отмечено у 52 (61,2%) больных. Пациенты были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 23 (27,1%) больных, которым диагностика и лечение проводились общепринятыми (традиционным) методами, включавшим пластику грыж местными тканями. Основную группу составили 62 (72,9%) больных, которым лечение послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки осуществлялась аллопластическими методиками. Из них, у 47 (55,9%) производили наднапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «onlay», у 15 (17,6%) – подапоневротическую пластику брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом по методике «sublay». **Результаты:** Исследования в контрольной группе больных с аутопластикой показали нерациональность применения пластики "край в край" при лечении послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки, поскольку при самых благоприятных условиях рецидивы возникают более чем у 50% больных. Применение пластики дубликатурой тканей показало выраженную зависимость результатов от различных факторов. При этом в наиболее благоприятных условиях количество рецидивов грыжи составило не менее 35,3%. Ведущими факторами, определяющими возникновение рецидива грыжи, оказались количество ранее выполненных герниопластик, размер грыжи, избыток массы тела от нормы и возраст пациента. Из 2 больных в контрольной группе, умерших после аутопластики, причиной смерти у 1 стала тромбозия легочной артерии и у 1 – острая сердечно-сосудистая недостаточность. Продолжительность госпитализации больных после операции составила в среднем $14,4 \pm 1,5$ суток. Рецидивы грыж возникли у 9 (39,1%) больных контрольной группы. Исследование в основной группе больных с аллопластикой, продемонстрировали ее высокую эффективность у наиболее тяжелой категории больных с большими и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Из 62 больных, которым выполнена аллопластика, осложнения развились у 10 (16,1%) больных. Эффективность применяемых нами мер подтверждается длительностью пребывания больных в стационаре, которая после аллопластики составила $10,0 \pm 1,0$ суток. К сожалению, не удалось избежать летальных исходов после аллопластических операций. Умерли 2 (3,2%) больных. Рецидивы грыж после аллопластики мы наблюдали в тех случаях (5 наблюдений), когда сетчатый полипропиленовый имплантат фиксировался к дискредитированным участкам апоневроза, а так же при недостаточности по площади имплантата. Следовательно, по показаниям произведенная аллопластика послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки позволило уменьшить количество осложнений с 43,5% до 16,1%, а летальности с 8,7% до 3,2%, т.е. более чем 2,5 раза соответственно. **Выводы:** Представленное исследование обосновывает необходимость и доказывает преимущества предлагаемой дифференцированной тактики хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж.

АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ ПРОМЕДОЛОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Исраилов Ш.Д., кл. ординатор, 1 года обучения, ТашПМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - проф. Агзамходжаев Т.С.)
Научный руководитель: Толипов М.Г.

Известны различные влияния средств анестезии на состояние кровообращения, что определяет важную роль на показатели гемодинамики и адекватность анестезиологического пособия. **Цель работы:** Изучение изменений показателей центральной (ЦГ) и периферической (ПГ) гемодинамики при анестезии промедолом у детей при хирургических вмешательствах. **Материал и методы исследования:** Исследование проведено у 40 (3-14 лет) детей, подготовленных к плановым

операциям по поводу врожденных пороков развития (ВПР) органов грудной, брюшной полости, мочевыводящих путей (МВП). Пациенты были разделены на 2 группы: 1- (12 детей) – при анестезии промедолом (1-2 мг/кг) и оксibuтиратом натрия (100 мг/кг); 2 – (12 детей) – промедол (1-2 мг/кг), седуксен (0,4 мг/кг) и кетамин (3 мг/кг). Премедикация (атропин 0,1% -0,01 мг/кг +седуксен 0,5%-0,3 мг/кг+промедол 1%-0,1 мл/год жизни). Миоплегия осуществлялась ардуаном (0,06мг/кг) Исследовали ЦГ [конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический размеры (КДР), R-R интервалы и времени изгнания] методом эхокардиографии (ЭхоКГ) на аппарате «Aloka-SSD-260» (Япония) с датчиком 3,5 мГц. **Результаты:** В период премедикации у детей 1 гр. отмечалось учащение ЧСС, сопровождающаяся сухостью слизистых оболочек ротовой полости, без выраженных изменений артерио-венозного давления (АД). Течение вводного периода и поддержания анестезии было гладким, когда зрачки оставались суженными, склеры влажными с сохранением слабой реакции на свет. Определенных изменений АД, в данный период, не отмечено. Тоны сердца оставались ясными, пульс на периферических сосудах отмечен средним наполнением и напряжением. На вводном этапе наркоза выделено увеличение ЧСС на 32,68%, удельного периферического сопротивления (УПС) на 23,77%, ударного индекса (УИ) – на 9,41%, в сравнении с исходными данными. Наиболее травматичные периоды операции характеризовались увеличением сердечного индекса (СИ) на 37,27%, ЧСС на 41,65%, ударного индекса (УИ) – на 12,22%, в сравнении с предыдущим этапом. Экстубация выполнена после появления адекватного спонтанного дыхания, когда не выявлено выраженной гемодинамической реакции. В послеоперационном периоде (ПП) не возникло необходимости дополнительного введения обезболивающих средств в течении 6 часов. Полученные результаты у детей 2 гр. характеризовались увеличением частоты ЧСС на 25,27% и УПС на 24,52% от исходных значений. В период вводного наркоза у детей данной группы было отмечено снижение (СИ) на 10,64%, увеличение ЧСС на 15,46%, и УПС на 25,58% от исходного. При этом показатели (УИ), АД ср. и СИ лишь незначительно изменялись в сравнении с предыдущим этапом анестезии. Период поддержания анестезии характеризовался определенными изменениями ПГ и ЦГ. В наиболее травматичные периоды, у детей 2 гр., выявлено уменьшение СИ на 2,38%, УИ – на 2,97%, УПС – на 7,55%. Когда ЧСС увеличивалось на 12,52%. Однако к концу операции выявленные изменения нивелировались. **Выводы:** При применении анестезии промедолом в сочетании с кетамином и седуксеном, а также промедол+оксibuтират натрия отмечено незначительное изменение ПГ и ЦГ, свидетельствующее об эффективной защите детского организма от операционной травмы. Центральная анальгезия промедолом не оказывает существенного отрицательного влияния на систему кровообращения при хирургических операциях у детей.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Камолов С.Ж., Махрамов У.Т., Тураев З.А., резиденты магистратуры 2 года обучения СамМИ
Кафедра общей хирургии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Цель работы: Оценить возможность и эффективность применения, обосновать методику эндовидеохирургических операций в лечении больных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и видеолaparоскопического лечения перфоративных язв у 67 пациентов (41 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 16 до 72 лет. При диагностической лапароскопии устанавливался диагноз с определением возможности ушивания перфорации с использованием эндовидеохирургической технологии. Ушивание производилось с помощью двухрядного шва рассасывающим материалом с последующим укреплением линии швов прядью большого сальника на ножке. Герметичность швов оценивалась пробой с раздуванием желудка через назогастральный зонд. Осуществлялась тщательная санация брюшной полости с помощью лаважа антисептическими растворами. Операция завершалась дренированием брюшной полости с использованием 2-4 дренажей. **Результаты:** При операции ограниченный перитонит обнаружен у 11 (16,4%) больных, распространенный перитонит имел место у 57 (83,6%) больных. Ушивание производили атравматичным шовным материалом, подбирая размер иглы, соответствующий диаметру перфоративного отверстия. Узлы завязывались интракорпорально. Трудности ушивания могут быть обусловлены локализацией перфоративного отверстия. Наиболее просто оно осуществляется при локализации язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки или желудка. При этом удается надежно на достаточном расстоянии от краев перфоративного отверстия наложить швы без натяжения. Если имеются сомнения в надежности швов можно применить ряд мер, направленных на их устранение. В частности, целесообразно использование биологической тампонады перфоративного отверстия сальником. При расположении перфоративного отверстия у малой кривизны наложение эндошвов затруднено из-за ограниченной подвижности стенок. Если перфоративное отверстие находится на самой малой кривизне, следует отказаться от лапароскопического ушивания (4 случая конверсий из 67). В послеоперационном периоде больных проводили антибактериальную терапию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-14 часов, после ультразвукового исследования. В первые сутки после операции все больные не испытывали выраженных болей и могли ходить в пределах хирургического отделения. Осложнений и летальности во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Средний койко/день – 6. **Выводы:** Лапароскопическая технология ушивания перфоративных гастродуоденальных язв позволяет в большинстве случаев надежно ушить перфоративное отверстие и адекватно санировать и дренировать брюшную полость с минимальной инвазивностью и риском осложнений.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Камолов С.Ж., Тураев З.А., Махрамов У.Т., резиденты магистратуры 2 года обучения
Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется высоким уровнем заболеваемости и составляет от 3 - 15% взрослого населения. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, трудоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Опасность перфорации гастродуоденальных язв подтверждается высокой послеоперационной летальностью – 2,17 - 17,9%. Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных видеолaparоскопических методов лечения даст все основания надеяться на улучшение результатов. **Цель работы:** Оценить возможность и эффективность применения, обосновать методику эндовидеохирургических операций в лечении больных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки. **Материал и методы исследования:** Лапароскопическая операция ушивания перфоративных язв выполнена у 58 пациентов (34 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 18 до 80 лет. При диагностической лапароскопии устанавливался диагноз с определением возможности ушивания перфорации с

использованием эндовидеохирургической технологии. Ушивание производилось с помощью двухрядного шва рассасывающим материалом с последующим укреплением линии швов прядью большого сальника на ножке. Герметичность швов оценивалась пробой с раздуванием желудка через назогастральный зонд. Осуществлялась тщательная санация брюшной полости с помощью лаважа антисептическими растворами. Операция завершалась дренированием брюшной полости с использованием 2-4 дренажей. **Результаты:** При операции ограниченный перитонит обнаружен у 9 (15,5%) больных, распространенный перитонит имел место у 49 (84,5%) больных. Техника лапароскопического ушивания перфоративной язвы не представляется очень сложной. Ушивание следует производить атравматичным шовным материалом, подбирая размер иглы, соответствующий диаметру перфоративного отверстия. Узлы завязываются интракорпорально. Трудности ушивания могут быть обусловлены локализацией перфоративного отверстия. Наиболее просто оно осуществляется при локализации язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки или желудка. При этом удается надежно на достаточном расстоянии от краев перфоративного отверстия наложить швы без натяжения. Если имеются сомнения в надежности швов можно применить ряд мер, направленных на их устранение. При расположении перфоративного отверстия у малой кривизны наложение эндошвов затруднено из-за ограниченной подвижности стенок. Если перфоративное отверстие находится на самой малой кривизне, следует отказаться от лапароскопического ушивания (4 случая конверсий из 58). В послеоперационном периоде больных проводили антибактериальную терапию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-14 часов, после ультразвукового исследования. В первые сутки после операции все больные не испытывали выраженных болей и могли ходить в пределах хирургического отделения. Осложнений и летальности во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Средний койко/день - 6. **Выводы:** Наше исследование показало, что при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки ушивание и видеолaparоскопическая последовательная санация брюшной полости обеспечивает благоприятный послеоперационный период.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Каххоров С.М., студент 307 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Камолов Т.К.

Лечение больных с острыми некротическими парапроктитами все ещё остаётся одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем современной хирургии. Несмотря на совершенствование хирургической техники, развитие прогрессивных методов детоксикации и антибактериальной терапии, лечение острого некротического парапроктита по-прежнему остается сложной и во многом мало разрешенной проблемой современной хирургии и колопроктологии, что определяет необходимость дальнейших разработок в этой области. **Цель работы:** Улучшить результаты хирургического лечения острым некротическим парапроктитом. **Материал и методы исследования:** За период 2005-2015 гг. в проктологическом отделении клиника СамМИ оперировано 61 больных с гнилостными некротическими формами острого парапроктита. Возраст больных составлял от 23 до 82: мужчин было 43, женщин 18. Большинство больных страдали универсальным общим атеросклерозом, ожирением у 17 больных как сопутствующее заболевание установлен сахарный диабет. Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки ректороманоскопию, ультразвуковое исследование перианальной зоны, бедер, паховой области и забрюшинное пространство. Обще клинические и биохимические анализы крови, бактериологическое исследование отделяемого ран. Хирургическое вмешательство во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям. В некоторых случаях операция задерживалась на 1-3 ч при необходимости предоперационной подготовки крайне тяжелых больных. **Результаты:** Все больные с некротическими парапроктитами вскрывали под внутривенным и интубационным наркозом. Вмешательство осуществляли через широкий лампасный разрез по всей выявленной площади воспалительных изменений с тотальным удалением всех нежизнеспособных тканей в пределах здоровой ткани. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки растворами с бетедином, декасаном, калий перманганатом. Только в одном случае при анаэробном парапроктите при некрозе стенке прямой кишки была наложена сигмостома. После операции перевязки выполняли несколько раз в сутки в среднем 2-3 раза. Во время перевязки применяли УФО и ГБО терапия. У 47% больных в первые несколько дней послеоперационного периода были обнаружены вновь возникшие очаги некроза, которые вскрывались острым путем с удалением некротических тканей во время перевязок. Во всех случаях проводили усиленную антибиотикотерапию интенсивную детоксикационную, инфузионную, симптоматическую и ГБО терапию. В раннем послеоперационном периоде летальный исход наступил у 3 больных острым некротическим парапроктитом, которые поступили в клинику поздно крайне тяжелом состоянии. Значительная часть пациентов 58 благополучно пережили. **Выводы:** Таким образом комплексный подход к лечению это тяжелой патологии, как своевременное адекватное хирургическое лечение с тотальным удалением всех жизнеспособных тканей лазерное и электрическое коагуляции некротических тканей, лимфотропные введение лекарственных препаратов и форсирований диурез, усиленную антибиотикотерапию, интенсивную детоксикационную инфузионную, симптоматическую и ГБО терапию позволяли добиться значительного эффекта в лечении больных с этой тяжелой патологией.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Ким Н.А., Нурадинов Х.Э., резиденты магистратуры 3 и 2 года обучения
Кафедра оториноларингология СамМИ ФУВ (зав. каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)
Научные руководители: д.м.н. Лутфуллаев Г.У., асс. Кобилова Ш.Ш.

В возникновении и развитии опухолевого процесса важная роль отводится состоянию общей и местной реактивности организма. Имунная система занимает ведущее место в формировании ответной реакции на различные раздражающие факторы организма. Несмотря на кажущуюся однородность реакции иммунной системы на воздействие ряда факторов опухолевого процесса (тип, локализация, клиническое течение и др.) показатели ее могут изменяться в различных вариациях. **Цель работы:** изучить состояние иммунной системы у больных с доброкачественными опухолями носа и придаточных пазух носа. **Материал и методы исследования:** Иммунологические исследования проведены у 24 больных с папилломами и у 10 с гемангиомами полости носа и придаточных пазух. Полученные результаты сравнивали с показателями 15 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. **Результаты:** Анализ полученных данных показал, что у больных с доброкачественными опухолями носа состояние иммунной системы характеризуется иммунодефицитом Т-

клеточного и гуморального звеньев. Так, абсолютное и относительное содержание Т-лимфоцитов было достоверно ниже, чем у здоровых лиц ($P < 0,01$). Значительно была снижена популяция Т-хелперов, о чем свидетельствует достоверное снижение их относительного и абсолютного содержания в 2 раза ($P < 0,01$ и $P < 0,05$). Наблюдалось также снижение относительного количества В-лимфоцитов до $15,1 \pm 1,1$ (в контрольной группе $22,3 \pm 1,1$) и абсолютного их числа до $356,1 \pm 24,2$ (в контрольной группе $458,2 \pm 45,3$) со степенью достоверности соответственно $P < 0,01$ и $P < 0,05$. Число нулевых лимфоцитов было достоверно увеличено $P < 0,05$, $P < 0,01$. Уровень иммуноглобулинов классов А, М, G у обследованных больных изменялся разнонаправлено. Так, содержание IgA и IgG в сыворотке крови достоверно ниже, чем в контроле ($P < 0,01$), а уровень у больных всех групп достоверно увеличился ($P < 0,01$). Уменьшение концентрации IgA указывает на снижение регионарного иммунитета, а значительное падение уровня IgG в сыворотке крови свидетельствует о длительной антигенной нагрузке и антигенной конкуренции. Таким образом, изменения показателей иммунной системы у больных с доброкачественными опухолями носа характеризовались в целом уменьшением относительного и абсолютного содержания В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов и популяции хелперов, за счет чего менялся и хелперно-супрессорный коэффициент. При этом как абсолютное, так и относительное содержание 0-лимфоцитов было повышено. Концентрация IgA и IgG в сыворотке крови достоверно уменьшалась, а уровень IgM у больных всех групп достоверно возрастал. **Выводы:** Таким образом, у больных доброкачественными опухолями носа выявлены нарушения иммунной системы. Они проявляются в разнице показателей как клеточного, так и гуморального звена иммунитета, степень изменения которых коррелирует со стадией распространения опухоли.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Кобилев Б.З., резидент магистратуры 2 года обучения ТМА

Кафедра онкологии и лучевой диагностики (зав. каф. – д.м.н., профессор Атаханова Н.Э.)

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Мирзараимова С.С.

Цель работы: Улучшение эффективности лечения местно-распространенного рака желудка (МРРЖ), путем разработки новых методов лекарственного лечения, с учетом состояния молекулярных маркеров чувствительности и резистентности к цитостатикам и гормонального статуса. **Материал и методы исследования:** Изучено в контрольной группе 30 пациенты с МРРЖ, которым на первом этапе лечения была проведена операция. На втором этапе лечения, через 3-5 недель после операции больные получили от 2-4 курсов послеоперационной (адьювантной) терапии по режиму DCF (доцетаксел, цисплатин, фторурацил) - 10 пациентов и CF (цисплатин, фторурацил) – 20 пациентов. Основную группу составили 27 пациентов местно-распространённым раком желудка. У больных основной группы проводилось определение мутаций генов BRCA 1 и 2, экспрессии ПР и ЭР. В основной группе пациентам проводилась неoadьювантная химиотерапия 2-4 курса в режиме DCF. У 8 (30%) основной группы были отмечены мутация генов BRCA и повышенная экспрессия прогестерон (ПР) и эстроген (ЭР) рецепторов. У этой категории пациентов дополнительно к химиотерапии применялся тамоксифен по 20 мг/сут. **Результаты:** После НПХТ 2-4 курсов, у 25% из гормонположительных пациентов, получавших тамоксифен отмечалась полная регрессия (ПР). У гормоннегативных пациентов ПР отмечалась лишь у 16% пациентов. У гормонположительных пациентов случаев ПБ не отмечалось, тогда как у гормоннегативных в 2 случаях было отмечено ПБ. В общем число положительных ответов на НПХТ в обоих подгруппах было примерно равным, около 50%. У 4 (21%) гормоннегативных пациентов отмечалось ПБ во время проведения АПХТ. У гормон неггативных (ГП) пациентов отмечалась 100% годичная выживаемость, тогда как у ГН этот показатель составил 94,7%. По показателю 2-х летней выживаемости у ГН и ГП пациентов были примерно равные показатели. Достоверное превосходство по ряду сравниваемых показателей у пациентов, получавших НПХТ. Особенно это заметно по показателям ПБ, который был более, чем в 2 раза выше в группе больных не получавших НПХТ. Достоверное превосходство у больных получавших НПХТ отмечалось по показателям БРВ. В основной группе 1-летняя БРВ выше на 25%, а 2-летняя выше, чуть менее чем на 30%, чем в группе больных получавших только АПХТ. **Выводы:** Проведение 2-4 курсов предоперационной (неoadьювантной) полихимиотерапии по схеме DCF при раке желудка T3-4N0-3M0 позволило снизить стадию процесса у 48%, выполнить радикальную операцию у 56% пациентов, достичь 52% 2 летней безрецидивной выживаемости. Преодоление устойчивости опухоли к лечению путем применения гормональных препаратов даст возможность повысить общую выживаемость и выживаемость до прогрессирования, улучшить качество жизни пациентов. Полученные результаты исследования позволяют по новому подойти к решению одной из основных проблем важной государственной программы по борьбе со злокачественными опухолями, а именно улучшению результатов МРРЖ, путем преодоления лекарственной устойчивости (химиорезистентности) применением гормональных препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ “ DCF ” ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Кобилев Б.З., резидент магистратуры 2 года обучения ТМА

Кафедра онкологии и лучевой диагностики (зав. каф. – д.м.н., профессор Атаханова Н.Э.)

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Мирзараимова С.С.

Цель работы: Анализ эффективности полихимиотерапии по схеме DCF при лечении больных с нерезектабельным раком желудка по уровню токсичности, частоте отдаленных метастазов и выживаемости. **Материал и методы исследования:** В исследование были включены 31 больных раком желудка T3/T4 и N-/N+, проходивших лечение в клинике РОНЦ с 2013 по 2014г., с морфологически подтвержденной аденокарциномой желудка различной степени дифференцировки. Пациенты, в зависимости от применяемого химиотерапевтического агента, были разделены на две группы: I- больные, получавшие Доцетаксел, Цисплатин, 5 фторурацил. (16 пациентов) и II- больные, получавшие Цисплатин и Фторурацил (15 больных). **Результаты:** Анализ общей выживаемости у больных показал, что в группе с Цисплатин+фторурацил общая выживаемость составила 3,7 месяца, а в группе в сочетании с доцетакселом составила 5,6 месяца соотв. Частота отдаленного метастазирования в группе с Цисплатин+фторурацил составила 33.3% (5больных), в группе Цисплатин+фторурацил, доцетаксел - 18.7% (у 3 больных). Показатель общей однолетней выживаемости составил $32,5 \pm 7,3\%$ в группе с Цисплатин+фторурацил, и $40,2 \pm 6,5\%$ в группе с доцетаксел+цисплатин+фторурацил. **Выводы:** Таким образом, использование полихимиотерапии по схеме DCF при лечении имеет относительно безопасный профиль токсичности и может быть рекомендован в качестве паллиативной терапии нерезектабельного рака желудка.

СВЕТЛООПТИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СОСУДИСТОМ СПЛЕТЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ковальчук Н.Е., асс. кафедры анатомии человека, ОХТА, Пантус А.В., доцент кафедры хирургической стоматологии
Кафедра анатомии человека, ОХТА (зав. каф. – д.м.н., проф. Попович Ю. И.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Попович Ю. И.

Цель работы: Восстановить закономерности структурной организации подслизистого сосудистого сплетения тонкой кишки после временной острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости в эксперименте. **Материал и методы исследования:** Выполнено острую странгуляционную тонкокишечную непроходимость на 40 белых беспородных половозрелых крысах. Проведено гистологическое и ультраструктурное исследование участков тонкой кишки на расстоянии 1 см, 5 см и 10 см выше и ниже странгуляционной непроходимости на 1, 3, 7, 14 и 30 суток. Результаты дополнены морфометрией, математической обработкой и статистическим анализом. **Результаты:** Изменения в подслизистом сосудистом сплетении тонкой кишки крыс после устранения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости носят стадийный характер: гемодинамических нарушений и отека (1 – 3 сутки), функционального напряжения и дистрофических изменений (7 – 14 сутки) и компенсаторно-восстановительный периоды (14 – 30 сутки). I период характеризуется значительным сужением артериальных сосудов; неравномерной извитостью внутренней эластической мембраны, выпячиванием ядер в просвет сосуда, вакуолизацией цитоплазмы эндотелиоцитов и отёком органелл, скоплением в просвете сосудов форменных элементов крови, периваскулярным отеком; появлением на 3 сутки микровыростов на люменальной поверхности плазмолемы. Морфометрически отмечается сужение до минимума просвета (в 1,53 раза) и увеличение до максимума (в 1,37 раза) толщины стенки артерий всех калибров и гемокапилляров, а также расширение просвета венозных сосудов и истончение их стенок. Изменения данных показателей более выражены возле места странгуляции (1 см) и в проксимальной петле тонкой кишки, по сравнению с дистальной. Во II периоде отмечается расширение просвета кровеносных сосудов всех звеньев подслизистого сосудистого сплетения до максимальных величин, хотя стенка артерий и гемокапилляров продолжает оставаться утолщенной, а стенка вен становится наиболее истонченной, выявляется недостаточная дифференциация их структур; сглаживание внутренней эластической мембраны, отёчность эндотелиоцитов, не четкость адвентициальной оболочки, деформация ядер с частичным разрушением нуклеолемы отдельных эндотелиоцитов, вакуолизация их цитоплазмы, наличие микропиноцитозных пузырьков, отёк органелл, выпячивание люменальной плазмолемы в просвет сосуда с явлениями микроклазматоза, локальное нарушение целостности базальной мембраны с выходом форменных элементов крови во внесосудистое пространство при ультраструктурном изучении. III период – отмечается четкое контурирование стенки сосудов, нормализация строения стенки сосудов при светооптическом и ультраструктурном исследованиях. Начиная с 14 суток отмечается приближение к контрольным метрическим показателям кровеносных сосудов ПСС, а на 30-е сутки они не отличаются от контрольных. **Выводы:** Полученные результаты могут служить основой для разработки способов восстановления жизнеспособности кишки и оптимизации лечения пациентов в различные сроки после временной острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА

Крицкая А.О., Панишев Н.А., студенты 609 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Руднов В.А.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Брезгин Ф.Н.

Цель работы: Получение объективной информации об эффективности использования современной наркозно-дыхательной аппаратуры в рутинной практике врача-анестезиолога. **Материал и методы исследования:** Проведена оценка анкет для врачей анестезиологов-реаниматологов города Екатеринбурга в период с декабря 2015 г. по февраль 2016 г. Выборка составила 51 человек. Анкета заполнялась врачом анестезиологом-реаниматологом однократно в каждом отделении анестезиологии и реанимации, отражала статус учреждения и ОРИТ, уровень материально-технического оснащения и кадровый состав сотрудников. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel. **Результаты:** В ЛПУ федерального подчинения (ФМБА, НИИ) работают 18% врачей, в муниципальных клиниках г.Екатеринбурга – 82% докторов. При этом стаж работы в специальности анестезиология-реаниматология более 10 лет у большинства опрошенных-57%. За последние 5 лет в тематических курсах повышения квалификации, посвященных исключительно вопросам ИВЛ, 82% опрошенных не принимали участия. Наиболее часто используемые миорелаксанты, по результатам анкетирования, пипекуроний (ардуан) 44% и рокуроний (эсмерон) 56%, при этом сукцинилхолин 51% анкетированных врачей используют только для интубации трахеи. По данным анкетирования ОРИТ оснащены современными наркозно-дыхательными аппаратами, так 25% в своей ежедневной практике используют аппараты фирмы Draeger, 46%-Schirana. Аппараты серии РО и ФАЗА с анестезиологической приставкой 13% и 16% соответственно. При проведении анестезии с ИВЛ, стартовый режим вентиляции 83% респондентов устанавливают «принудительный с контролем по объему». Большинство врачей устанавливают ДО 6-8 мл/кг- 38%, 26% устанавливают на глаз, не прибегая к точным расчетам, 25% считают нужным применить ДО до 6 мл/кг и 11% 8-10 мл/кг. 53% анкетированных считают необходимым установить ПДКВ(РЕЕР) на время ИВЛ в ходе анестезии. Инспираторную фракцию кислорода для преоксигенации (во время индукции) от 80% до 100%-57% опрошенных, от 40% до 60% выбирают 37%, от 60% до 80% - 6% респондентов. Контроль за состоянием аппарата внешнего дыхания, 68% осуществляют при помощи цифрового мониторинга дыхания (ДО, МВЛ, ЧД, ПДКВ). Оценивают адекватность проведения ИВЛ: 63% - гемодинамика+SpO₂+капнометрия. 85% никогда не используют мониторинг нейро-мышечного блока в ходе проведения анестезии. **Выводы:** 1. В большинстве случаев ОРИТ оснащены современной наркозно-дыхательной аппаратурой, что дает возможности соблюдения принципов протективной искусственной вентиляции легких. 2. Несмотря на наличие технической возможности, величины используемых дыхательных объемов несколько завышены, в ряде случаев (26% респондентов) устанавливают значение ДО «на глаз» не прибегая к точным расчетам, а величины РЕЕР (ПДКВ) в половине случаев вообще не устанавливаются. 3. Необходимость создания и внедрение в практику проведения тематических курсов повышения квалификации, посвященных вопросам искусственной вентиляции легких. 4. Нейро-мышечный блок не контролируется, несмотря на очевидную необходимость, так как широко используются современные миорелаксанты короткого действия (рокуроний).

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Курбонов Н.А., Асадов Т.Ш., Сувонов М.Т., резиденты магистратуры 3 года обучения СамМИ, Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ (зав. каф. – к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.)

Цель работы: Улучшение результатов комплексного лечения при повреждениях селезенки при закрытой травме живота. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и лечения 35 пострадавших с повреждением селезенки. Из них мужчин было 26 (74,3%), женщин – 9 (25,7%), в возрасте 17-53 лет. Сроки госпитализации больных с травмой селезенки от момента травмы: до 1 часа – 25 (71,4%), с 1 до 3 часов – 10 (28,6%) пострадавших. Основным критерием для выбора консервативного лечения больных явилось наличие стабильной гемодинамики. Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализации, общий анализ крови и мочи, коагулограмму. При поисках жидкости при УЗИ исследовали наиболее низко расположенные участки живота во всех проекциях. Жидкость визуализировалась в виде анэхогенной зоны. Небольшие количества жидкости собиралась у женщин в позадиафрагмальном пространстве (в пространстве Дугласа), у мужчин – в гепаторенальном углублении (в кармане Моррисона). В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (ЦВД, ЧСС, диурез). **Результаты:** У всех больных с травмой селезенки при поступлении в стационар отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 23 больных от 200 до 350 мл, у 11 – от 350 мл до 500 мл, а у 1 – более 1200 мл. Последнему была произведена удаление крови видеолапароскопическим путем с благоприятным исходом. Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 16 больным – свежзамороженной плазмы по $350,0 \pm 55,8$ мл каждому пациенту и 9 больным $250 \pm 35,0$ мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и МСКТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консервативного лечения: отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл (<10% ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота. Применяемые нами методы консервативного гемостаза были эффективны в 94,3% наблюдений. Осложнения и летальных исходов не было. **Выводы:** Неоперативное лечение повреждений селезенки является рискованным мероприятием и требует хорошего оснащения визуализирующей аппаратурой лечебного учреждения, а также возможности постоянного мониторинга за пациентом.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГРУППЫ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ОРИТ

Лебедева С.В., студентка группы 401 пед. факультета УГМУ

Кафедра анестезиологии-реаниматологии (зав. каф. – д.м.н., профессор Руднов В.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Брезгин Ф.Н.

Цель работы: Выявить риск возникновения внутрибольничных инфекций у группы детей, получающих паллиативную помощь, в условиях ОРИТ. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, получающих паллиативную помощь в условиях ОРИТ МАУ ДГКБ № 9 г. Екатеринбург. Изучены 4 истории болезни пациентов. Возраст детей, получающих паллиативную помощь в отделении, составил от 1 года 3 месяцев до 3 лет 6 месяцев, средний возраст составляет 2 года 6 месяцев ± 1 год. Продолжительность пребывания пациентов в отделении составляет от 5 месяцев до 3 лет 6 месяцев, средняя продолжительность пребывания 2 года ± 1 год 1 месяц. В отделении больные получают паллиативную помощь с диагнозами: окклюзионная гидроцефалия, спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана, постреанимационная болезнь. Проанализированы результаты лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови) и бактериологических исследований (посевы мокроты, мочи и крови). У трех пациентов данные взяты за 1 год, у одного за 6 месяцев. **Результаты:** При анализе историй болезни у данных пациентов в бактериологических исследованиях мокроты и мочи высеяно 100 случаев патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Данная микрофлора относится к числу внутрибольничных инфекций. Наиболее значимыми были ВБИ такие, как синегнойная палочка (высеялась в 33% случаях), из них в 18 случаях превышала уровень колонизации ($>10^5$ КОЕ/мл), Энтерококки высеивались 11 раз, из них 6 раз колония превышала 10^5 КОЕ/мл., ацинобактерии (высеялись в 8%), из них уровень колонизации превышал в 3 случаях, также клебсиелла высеялась 8 раз, из них 3 раза колония была $>10^5$ КОЕ/мл. Пациентам назначался курс антибиотикотерапии при получении положительных результатов бактериологического исследования. При проведении частых курсов антибактериальной терапии у пациентов формировалась резистентность к препаратам различных групп антибиотиков. Препараты для одной и той же бактерии постоянно менялись. При положительном посеве *Pseudomonas aeruginosa* $>10^5$ КОЕ/мл, назначались различные группы препаратов: линезолид 10 мг/кг/сутки, в/в; пиперациллин+тазобактам 2,25 мг/кг/сутки в/в; цефоперазон+сульбактам 80 мг/кг/сутки, в/в.; ванкомицин 80 мг/кг/сутки, в/в.; ципрофлоксацин 40 мг/кг/сутки, в/в.; амоксициллин клавуланат 30мг/кг/сутки в/в. При положительном посеве *Enterococcus faecalis* $>10^5$ КОЕ/мл, назначались такие группы антибиотиков: кларитромицин 50 мг/кг/сутки, в зонд; цефоперазон+сульбактам 80 мг/кг/сутки, в/в. Каждый инцидент протекал с наличием воспалительной реакции у пациентов, что подтверждалось повышением уровня С-реактивного белка, а также лейкоцитозом. **Выводы:** Таким образом, пациенты, длительно находящиеся в отделении анестезиологии и реанимации, постоянно контактировали с внутрибольничной инфекцией, что требовало необходимости проведения антибиотикотерапии, это привело к формированию полирезистентности к антибактериальным препаратам. Пациенты, получающие паллиативную помощь, должны находиться в специализированных, изолированных отделениях, учреждениях или в домашних условиях.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Мансуров М.А., студент 505 группы медико-профилактического факультета ТГА

Кафедра судебной медицины и мед. права (зав. каф. - доцент, к.м.н. Бахриев И.И.)

Научный руководитель - доцент, к.м.н. Бахриев И.И.

Переломы костей таза даже будучи осложненными, имеют довольно высокую летальность, основной причиной которой является травматический шок. Шок встречается в 18,3-41,1% всех случаев повреждений таза. Известно, что клиническое течение травматического шока при переломах таза обусловлено их характером и локализацией, смещением костных отломков, а также сопутствующими повреждениями внутренних органов. Шок при переломах таза иногда протекает

скрыто и проявляется внезапным ухудшением состояния больного. **Цель работы:** Изучить характер травматического шока при переломах костей таза и дать экспертную оценку. **Материал и методы исследования:** Проанализировано 145 заключений судебно-медицинской экспертизы г. Ташкента и 85 истории болезни больных с повреждениями костей таза, консервативно и оперативно лечившихся в травматологических стационарах г. Ташкента за последние 5 лет. Наиболее часто травмы наблюдались у мужчин - 126, женщин - 14 и детей у 5 пострадавших. **Результаты:** Для травматического шока, наблюдаемого при повреждениях тазовых костей, характерны некоторые особенности. В основе его лежит как болевой фактор, так и расстройство гемодинамики. По нашим данным, шок наблюдался в 19,7% случаях. При неосложненных переломах костей таза шок I степени был у 6,4% пострадавших, тяжелый (II и III степени) отмечался у 8,7% больных. Следует подчеркнуть, что из наблюдаемых нами случаев переломов таза, закончившихся смертельными исходами, травматический шок, как непосредственная причина смерти имел место в 82% наблюдений, из них почти в половине случаев переломы были осложнены повреждениями тазовых органов. Смерть от шока, как правило, наступала в первые два дня от момента происшествия. Выше подчеркивалось, что кровотечение является одним из отягчающих моментов шока, часто наблюдаемого при переломах таза: кровопотеря, а также сдавление излившейся кровью нервных стволов и сосудов представляется одним из патогенетических звеньев шокового состояния. Диагностика кровотечения при травмах таза представляет определенные трудности, так как клиника его часто стирается травматическим шоком. Установлено, что особенно тяжело протекают часто возникающие гематомы при повреждениях заднего отдела кольца. При травме таза гематомы нарастают довольно быстро и достигают максимальной выраженности уже в первые сутки. **Выводы:** 1. Основной причиной травматического шока являются осложненные переломы костей таза. 2. Клиническое течение травматического шока при переломах таза обусловлено их характером и локализацией, смещением костных отломков, сопутствующими повреждениями внутренних органов. 3. Кровотечение, в той или иной степени выраженное при переломах костей таза, является одним из ведущих моментов травматического шока. 4. Шок при переломах костей таза по характеру степени тяжести относится к тяжким телесным повреждениям опасным для жизни и могут быть учтены в экспертной практике.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мардонов У.А., студент 309 группы, Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета,

Тагиева Ю.А, Сулаймонова Ш.Д, студенты 306 группы пед. факультета

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии СамМИ (зав. каф. – к.м.н. доцент Мустафакулов И.Б.)

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

Цель работы: Оценить эффективность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени. **Материал и методы исследования:** В хирургическом отделении находилось на лечении 264 больных с эхинококкозом печени. **Результаты:** Диагноз эхинококкоза печени основывалась на клинико-лабораторных исследованиях, УЗИ и компьютерной томографии. Локализация кисты в правой доле печени (S - VI.VII. VIII) наблюдалась у 195, в левой доле (S - I. II. III) – у 47 больных, а поражение обеих долей – у 22 больных. Одиночные кисты были у 159, а множественные (от 2 до 6) у 105 пациентов. Размеры кисты от 5 до 8 см были у 109, от 10 до 15 см у 29 и более 15 см у 40 больных. Диагноз эхинококкоза печени впервые был установлен 175 больным, 44 были ранее оперированы по поводу эхинококкоза различных локализаций. Относительно небольшого размера кисты наиболее часто встречаются при центральном расположении (183), а средние и гигантские – при краевом расположении (81). Живая паразитарная киста на операции обнаружена у 113 больных, наличие дочерних пузырей у 38 и развившееся нагноение у 27. Наиболее частым осложнением эхинококкоза печени было нагноение (11,3%), разрыв нагноившейся кисты в брюшную полость (3,8%). Отмечена компрессия желчевыводящих путей при локализации кисты у ворот печени, с развитием механической желтухи (4,2%). Одним из наиболее сложных и ответственных этапов операции является ликвидация остаточной полости кисты. После удаления паразита и обработки фиброзной оболочке противопаразитарными препаратами, в зависимости от размера и состояния эхинококковой кисты, остаточную полость у 158 больных удалось ликвидировать посредством капитонажа, а 25 больным с небольшими кистами была произведена обработка полости клеем МК-8. Такая методика возможна у больных с небольшими (от 5 до 7 см) и средними (не более 10-15 см) размерами кист при податливых стенках фиброзной капсулы. При больших кистах (у 16 больных), для профилактики нагноения остаточных полостей, а также у 26 больных с нагноившимся эхинококком печени, для оттока раневого отделяемого, в полость кисты перед её ушиванием вставлялась дренажная трубка от 4-5 суток до 2 недель. В случае расположения гитарной кисты в области ворот печени частичное ушивание ее сочетали с тампонированием полости большим салынком - у 16 больных. При субкапсулярном расположении паразита у 13 пациентов произведена краевая резекция печени вместе с кистой. С целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания всем больным использовали альбендазол. **Выводы:** Все это позволило снизить послеоперационные осложнения на 13,5%, сократить сроки пребывания больных в стационаре на 4-5 койко-дней, главное улучшить исход лечения эхинококкоза печени.

ОПТИМАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Мардонов У.А., студент 309 группы, Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета,

Тураев З.А., резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н. доцент Мустафакулов И.Б.)

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

Несмотря на множество оперативных методов лечения, частота осложнений и рецидивов при парапроктитах остается высокой и составляет 14-28%. **Цель работы:** Оптимизировать и улучшить результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом. **Материал и методы исследования:** Были проанализированы результаты лечения острого парапроктита у 164 пациентов, которые находились на лечении в проктологическом отделении клиники СамМИ за период 2010-2015 годов. Из них женщин 55 (33,5%), мужчин 109 (66,5%), в возрасте от 18 до 70 лет. Сроки от момента заболевания до госпитализации составляли от 3 до 12 дней, в среднем 6 дня. По локализации подково-подслизистые формы парапроктитов были у 81 (49,4%), ишиоректальные у 57 (34,8%), пельвиоректальные у 5 (3%), ретрооректальные у 12 (7,3%) и межмышечные у 9 (5,5%) больных. Выработали дифференцированные подходы при выборе хирургической тактики. **Результаты:** Изучены результаты лечения оперированных больных в течение двух, трех лет после операции. После радикальных операций по поводу парапроктитов с интрасфинктерным и чрезсфинктерным гнойным ходом образования свищей не было. После операций по поводу парапроктитов с экстрасфинктерным гнойным ходом (70 случаев 42,7%) в двух случаях (2,8%) сформировался свищ, в одном случае (1,4%) отмечен рецидив острого парапроктита в области после-

операционного рубца. Все больные со свищами и острым парапроктитом успешно оперированы в нашем отделении. **Выводы:** Таким образом, своевременный хирургический метод лечения острого парапроктита имеет преимущество тем, что ускоряет процессы ограничения воспалительного процесса и рассасывания инфильтратов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Маханта А., аспирант Медицинской Академии им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гривенко С.Г.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с паховой грыжей путем использования оптимального способа фиксации имплантатов при трансабдоминальной преперитонеальной герниопластике. **Материал и методы исследования:** Обследовано 25 пациентов в возрасте от 23 до 56 лет с паховыми грыжами, которым была произведена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика. У 11 из них (1-я группа) фиксация трансплантата выполнена с использованием фибринового клея Tissucol® Kit (Baxter AG) а у 14 (2-я группа) сетчатый имплантат фиксировали к тканям клипсами с помощью герниостеплера Protack. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (VAS). Шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными величинами в диапазоне от 0 (нет боли) до 10 (невыносимая боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает их болевые ощущения. Таким образом, возможны следующие варианты оценки боли: 0 – нет боли; 2 – слабая боль 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – невыносимая боль. **Результаты:** В 1-й группе продолжительность операции составила в среднем 54 ± 18 мин, во 2-й группе 62 ± 23 мин. Технических трудностей при подготовке и применении клеевой субстанции не было. Меньшая продолжительность операции у больных 1-й группы обуславливала уменьшение длительности наркоза, тяжести операционной травмы, а в последующем более быструю реабилитацию этих больных. При оценке характера боли установлено, что в 1-й группе возникла слабая боль в период от 12 до 72 ч после операции, менее интенсивная, чем при других методах фиксации сетки. Так при использовании герниостеплера Protack в эти сроки наблюдали умеренную боль. В свою очередь меньшая интенсивность и продолжительность болевого синдрома обуславливала меньшую потребность в обезболивающих средствах именно у больных 1-й группы. Это позволяло им ощущать меньший дискомфорт, они раньше активизировались, короче был период реабилитации, как физической, так и психической. Все пациенты выписаны через 2-5 суток. Физическая активность в 1-й группе восстановилась через 5-11 суток, в среднем 7,9 суток. Во 2-й группе - через 7-11 суток, в среднем 9,1 суток. В раннем и позднем послеоперационном периоде в 1-й группе осложнений не было. Во 2-й группе у одного пациента образовалась серома области размещения имплантата, которая устранена пункционно под контролем УЗИ. В более поздние сроки (через 1,5 мес) еще у одного больного 2-й группы по поводу невралгии в паховой области применены консервативные меры (УВЧ – терапия, электрофорез, блокада), что оказалось эффективным. Рецидивов у всех оперированных больных в сроки 6-12 месяцев не наблюдали. Таким образом, использование фибринового клея при операциях по поводу паховой грыжи является альтернативным, удобным и достаточно надежным способом фиксации сетчатого имплантата. **Выводы:** Клеевая фиксация сетки является интересным направлением решения актуальных задач герниологии, которая имеет ряд преимуществ перед традиционными способами. Применение клея снижает болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, предотвращает развитие связанной с повреждением нервных окончаний при герниопластике с использованием фиксаторов невралгии в позднем послеоперационном периоде. Кроме того, при этом отсутствуют случаи формирования послеоперационных гематом и сером, при применении клея сокращаются сроки восстановления физической активности пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Махматкулов Х.Г., резидент магистратуры кафедры детской хирургии, Пак Е.А. – врач ЭКГ 2-клиники СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Шамсиев А.М.

Открытый артериальный проток (ОАП) – один из самых распространенных врожденных пороков сердечно-сосудистой системы характеризующийся наличием сообщения между аортой и легочной артерией. Частота рождаемости детей с врожденными пороками сердца составляет 6-10 на 1000 живорожденных. ОАП чаще встречается у девочек (1:2,7). Летальность при хирургическом лечении ОАП составляет от 0,7 до 1,7%. **Материал и методы исследования:** За период с 1991 по 2015 года во 2 клинике СамМИ было оперировано 89 больных с ОАП в возрасте от 3 до 16 лет. Больных в возрасте 2-5 лет было 26 (29,2%), 6-11 лет – 47 (52,8%), 12-14 лет – 12 (13,5%), старше 15 лет – 4 (4,5%). Преобладали девочки – 71 (79,8%). Ведущими инструментальными методами диагностики ОАП являлись ЭХОКГ, ЭКГ, обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ с доплерографией и МСКТ. Хирургическая коррекция порока выполнялась традиционным методом, заключающейся в передне-боковой торакотомии и перевязке артериального протока двойной лигатурой. В раннем послеоперационном периоде плевральная полость дренировалась по Бюлау. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, летальных случаев не отмечено. Перед выпиской проводилось контрольное ЭХОКГ, которое констатировало прекращение патологического кровотока. Больные выписаны на 10-11 сутки после операции с полным выздоровлением в удовлетворительном состоянии. Контрольное обследование проведено у 72 (81%) пациентов в сроки от 3 до 10 лет после операции. При оценке отдаленных результатов учитывали жалобы, данные объективного осмотра, антропометрические показатели, доплерография и ЭХОКГ. Ни в одном случае не выявлено рецидива заболевания. **Выводы:** Таким образом, проведенный анализ результатов лечения ОАП в отдаленные сроки после операции расцениваются как удовлетворительные.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Махмудов Б.Ф., студент 701 группы леч. факультета БухГосМИ

Кафедра онкологии и рентген радиологии (зав. курс - доц. Х.Н. Абдуллаев)

Научный руководитель: ассистент Дустов Ш.Х.

Одной из серьезных проблем клинической онкологии является поиск действенной помощи при местнораспространенных опухолях без отдаленного метастазирования и рецидивов. Как известно, у значительной части онкологических больных выявляют III-IV стадию опухолевого процесса, когда наиболее эффективным является комбинированное лечение, хирургический компонент которого заключается в широком иссечении опухоли. Это приводит к образова-

нию выраженного анатомо-функционального дефекта органа или ткани, в связи с чем больные нуждаются в реконструктивно - пластических операциях. **Цель работы:** Оценить эффективность различных вариантов реконструктивно-пластических операции у пациентов с опухолями молочной железы, головы и шеи. **Материал и методы исследования:** В период 2015 по 2016 года на базе Бухарского областного онкологического диспансера выполнено 21 одномоментных реконструктивно-пластических операций у онкологических больных, из них 7 женщин, 14 мужчин. Возраст больных варьировал от 31 до 85 лет (m=58). По локализации опухоли: опухоли молочной железы 3 (14,3%), опухоли головы и шеи – 18 (85,7%) из них рак слизистой щеки – 5 (27,7%), метастатические опухоли шеи – 8 (44,4%), рак губы – 5 (27,7%); В большинстве случаев размеры опухоли соответствовали на стадию III - IV – 66,6%. Для закрытия дефектов использовались лучевой лоскут 2, лоскут на основе прямой мышцы живота 1, лоскут широчайшей мышцы спины 1, лоскут на основе большой грудной мышцы 7, лопаточный лоскут 2, кожно-фасциальный лоскут 3, свободный лоскут кожи 5. Использованы различные варианты пластических операций: микрохирургическая пластика на сосудистой ножке 3 операции, пластика перемещенным лоскутом 13, пластика местными тканями 5 операции. **Результаты:** У группы пациента с перемещенным лоскутом на сосудистой питающей ножке (13 человек) осложнения наблюдались в 1 (7,7%) случаях в виде краевого некроза лоскута, частичного расхождения швов. Приживление лоскутов имело место в 100% случаев. В группе пациентов с аутоотрансплантацией васкуляризованного лоскута (3человек) осложнения наблюдались у 1 (33,3%) пациентов в виде тромбоз сосудов лоскута. У этого пациента пересаженный лоскут некротизировался. В последующем выполнялась повторная пластика. В группе больных с местными тканями (5 человек) осложнение наблюдалась у 1 больного в виде вторичная заживления. **Выводы:** Применения реконструктивно пластических операций в лечении онкологических больных способствует улучшению качества жизни пациентов перенесших расширенные резекции органов социально важной, функционально значимой локализации и способствует скорейшей трудовой и социальной реабилитации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., Тураев З.А., резиденты магистратуры 2 года обучения

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Язвенных кровотечений в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем в современной хирургии. Язвенной болезнью страдает примерно 1,5% населения, а в структуре осложненных форм язвенной болезни желудочно-кишечные кровотечения составляют 42-47%. Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии и лечебной эндоскопии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5-14 %. **Цель работы:** Изучить методы эндоскопической остановки острых гастродуоденальных кровотечений в клинической практике. **Материал и методы исследования:** За 2 года было пролечено 80 больных с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. При динамическом эндоскопическом наблюдении за течением эрозивно-язвенных поражений в стационаре обнаружено, что у 54 (67,5 %), они укладывались в картину острых язв, а у 26 (32,5 %) больных сроки рубцевания и последующие морфологические изменения соответствовали хронизации процесса. В группе длительно рубцующихся язв желудочно-кишечное кровотечение наблюдались у всех больных, а в группе со сроками заживления соответствующими острым язвам у 63 (48,7 %). У всех больных с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена сопутствующая патология, на фоне которой возникло кровотечение. Кроме того, желудочно-кишечное кровотечение из острых язв наблюдалось в раннем послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости, гнойно- воспалительных поражениях конечностей у 7% больных. Лишь у 3% острые язвы возникли и дали кровотечение на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств. У 85% больных с желудочно-кишечным кровотечением из острых язв наблюдалось сочетание 2-3 форм сопутствующей патологии. **Результаты:** При поступлении всем больным с кровотечением осуществлялся эндоскопический гемостаз с назначением антисекреторной терапии блокаторами H₂ рецепторов либо протонной помпы. При угрозе рецидива желудочно-кишечное кровотечение на фоне тяжелой кровопотери либо остановленного активного кровотечения в момент исследования выполнялась динамическая ЭГДС. Рецидивы кровотечения наблюдались у 11 больных с язвами желудка имеющими размеры более 1,5 см, чаще с множественными язвами желудка. У половины из них рецидив желудочно-кишечное кровотечение наблюдался на 2-3 сутки после эндоскопического гемостаза, у остальных на 7-10 сутки на фоне консервативного лечения. При рецидивах кровотечения в поздние сроки наблюдалось нарастание декомпенсации сопутствующей патологии препятствующее эпителизации язв. Оперировано 3 больных по поводу неоднократного рецидива кровотечения из острых язв, умер 1 больной. Объем операции был минимален, прошивание кровоточащей язвы. Консервативно лечились 34 больных с желудочно-кишечным кровотечением, семь из них с рецидивом. Умерло после консервативного лечения 1 больной. Причинами смерти у 2 больных были рецидив желудочно-кишечное кровотечение. **Выводы:** Таким образом, в лечении кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки основным методом гемостаза является эндоскопический, с коррекцией сопутствующей патологии и устранением внутрижелудочных факторов агрессии.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., Тураев З.А., резиденты магистратуры 2 года обучения

Кафедра общей хирургии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.) СамМИ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Цель работы: Оценить результаты диагностики и лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса. **Материал и методы исследования:** Нами проведен анализ историй болезни 64 пациентов с синдромом Маллори-Вейсса, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной хирургии с 2001 по 2015 годы. Возраст больных варьировал от 18 до 74 лет. Мужчин было 59 (92%) человек, женщин – 5 (8%). Сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания составили: до 12 часов – 23 человек, от 12 до 23 часов – 14, свыше 24 часов – 27. Клинически синдром Маллори-Вейсса проявляется болями за грудиной, которые возникают после многократной рвоты. В последних порциях рвотных масс проявляются алая кровь со сгустками и все признаки внутреннего кровотечения, степень выраженности которых зависит от величины кровопотери. Предрасполагают к разрывам слизистой оболочки атрофический гастрит, язвы пищевода и кардиального отдела желудка. Установление диагноза производилось на основании результатов ФГДС у 53 пациентов, только клинической симптоматики – у 4 и интраоперационно – в 7 случаях. По данным ФГДС изолированный синдром Маллори-Вейсса выявлен у 45 (70%) больных и в "сочетании с эрозивным эзофагитом – в 5

(7,8%) случаях, с эрозивным гастритом – в 8 (12,5%), с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – у 6 (9,6%) пациентов. **Результаты:** Установлено, что причиной возникновения синдрома Маллори-Вейсса во всех случаях являлась многократная рвота, развившаяся на фоне алкогольной интоксикации у 49 пациентов, обострение гастрита и язвенной болезни – у 6 и острого панкреатита – у 5 больных, этиология не установлена – у 4-х больных. Среди основных клинических симптомов у 41 пациента отмечалась рвота со сгустками крови, у 9 – только мелена и у 14 – их сочетание. У 57 (89%) больных проводилось только консервативное лечение использованием антисекреторных препаратов (квamatел в суточной дозе до 80 мг в таблетированной форме), антигеликобактерная, гемостатическая терапия. У 7-ми (11%) пациентов выполнено оперативное вмешательство на фоне продолжающегося профузного кровотечения и при неэффективности консервативной терапии. Диагноз установлен интраоперационно. Хирургическое лечение заключалось в ушивании разрывов слизистой оболочки эзофагокардиального перехода. После операции назначались антисекреторные препараты (квamatел в суточной дозе до 80 мг) внутривенно в первые 2-3 суток, затем осуществлялся переход на таблетированные формы, и назначалась эрадикационная терапия. Показаний к гемотрансфузии не было. Рецидивов кровотечения не отмечено. В послеоперационном периоде в 1-м случае возникла несостоятельность швов гастроотомической раны, что привело к летальному исходу. **Выводы:** Синдром Маллори-Вейсса является нередкой причиной гатродуоденальных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, доступным для эндоскопических диагностики, остановки кровотечения, хотя в 10-11% после этого возникает необходимость в проведении хирургического гемостаза.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОКАРНИТА С МЕДОТИЛИНОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Миркомиллов М.Э., резидент магистратуры 2-года обучения ТМА
Кафедра глазных болезней (зав. каф. - профессор Билалов Э.Н.)

Научный руководитель: к.м.н. Нарзикулова К.И.

Цель работы: Оценка клинической эффективности применения кокарнитасмедотилином в комплексном лечении глазного ишемического синдрома. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов (105 глаза) с сужением брахиоцефальных сосудов сопровождаемые ГИС. По данным дублксного сканирования брахиоцефальных артерий у 45 (64,2%) пациентов диагностировано сужение просвета внутренних сонных артерий (ВСА) до 50%, у 25 (35,7%) пациентов отмечалось до 50% сужения с патологической извитостью по типу “кинг-кинг”. Все пациенты проконсультированы ангионеврологом и оперативное лечение не показано. Средний возраст пациентов составил 62±1,2 года, из них 48 мужчин и 22 женщин. Всем больным проводилось офтальмологическое обследование, дублксное сканирование брахиоцефальных артерий и офтальмологическая доплерография. Больные были разделены на три однородные группы по степени нарушения кровотока брахиоцефальных артерий и глазным проявлениям: первая группа (контрольная) – 23 пациентов (36 глаз), которым проводилось традиционное лечение (сосудорасширяющие препараты, антикоагулянты, антиагреганты, гемокорректоры, осмотические средства, вазоактивные препараты, ноотропы), вторая группа – 22 пациентов (35 глаз) препарат кокарнит прибавлялся к традиционному лечению и третья основная группа – 25 пациентов (34 глаза), которые дополнительно к традиционной терапии получали препарат кокарнит (по 3мл 1 раз в день в/м) с медотилином (по 4мл 1 раз в день+ физ. раствор 0,9% 200мл). Лечение проводилось в течение 10 дней. **Результаты:** В процессе лечения во второй и третьей группах пациентов наблюдалось более выраженное улучшение зрительных функций чем первой группе которые получали только традиционное лечение. На четвертые сутки острота зрения (ОЗ) достоверно улучшилась во втором на 0,05-0,1 а в третьей группе которые принимали кокарнит с медотилином ОЗ улучшилась до 0,08-0,3 в два раза превышала показатели контрольной группы. Повышение ОЗ более 0,3 (что является достаточно высоким показателем) произошло у 36,2% пациентов основной группе и 21,4% пациентов второй группе. Поле зрения расширилось в основной группе на 25° и во второй группе на 15° и составило в среднем 345,4±1,20. Контрольной группе и второй группе эти показатели были достоверно ниже. **Выводы:** Применение препарата кокарнит с медотилином в комплексном лечении глазного ишемического синдрома значительно улучшает клинико-функциональные показатели органа зрения и сокращает сроки реабилитации пациентов.

НЕОВАСКУЛЯРНАЯ ГЛАУКОМА И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Миррахимова С. Ш., Ходжаева У.З., Кхера А., ТМА

Кафедра глазных болезней (зав. кафедрой - д.м.н. проф. Билалов Э. Н.)

Научный руководитель: д.м.н. проф. Бахритдинова Ф. А.

Патогенетическим фактором развития неоваскулярной глаукомы (НВГ) является выраженная хроническая ишемия внутренних оболочек сетчатки. Неоваскулярная глаукома (НВГ) является одной из тяжелых и прогностически неблагоприятных форм вторичной глаукомы, развивающейся на фоне сахарного диабета, атеросклероза сонных артерий и хронических увеитов. Хирургические вмешательства, основанные на принципах патогенетической направленности в этих случаях сопряжены с риском операционных и послеоперационных осложнений геморрагического генеза. **Цель работы:** Изучить гипотензивную активность комбинированных фиксированных препаратов бримоптик и азарга при НВГ. Под нашим наблюдением находились 42 пациента (42 глаза) с НВГ, мужчин – 22 и женщин – 20, возраст которых составил от 47 – 78 лет. Пациенты распределены на две группы в зависимости от использованных гипотензивных глазных капель на фоне адекватного этиологического лечения - первая группа – закапывали бримоптик по 1-2 капли 2 раза в день, вторая группа – комбинированный фиксированный препарат азарга. Группы однородны по стадиям НВГ с учетом уровней ВГД; с НВГ – II стадии – 30 (30 глаз) и НВГ III стадии – 12 (12 глаз) пациентов, всем обследуемым проводили стандартные офтальмологические обследования. Острота зрения от 0,05 до 0,2 с коррекцией, срок наблюдения составил 3 месяца. **Результаты:** На 5-день лечения уровень ВГД почти во всех случаях с НВГ II стадии стабилизировался. В период лечения до 3-месяцев у 29 пациентов (29 глаз) с НВГ уровень ВГД стабильно оставался в пределах нормы ($p < 0,001$). Отмечалось значительное улучшение зрительных функций от 0,14 - 0,35 в основной группе, в сравнении с остротой зрения пациентов контрольной группы ($p < 0,05$). Периферические границы поля зрения расширились на 15-20° в 56% случаев в основной и на 12-18° у 50% случаев контрольной группы ($p < 0,05$). **Выводы:** Медикаментозная терапия препаратами бримоптик и азарга оказалась эффективной при НВГ II стадии. Назначение бримоптика, в силу дополнительного сосудорасширяющего действия бримонидина способствовало нормализации ВГД с первых часов использования, обеспечивая сохранность зрительных функций значительней, чем препарат азарга. При длительном медикаментозном лечении НВГ предпочтительней использовать препарат азарга.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА У ЖЕНЩИН

Миртолибов М.М., студент 307 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: ассистент Рахматова Л.Т.

Цель работы: Улучшить результаты хирургического лечения больных острым гангренозно-некротическим парапроктитом. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением в проктологическом отделении клиники СамМИ с 2007-по 2015 г находилось 14 женщин в возрасте 20-76 лет с гангренозно-некротическим парапроктитом. У 4 больных развитию гангренозно-некротический парапроктита предшествовал острый геморроидальный тромбоз, у – 2 травматический разрыв прямой кишки, у 6 – хронический крепитит. В одном случае – хроническая задняя анальная трещина и у 1 больной аденокарцинома прямой кишки. По формам анаэробного парапроктита гнилостная форма с газообразованием отмечалась у 8. По наличию сопутствующих заболеваний у которых двое были после перенесенного инфаркта, сахарный диабет был у 6 больных, причем у 4 он был выявлен впервые. Летальный исход имел место у 2 больных. **Результаты:** Все больные поступили в клинику в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, обусловленным интоксикацией, о чем свидетельствовала тахикардия, одышка, падение АД, увеличение СОЭ до 50.6±6.5, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) 7.0±2.13, повышение уровня биогенных аминов в сыворотке крови и токсичности сыворотки крови. Хирургическое лечение этих больных включало широкое и адекватное лампасное рассечение, иссечение некротических тканей с лазерокоагуляцией. В ряде случаев лазерокоагуляции некротических тканей проводили ежедневно, причем следует отметить, что для этого нет необходимости вводить больную в наркоз (лазерокоагуляция некротической ткани не вызывает у больной болевых ощущений). Дренировали образовавшиеся полости двухпросветными дренажными трубками с оршением до 5-6 раз в сутки раствором перекиси водорода и антисептиками биоксидином и бетадином. Двоим больным в связи некрозом дистальной части прямой кишки, была наложена двухствольная сигмостома. В послеоперационном периоде больные получали ГБО терапия по 8-10 сеансов в комплексной терапии этой патологии мы проводили лимфотропное лечение. Производилась иммуностимуляция левомизолом в шести случаях, продигозаном в пяти и тактивинном в трех. Наряду с этим применяли: антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты, гепарин, ингибиторы протеолитических ферментов лимфотропно и местно на рану для насыщения патологических очагов. Промывали раны декасаном и бетадином. 11 больных из 14 получили гипербарическую оксигинацию. В результате проводимого лечения общее состояние больных быстро улучшалось. Средние сроки лечения больных при гангренозно-некротическом парапроктите составили – 24 дней. Умерло 2 больных. Одна больная с молниеносной формой умерла на 3 сутки и одна больная с аденокарциномой прямой кишки, осложненной гангренозно-гнилостным парапроктитом, умерла через 16 дней. **Выводы:** Таким образом, комплексной подход к лечению этой тяжелой патологии, как адекватное хирургическое вмешательство, лазеро- и электрокоагуляция некротических тканей, промывание ран битодином и декосаном, лимфотропное введение лекарственных препаратов и форсированный диурез, гипербарическая оксигенация и активная иммуностимуляция с общеукрепляющей и дезинтоксикационной терапией позволили добиться значительного эффекта в лечении больных с этой патологией.

ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Мулдашева Ж.М., Садвакасова А.К., ст. 4-099 группы факультета общей медицины и стоматологии КГМУ

Кафедра оториноларингологии и нейрохирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Газизов О.М.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Асылбеков Н.С.

Цель работы: Определить частоту орбитальных осложнений риносинуситов у детей и установить факторы, влияющие на их возникновение. **Материал и методы исследования:** Проведен сравнительный анализ риносинусиногенных орбитальных осложнений у пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ОДКБ г.Караганда за 2015 год. Для анализа выделены две группы: Контрольная (1), включающая в себя острые и обострение хронических риносинуситов; Группа Осложнений (2), в которую вошли пациенты с орбитальными осложнениями. Исследование проводилось на основании ретроспективного сравнительного анализа, в котором учитывались показатели: пол, возраст, количество проведенных койко-дней, данные анамнеза заболевания. Из лабораторных и инструментальных методов исследования были учтены результаты рентгенологического исследования, данные бактериологического исследования на флору. **Результаты:** Из общего числа пациентов, за 2015 год – 1442 человек, 476 пациента поступило с острым синуситом или обострением хронического синусита. Было выявлено 10 риногенных орбитальных осложнений. У всех пациентов осложнения возникали на фоне острого риносинусита. Анализируя данные анамнеза morb, с момента заболевания до появления признаков осложнения, реактивного отека, проходит в среднем 3-5 дней. По локализации орбитальные осложнения распределились: слева – 5, справа – 4, оба века – 1. По типу осложнений: реактивный отек века – 8; абсцесс, с развитием флегмоны глаза – 1; флегмона начальной стадии – 1. В обеих группах дети были госпитализированы в среднем на 8-14 дней. 15,7%. В группе Контроля (1) 84,3% отказались от пункции верхнечелюстной пазухи. Всем пациентам в группе 2 была проведена лечебно-диагностическая пункция верхне-челюстной пазухи. Всем пациентам независимо от пола и возраста проводилась рентгенограмма верхнечелюстной пазухи. В лечении в контрольной использовалась монотерапия антибиотиками широкого спектра действия: цефалоспорины 1-3, азалиды и макролиды. При лечении основной группы использовалась моно- и комбинированная терапия. При назначении комбинированной терапии, использовались следующие сочетания препаратов: цефтриаксон+азитромицин, преднизолон+цефтриаксон+цефураксим+азитромицин, цефтриаксон+цефазолин. **Вывод:** В локализации источника орбитальных осложнений имеет значение возрастной аспект: орбитальные осложнения встречаются у детей от 0 до 15 лет. Выявлены половые различия течения заболевания: соотношение количества мальчиков и девочек – 7:3. По данным рентгенограмм, основным источником возникновения осложнений в раннем детском возрасте являются пазухи решетчатой кости. Среди орбитальных риногенных осложнений наиболее часто встречаются реактивный отек глазницы и век. Реже встречается абсцесс и флегмона орбиты. Этиология риногенных осложнений принадлежит микробному фактору. Возросла доля полифлоры у детей в 1 и 2 группе, как с острыми, так и хроническими синуситами, чем обуславливается нарастающая антибиотикорезистентность. Из данных анамнеза заболевания было установлено, что значительная часть синуситов у детей развилась на фоне перенесенного ОРВИ. Отмечается определенная сезонность заболеваемости риносинуситами и развития осложнений: зимой-осенью болеют острыми формами риносинуситов около 30%, осложняются из них 40-50%. В весенние месяцы болеют до 24%, из них не осложняются лишь 10%. В летние месяцы заболеваемость синуситами минимальна, осложнения отсутствуют.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Муртазаев Х.Ш., Рустамов И.М., студенты 413 группы леч. факультета,

Тураев З.А., резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н. Мустафакулов И.Б.)

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

В настоящее время эхинококкоз печени и легких является одним из частых заболеваний человека и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, особенно в эпидемиологически неблагополучных регионах. Республики Центральной Азии - один из регионов, где частота заболеваемости достигает высоких цифр, примерно 9 человек на 100000 населения. В последние годы осложненное течение эхинококкоза по данным различных авторов составляет от 25 до 45%. Одним из важных проблем является высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Летальность при эхинококкозе достигает 2,5-7%. **Цель работы:** Улучшить результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом легких. **Материал и методы исследования:** Приводим анализ результатов диагностики и хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 – с осложненным эхинококкозом легких). В целях диагностики было произведено инструментальное исследование: 46 больным – рентгеноскопия, 49 больным – КТ и 37 больным МРТ. Из них 118 (90,28%) произведены миниинвазивные оперативные вмешательства. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомии чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 2 (12,5%) случаях интраоперационные технические трудности потребовали перехода на миниторакотомию. В 61 случае выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. 11 (12,79%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. **Результаты:** У всех больных применена переднебоковая торакотомия. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные доступы одномоментно. **Выводы.** Таким образом, ранняя диагностика заболевания позволила улучшить результаты хирургических вмешательств. Проведение эхинококкэктомии из легких через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и применение эндовизуальной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений с 35,71% до 4% и сроки лечения с 14,2 до 6,4 дней.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГРОМЫ У ДЕТЕЙ

Мусаев Д.Б., клинический ординатор 2 года обучения, Хайтов Ф.И., клинический ординатор 1 года обучения,

Холбоев С.А., Маманазаров О., клинические ординаторы 2 года обучения кафедры детской хирургии СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Атакулов Д.О.

Гигрома – образование округлой формы диаметром от 0,5 до 3см, плотной консистенции, состоящее из достаточно выраженной капсулы и вязкого желеобразного прозрачного содержимого внутри. Она образуется из оболочек сустава, которое выпячиваясь между окружающими сустав связками и сухожилиями, образует характерное малоподвижное подкожное образование, покрытое нормальной кожей. Частая причина образования гигром – травмы и длительное физическое воздействие на определенный участок тела. **Цель работы:** Провести анализ результатов хирургического лечения гигромы у детей. **Материал и методы исследования:** Во 2-клинике СамМИ с период с 2000 по 2015 года находилось на стационарном лечении 194 больных с диагнозом: гигрома различных локализаций. **Результаты:** Соотношение по полу было практически одинаковым: мальчиков 109 (56,2%), девочек 85 (43,8%). В возрасте до 3-х лет было 7 (3,6%), от 3х до 5 лет – 24 (12,4%), от 5 до 10лет -99 (51,0%), старше 10 лет – 64 (33%). В зависимости от локализации дети распределены следующим образом : гигрома подколенной области - у 143 (73,7%), лучезапястного сустава 29 (15,0%) области голеностопного сустава у 22 (11,3%) больных. Всем больным после полного клинико-лабораторного обследования, в зависимости от размера гигромы выбиралась лечебная тактика: консервативное (пункционное) или оперативное лечение. Консервативное лечение проводилось у 15 (7,7%) с гигромами малых размеров, оперативное у 179 (92,3%) больных. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны раны не было. После выписки из стационара больные находились на диспансерном наблюдении и регулярно каждые 2-3 месяца проходили контрольный осмотр, их ограничивали в физической нагрузке в течении одного года. Отдаленные результаты изучены у всех больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Выявлено, что после консервативного лечения у 9 больных отмечался рецидив, который устранен оперативным путем, а у 7 (3,9%) оперированных больных, причиной рецидива явилось недостаточное иссечение стенок гигромы. **Выводы:** Таким образом, радикальное иссечение гигромы – основа исключения рецидива.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Мусоев Т.Я., Сафаров С.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить особенности течения, диагностики и лечения острого аппендицита у беременных. Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезни и лечения 48 беременных, поступивших с диагнозом «острый аппендицит» на лечение в отделение экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП в периоде с 2011 по 2014 г. Результаты и их обсуждение. По нашим данным, острый аппендицит отмечен у беременных 4,3% среди женщин поступивших с диагнозом ОА, из них 2,9% оперированы, частота острого аппендицита в 1-м триместре составила 27,3%, во 2-м - 48,9%, в 3-м триместре - 23,8%. Перед поступлением в отделение хирургии все больные были консультированы акушер-гинекологом. Наиболее частыми симптомами у оперированных больных были: болезненность при пальпации в правой подвздошной области у 37 (77,1%) больных и в правой мезогастральной области - у 22 (45,8%) больных, симптом Кохера - у 27 больных (56,3%), симптом Ситковского у 24 (50%), симптом Михельсона - у 23 больных (47,9%), симптом Тараненко - у 6 больных (12,5%), симптом Щеткина - Бломберга выявлен у 13 больных (27,1%). В анализах крови при флегмонозном аппендиците наблюдался лейкоцитоз более 10×10^9 - в 69,7%, при катаральном - в 21,2% а при гангренозном - в 9,1% случаях. Из 33 (69%) оперированных гангренозный аппендицит с местным перитонитом выявлен у 3 (9,1%) больных, флегмонозный аппенди-

цит выявлен у 23 (69,7%) больных, катаральный - у 7 (21,2%). Из 33 (68,8%) оперированных больных 23 были оперированы в течение 6 часов после поступления, 10 - в течение первых суток после динамических наблюдений: всем больным выполнили аппендэктомию (у 3 острый катаральный аппендицит, у 7 острый флегмонозный аппендицит). Разрез Мак-Бурнея применен у 28 больных, а в III триместре у 5 больных, из у 4 больных разрез смещен несколько вверх а в 1 случае произведена среднее-срединная лапаротомия в котором ЧО был расположен в левой подреберной области. Осложнений как самой операции, так и акушерско-гинекологических не было. Диагноз «острый аппендицит» у 15 (31%) больных был снят. На основании проведенных исследований (УЗИ почек и желчного пузыря, биохимических и общих анализов крови, динамики заболевания) у 3(6,25%) выявлены почечная колика, у 5 (10,4%) угроза прерывания беременности, у 1 (2,1%) - двухсторонний сальпингит и у 6 (12,45%) - кишечная колика, (больные переведены в соответствующую учреждение или выписаны). Из 48 изученных больных у 19 (39,6%) больных отмечено признаки лейкоцитоза в крови а у 29 (60,4%) больных количество лейкоцитов в крови были в пределах нормы. Таким образом, ОА распространенная urgentная патология у беременных и встречается у 4,3% среди женщин, поступивших с диагнозом ОА, и 2,9% среди оперированных женщин. Чаще всего ОА встречается во II (48,9%) триместре беременности. Анатомические особенности (расположение) ЧО (особенно во II - III триместре), наличие сопутствующей патологии, гормональные изменения у беременных требует четкой диагностики ОА и динамического наблюдения, что позволило у 15 (31,3%) беременных исключить диагноз ОА. Показатели лейкоцитоза не могут считаться патогномичными изменениями при ОА у беременных. Использование УЗИ позволило выявить у 10 (20,8%) беременных патологию не связанную с ЧО. В случаях подтвержденного диагноза ОА больные подлежат операции (под общим или местным обезболиванием) - аппендэктомию разрезом Мак-Бурнея, а в III триместре - смещая его несколько вверх.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАСЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Бухарский филиал РНЦЭМП

Мусоев Т.Я, Сафаров С.С., Холиков Ф., Азимов Р.Р., Буранов Ш.

Актуальность. Лечение острого варикотромбофлебита (ОВТФ) в бассейне малой подкожной вены (МПВ) требует своего разрешения. Это обусловлено относительной редкостью патологии и многообразием анатомических вариантов венозной системы малой подкожной вены. Показанием к срочной операции при ОВТФ МПВ в основном является локализация процесса в верхней трети голени. Острый варикотромбофлебит МПВ приводит к тромбозу глубоких вен до 60% случаев, и это связано с тем, что: ствол МПВ значительно меньшей длины, в сравнении с большой подкожной веной (БПВ), это позволяет достаточно быстрое распространение тромбофлебита к сафено-подколенному соустью (СПС); **Цель.** Улучшение результатов лечения пациентов с ОВТФ в системе МПВ путем проведения своевременной диагностики с учетом вариантов строения проксимального отдела МПВ и суральных вен, выявления и коррекции патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ. **Материал и методы.** В хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМ на лечении по поводу ОВТФ системы МПВ находилось 54 пациента, из них в 10 случаях диагностированы атипичные формы. Лечение состояло из: 1) Ликвидации угрозы тромбозомболических осложнений путем тромбэктомии и временной перевязки тромбированного сосуда ниже соустья; 2) Срочной радикальной флебэктомии с субфасциальной диссекцией перфорантов; 3) При изолированном ОВТФ притоков МПВ, предупреждения распространения процесса на ствол МПВ и БПВ, а также недостаточные перфоранты путем флебэктомии. **Результаты и обсуждение.** При плановых операциях на МПВ с целью устранения венозного рефлюкса в подколенной ямке мы исходили из следующих принципов: 1) Удаление только варикозноизмененных вен; 2) Ликвидация всех источников рефлюкса, связанных с МПВ, по результатам дооперационного цветного дуплексного сканирования; 3) Перевязка СПС на уровне подколенной вены; 4) Тромбэктомия из подколенной вены с последующим ее ушиванием при флотирующем в ней тромбе. Выбор доступа с учетом варианта аномалии приустьевого отдела МПВ - очень важный этап операции. Нами выделены следующие варианты тромбоза СПС: 1) Тромбоз ствола МПВ, 2) Распространение тромбоза на подколенную вену, 3) Тромбоз ствола МПВ вместе с общим суральным стволом, 4) Распространение тромбоза на СПС из коммуниканта БПВ, 5) Распространение тромбоза на СПС из суральных вен. При наличии недостаточных и/или тромбированных перфорантов и при отсутствии тромбоза СПС первым этапом проводилась их непосредственная субфасциальная диссекция, а потом - кроссэктомия. Второй этап - определение места и вариантов впадения суральных вен в подколенную вену и/или МПВ, или СПС. Третий этап - обработка несостоятельных тромбированных перфорантов. Четвертый этап - парциальная или тотальная флебэктомия ствола МПВ, при необходимости высечение тромбированных суральных синусов. Пятый - минифлебэктомия и/или склеротерапия притоков МПВ и высечение конгломератов поверхностных варикозно-расширенных тромбированных вен. **Выводы.** Знание особенностей строения проксимального отдела малой подкожной и суральных вен, выявление и коррекция патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ является основой своевременной диагностики и лечения острого варикотромбофлебита малой подкожной вены.

К ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мустафоев Х.Н., студент 510 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н. Шодиев А.Ш.

Цель работы: Проводить исследования по изучению гистоморфологических особенностей опухолей головного мозга. **Материал и методы исследования:** Обследовано 238 больных с опухолями головного мозга, находившихся в клинике нейрохирургии Самаркандского медицинского института в период 2008-2015 гг. показал, что наиболее часто встречаются нейроэктодермальные опухоли - 126 больных (52,9%), второе место занимают опухоли оболочек мозга - у 91 (38,2%), в третьем месте опухоли костей черепа - 11 (4,6%), далее холеастомы - 6 (2,6%) и невриномы слухового нерва - 4 (1,7%). **Результаты:** Согласно общепринятой морфологической классификации нейроэктодермальных опухолей головного мозга вышеуказанные опухоли структурно распределены в следующем порядке: анапластические астроцитомы у 57 (23,9%), пиллоидные астроцитомы - 21 (8,8%), медуллобластомы у 13 (5,5%), протоплазматические астроцитомы - 12 (5,1%), глиобластомы - 11 (4,6%), фибриллярные астроцитомы - 9 (3,7%) и эпидемомы у 3 (1,3%) больных. Распределение опухолей оболочек и оболочечных сосудов головного мозга в зависимости от гистологической природы представлялось таким образом: менингиомы у 49 больных (20,6%), менингиосаркомы - 26 (1,08%), менингиотелиоматозы - 9 (3,8%), арахноидэндотелиомы - 4 (1,7%) и ангиоретикуломы - у 3 больных (1,3%). Удельный вес больных с опухолями костей черепа в зависимости

от гистологической природы оказался практически равным (остеосаркома - 6, остеома - 5). **Выводы:** Таким образом можно считать, что среди нейроонкологических больных, подвергавшихся к оперативному лечению по гистологической природе преобладают больные с нейроэктодермальными опухолями (52,9%), основную долю этих новообразований составляют злокачественные опухоли - анапластические астроцитомы (23,9%), медуллобластомы (5,5%), глиобластомы (4,6%). Между тем, больные с опухолями, растущими из оболочек головного мозга составляют 38,2%, за ними следует больные с опухолями костей черепа (4,6%), меньше других встречались больные скелетатомами (2,4 %) и невриномами слухового нерва (1,7%). Выяснение указанных особенностей опухолей головного мозга способствует определению тактики и объема лечения в послеоперационном периоде.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Муродова Н. студентка 2 курса педиатрического факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой - к.м.н. доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: ст. преп. Холбеков Б.К.

Актуальность. При наличии артериальной гипертензий (АГ) во время хирургических вмешательств необходимо обеспечить защиту организма пациента от возможных нежелательных последствий операции - прогрессирования АГ из-за срыва адаптационных механизмов регуляции гемодинамики, поражений органов мишеней, 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:** изучение влияния различных вариантов премедикации на гемодинамику при герниопластике у больных с АГ. **Материалы и методы исследования.** Исследованию подвергнуты 47 больных разделенных на 2 группы. Всем больным проводилась адекватная гипотензивная терапия. У больных 1-й группы премедикация заключалась в введении сибазона с дроперидолом. Во 2-й группе - обычная. Показатели гемодинамики оценивались по величинам АД (Систолическое и диастолическое), числу сердечных сокращений и среднего артериального давления САД (по формуле $САД = (АД_{сис} + 2АД_{дия}) / 3$). Измерение указанных показателей производили при поступлении, перед оперативным вмешательством и после хирургического вмешательства. **Результаты.** В 1-группе применение сибазона с дроперидолом привело к снижению САД до 102.6. После проведения потенцирующей премедикации у них САД снизилось до 101.8 мм.рт.ст., т.е на 1.8 мм.рт.ст. У больных этой группы наблюдалось полусонное состояние, признаков предоперационного стресса не отмечалось. В контрольной группе при поступлении отмечались показатели САД 102.6 мм.рт.ст. Перед операцией проведенное обычной премедикации привело к повышению САД до 107.5 мм.рт.ст. т.е. на 4,9 мм.рт.ст. В контрольной группе у больных после обычной премедикации отмечались сонливость и легкие признаки предоперационного стресса. **Выводы:** После проведенной потенцирующей премедикации (дроперидол, сибазон) отмечалось достижение благотворного эффекта - снижение САД. Применение потенцирующей премедикации благоприятно повлияло на состояние предоперационного стресса.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Муталибов А.И., ассистент, Хуррамов Ф.А., резидент магистратуры 2 года обучения

Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Шамсиев А.М.

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой различные по глубине и форме западения грудной клетки, в том числе грудины и передних отделов ребер, приводящие к уменьшению, ротации и сдавлению сердца и сосудов, искривлению позвоночника. Частота встречаемости воронкообразной деформации грудной клетки, составляет 2-3 %, от всех пороков развития у детей. Хирургическое лечение ВДГК является одной из актуальных проблем торакальной хирургии детского возраста. **Цель работы:** Улучшение методов хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей. **Материал и методы исследования:** В течении последних 5 лет во 2-ой клинике Самаркандского Государственного медицинского института внедрена современная методика хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки с установлением металлической пластины по методу Насса. **Результаты:** За этот период было обследовано 49 больных с воронкообразной деформацией грудной клетки в возрасте от 1 года до 18 лет, из них мальчиков было 32 (65,3%), девочек 17 (34,7%). Симметричная деформация отмечена у 34 (69,4%) больных, асимметричная у 15 (30,6%) детей. Первая степень деформации грудной клетки диагностирована у 17 (34,7%) больного, вторая степень у 28 (57,1%) и третья у 4 (8,2%) пациентов. С учётом индивидуальных особенностей дефекта хирургическое вмешательство было выполнено у 16 больных второй и третьей степени деформации грудной клетки. Метод заключается в установлении металлической пластины помогающей выпрямить грудную клетку. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Средний период госпитализации больного в стационаре составил 11-13 дней. Полное восстановление здоровья пациента, несмотря на установленную пластину, происходило уже через 3-4 месяца. Все пациенты регулярно проходят контрольный осмотр в клинике. **Выводы:** Таким образом, применение торакопластики по Насса является современным малоинвазивным методом хирургической коррекции.

ЗНАЧИМОСТЬ ОНКОМАРКЕРОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ

ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Мухтарова Д.А. резидент магистратуры 2 курса, Тахиржанова П.К. резидент магистратуры 1 курса, СамМИ ФУВ

Кафедра оториноларингология (зав. каф. - д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)

Научные руководители: проф., д.м.н. Лутфуллаев У.Л., асс. Кобилова Ш.Ш.

Юношеская ангиофиброма носоглотки является сравнительно редким заболеванием и относится к редко встречающимся опухолям головы и шеи, составляя 0,05%. Пациенты с юношеской ангиофибромой носоглотки часто сталкиваются с неверной постановкой диагноза и подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам (аденотомия, полипотомия), что приводит к профузным, трудно останавливаемым кровотечениям, прогрессированию роста опухоли и другим осложнениям. Немаловажным остается вопрос рецидива опухоли. Многие отечественные и зарубежные авторы отмечают, что рецидив заболевания в послеоперационном периоде наблюдается в ближайшие (1-6 месяцев) и отдаленные (1-5 лет) сроки в 3-73,6% случаев. **Цель работы:** Определить диагностическую значимость онкомаркеров плазмы крови при прогнозировании течения юношеской ангиофибромой носоглотки. **Материал и методы исследования:** Исследование охватывает 41 случай рецидива заболевания юношеской ангиофибромой носоглотки с гистологически верифицированным диагнозом. Все пациенты были мужского пола, пубертатного периода. Всем больным проведено исследование уровня

онкомаркеров - АФП, СА 19-9, РЭА, НСЕ в плазме крови проводилось до лечения, через 10 дней после операции и при выявлении рецидива юношеской ангиофибры носоглотки в отдаленном периоде. Сравнение показателей больных с рецидивами юношеской ангиофибры носоглотки проводили с результатами 15 здоровых лиц мужского пола, пубертатного периода (контрольная группа). **Результаты:** Уровень онкомаркеров плазмы крови имел прямую коррелятивную связь с выявлением рецидива опухоли. В период с 3 месяцев до 4 лет у 41 больных выявлен рецидив юношеской ангиофибры носоглотки. У них установлено достоверное по отношению контрольной группе повышение показателей всех изучаемых онкомаркеров. Следует отметить, что у всех этих больных уровень онкомаркеров в плазме крови на 10-сутки после удаления статистически незначимо отличались от контрольных значений. **Выводы:** Таким образом, выявленные изменения онкомаркеров плазмы крови могут служить дополнительными дифференциально-диагностическим критерием для мониторинга течения заболевания и выявления рецидива юношеской ангиофибры носоглотки.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Назаров М.А. резидент магистратуры 1 курса, Тиляков Х.А., ассистент СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тилаков Б.Т.

Застарелый вывих плеча является наиболее частым вывихом и составляет 10-23,7% в структуре повреждений плечевого сустава. Большинство авторов считают это заболевание как крайнее проявление нестабильности в суставе, лечение которого является трудной задачей в связи с отсутствием общепринятой высокодифференцированной и эффективной методики лечения данных больных. Так, операции на мягкотканом компоненте плечевого сустава у больных с застарелым вывихом плеча с повреждениями костной ткани (например, повреждение Hill-Sachs) имеют сомнительный прогноз, а применение костнопластических операций дает максимальный стабилизирующий эффект, однако часто приводит к стойким контрактурам сустава и увеличивает сроки реабилитации. **Цель работы:** Улучшить результаты оперативного лечения больных с застарелыми вывихами плеча путем внедрения новых методик пластики плечевого сустава. **Материал и методы исследования:** Клинический материал исследования составили 22 пациента с застарелым вывихом плеча и различной степенью нестабильности плечевого сустава, поступившие на лечение в СОБОПГ в период 2014-2016 г. Мужчин было 14, женщин - 8. Средний возраст - 34,7 лет. Застарелые вывихи в плечевом суставе у всех больных были результатом травмы. По месту жительства вправление первичного вывиха плеча без обезболивания производилось у 79,5% пациентов, недостаточный срок иммобилизации отмечен у 58% пострадавших, несовершенные средства иммобилизации верхней конечности констатированы у 83% человек, недостаточное физио-функциональное лечение имело место у 83% больных. Нами было применена классическая методика открытого устранения вывиха плеча с послойным ушиванием раны и трансартикулярной фиксацией головки плечевой кости спицами, для компенсированного плечевого сустава применялось методика с пластикой вращательной манжеты плеча, удлинением наружных ротаторов в противовес укороченной подлопаточной мышце и подшиванием плеча за сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча. **Результаты:** Было выявлено, что после операций на мягких тканях плечевого сустава у больных с хронической его нестабильностью отмечался в 23,9% случаев рецидив заболевания (2 больным с рецидивом заболевания после операций на мягких тканях повторно выполнены реконструкции на проксимальном отделе плечевой кости, пятеро пациентов от повторного лечения отказались). При этом максимальный срок ремиссии после операции среди этих больных составил 2 года. Было получено одно осложнение в виде воспаления мягких тканей в месте оперативного вмешательства, потребовавшее дополнительного лечения. После операций на проксимальном отделе плечевой кости у всех пациентов рецидива вывиха не было. **Выводы:** Таким образом, принцип интраоперационной оценки тяжести повреждения плечевого сустава с различными его стадиями компенсации, субкомпенсации и декомпенсации - позволяет стандартизировать подходы и оптимизировать тактику хирургического лечения. Оптимальным сроком открытого устранения привывчного вывиха плеча является период до 6 месяцев для компенсированного и субкомпенсированного плечевого сустава. У больных с застарелыми вывихами плеча должна применяться активная хирургическая тактика, которая даже при высоком риске развития контрактур позволяет устранить стойкий болевой синдром.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Назаров С.М., Махрамов У.Т, резиденты магистратуры 2 курса,

Ибрагимов Х.И., студент 607 группы медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. каф. - к.м.н., доцент Рузубов С.А.)

Научный руководитель: доцент Рузубов С.А.

Цель работы: Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения внутрибрюшных кровотечений. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и лечения 52 больных с травмами и заболеваниями органов брюшной полости с клиникой острого внутрибрюшного кровотечения. Мужчин было 40 (76,9%), женщин - 12 (23,1%). Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 24 (46,2%) пациентов, для лечения которых применялись традиционные методы. Во вторую группу были включены 28 (53,8%) больных, для диагностики и лечения которых по показаниям были использованы современные технологии и традиционные открытые вмешательства. Источником кровотечения при абдоминальных травмах у 15 (28,8%) были печень, у 10 (19,2%) - селезенка и у 4 (7,7%) - брыжейка тонкой кишки. 7 (13,5%) женщин поступали в клинику в сроки от 1 до 6 часов с клиникой острого внутрибрюшного кровотечения на почве острой гинекологической патологии, а 16 (30,8%) пациентов во время выполнения различных по характеру оперативных вмешательств, а также в раннем послеоперационном периоде наблюдались интра- и послеоперационные внутрибрюшные кровотечения. Объем внутриполостной кровопотери разделяли по степени тяжести согласно классификации П.Г. Брюсова (1997). Тяжесть состояния пострадавших оценивали по шок-индексу Альговера, а степень шока по Киссу. **Результаты:** В ургентной хирургии УЗИ является наиболее высокоинформативным методом исследования. УЗИ для динамики внутрибрюшных кровотечений использовали в 38 (45,2%) наблюдениях. При этом в 14 наблюдениях диагностировали травматические повреждения печени с наличием субкапсулярных гематом. Травматические повреждения селезенки диагностировали у 9 пострадавших. При разрыве селезенки выявлялись признаки нарушения целостности органа в виде дефекта его контуров (капсулы) и паренхимы на фоне гипо- и анэхогенных зон. В 15 наблюдениях УЗИ эффективно использовали для диагностики внутрибрюшного кровотечения, обусловленного вне-

маточной беременностью. Видеолапароскопию для диагностики внутрибрюшных кровотечений эффективно использовали в 28 наблюдениях, из них в 22 наблюдениях видеолапароскопия позволила трансформировать диагностическое пособие в лечебное. При этом в 12 наблюдениях эндовидеолапароскопически гемостаз осуществляли при травмах печени (у 5), селезенки (у 4) и сосудов брыжейки тонкой кишки (у 3). В остальных 10 наблюдениях видеолапароскопические вмешательства осуществляли при внематочной беременности (у 4) и при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях (ВБК) (у 6). В 6 наблюдениях видеолапароскопия позволила ставить показания к лапаротомии или релапаротомии. При тяжелых травматических и сочетанных повреждениях паренхиматозных и полых органов, а также при заболеваниях органов брюшной полости и полости малого таза и послеоперационных ВБК в 30 (57,7%) наблюдениях выполняли традиционные открытые оперативные вмешательства. Средний срок госпитализации в стационаре у больных после традиционных открытых вмешательств составил $15,0 \pm 2,0$ койко-дней, а после видеолапароскопических $5,0 \pm 1,0$ койко-дней. При применении видеолапароскопии летальных исходов не было. После традиционных открытых оперативных вмешательств летальные исходы имели место у 2 (6,6%) больных. **Выводы:** Использование видеолапароскопии при абдоминальных травмах и заболеваниях осложненных внутрибрюшным кровотечением, а также при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях позволяет при минимальном повторном вмешательстве надежно остановить кровотечение и устранить его причины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИХРОМА В ЛЕЧЕНИИ СЕЗОННЫХ КОНЪЮНКТИВИТОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Назирова С.Х., Кангельбаева Г.Е., Имомалиева К.М. ТМА
Кафедра глазных болезней (зав. кафедрой - д.м.н. проф. Биалов Э.Н.)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Бахритдинова Ф.А.

Проблема аллергических заболеваний глаз приобретает в настоящее время все большее значение не только вследствие роста заболеваемости, но и роли аллергических реакций в патогенезе поражения глаз инфекционной и неинфекционной природы. Аллергические поражения глаз характеризуются региональными особенностями, зависящими от климата – географических условий, преобладания тех или иных видов растений, сроков цветения аллергических растений и степени аллергичности их пыльцы. **Материал и методы исследования:** 56 больных с глазными проявлениями атопической БА в возрасте от 3 до 14 лет с длительностью заболевания от 2 месяцев до 8 лет. Среди обследованных преобладали мальчики – 38 пациентов, 18 пациентов составили девочки. Этиологическим фактором во всех случаях являлась пыльца растений и деревьев. Для их обследования использовались не только офтальмологические, но и методы исследования аллергического и иммунологического статуса. **Результаты:** Исследований указывают на наличие четкой сезонности проявлений клинической симптоматики у 48 пациентов (86,4%). Эффективность лечения аллергических поражений глаз у детей с атопической формой БА зависят прежде всего от своевременного выявления аллергена и его устранения. Классический метод профилактической специфической гипосенсибилизации является самым эффективным при лечении аллергических конъюнктивитов у детей. Метод доступен и может широко применяться в клинической офтальмологии и аллергологии. При лечении детей с глазными проявлениями атопической БА мы использовали препарат оптихром (кромogliкат натрия, ломудал). Новая лекарственная форма – оптихром – глазные капли, представляют собой 2% раствор Sodium Cromoglycate. Терапевтический эффект от применения данного препарата отмечался при всех клинических формах аллергических поражений глаз у детей, хорошо переносился пациентами при профилактическом закапывании до сезона цветения причинных растений и способствовал хорошему исходу заболевания. Таким образом, обследование детей с глазными проявлениями атопической формы БА на современном уровне аллергологических знаний поможет своевременно выявить причину возникновения заболевания и назначить эффективное лечение, что позволит снизить число осложнений. **Выводы:** 1. Лечение детей с глазными проявлениями БА препаратом оптихром дает выраженный терапевтический эффект в 89% случаев. 2. Лечение аллергических конъюнктивитов у детей должно проводиться совместно с аллергологами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ЯИЧКА У МАЛЬЧИКОВ

Намозов Ф., студент 703 группы, Файзулаев К., студент 414 группы, Мавлянов Н., студент 311 группы,
Ахмедов И., студент 310 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра детской хирургии (зав. каф.-доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: доц. Мавлянов Ш.Х.

Цель работы: Анализ результатов лечения варикоцеле у детей. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 517 мальчиков в возрасте от 8 до 15 лет. Правостороннее варикоцеле у 2 мальчиков и у 1 двусторонне. 1 степени было у 77 детей, 2 степени – у 240 и 3 степени – у 200 детей. При 2 и 3 степени, произведено хирургическое лечение. В 1 группе у 194 детей, выполнена операция Ива-Ниссевича. Во 2 – 100 больным произведена операция Поломо. 146 детям 3 группы провели иссечение варикозно - расширенных вен на протяжении, после введения контрастного вещества. **Результаты:** Анализ результатов показал, в 1 группе рецидивы наблюдались в 17,5%. Во 2 группе, перевязка arteria testicularis неблагоприятно повлияла на кровообращении в яичке. Через 4-10 лет после операции у 18,5% больных установлено снижение концентрации сперматозоидов в семенной жидкости и их малоподвижность. В третьей группе введение контрастного вещества позволило четко выявить и ограничить на протяжении варикозно-расширенные вены в операционном поле. Операция по данной методике ликвидировала анастомозы и вены сателлиты, благодаря чему рецидивы варикоцеле снизились до 2%. **Выводы:** По сравнению с операциями Ива-Ниссевича и Поломо, удаление варикозно-расширенной вены семенного канатика на протяжении имеет большее преимущество и дает гораздо меньше рецидивов и осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОЖОГАХ ГЛАЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш., Эгамбердиева С.М., ТМА
Кафедра глазных болезней (зав. кафедрой - д.м.н., проф. Биалов Э.Н.)
Научный руководитель: д.м.н. проф. Бахритдинова Ф.А.

Ожоговая болезнь глаза на сегодняшний день является одной из актуальных проблем в офтальмологии. В результате ожога, в глазах развивается сложный, многокомпонентный процесс, захватывающий все структуры глаза: роговицу, конъюнктиву, склеру, сосудистый тракт и приводящий во многих случаях к ряду тяжелых осложнений и неблагоприят-

ным исходам, несмотря на активную патогенетически направленную терапию. **Материал и методы исследования:** На 65 нелинейных половозрелых крысах изучали влияние разработанных доз фотодинамической терапии (ФДТ) на процессы эпителизации роговицы на модели ожога глаз. Проводилось клиническое обследование глаз крыс, бактериоскопические и гистологические исследования. В зависимости от проводимой терапии воздействия животные были разделены на 5 групп по 10 особей в каждой: первая - контрольная (интактные животные) и 4 опытные группы с ожогом роговицы: вторая группа - 0,25% раствор левомицетина; третья группа фотодинамическое облучение в разработанных нами дозах - 300 мДж (630 нм 3 мин); четвертая группа - закапывали метиленовый синий; пятая группа - раствор метиленового синего, затем проводилось фотодинамическое облучение, в течение 3 минут. **Результаты:** Бактериоскопические исследования выявили снижение бактериальной обсемененности у животных в 3 и 5 группах в 3,5 и 4,5 раза, соответственно, по сравнению с показателями 2-ой и 4-ой групп. В динамике, клинические проявления в виде гиперемии, гипопиона, отека цилиарного тела, радужки и сетчатки к 3 и особенно к 7 суткам уменьшались во всех группах, однако во 2 и 4 группах отмечалось сохранение умеренной лейкоцитарной инфильтрации. Во все сроки наблюдения инфильтрат суброговичной зоны в 5 группе был менее выражен, чем в остальных группах и был представлен, в основном, круглоклеточными элементами в передней камере глаза, радужке, цилиарной зоне и сетчатке. **Выводы:** Фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизатора - метиленового синего в разработанных дозах и мощности оказывает позитивное эпителизирующее и бактериостатическое воздействие на процессы репарации роговицы при ожогах в эксперименте. Предложенное лечение вызывает улучшение клинической картины ожогов глаз, проявляющееся снижением воспалительной инфильтрации и усилением эпителизации роговицы, в процессе лечения ФДТ в эксперименте.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Новоселова К.В., студентка 406 гр. пед. факультета Уральского ГМУ

Кафедра общей и факультетской хирургии (зав. каф. - доцент Столин А.В.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шурьгина Е.П.

По мере разработки и увеличения числа оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте, а также других органах живота начали изучать регенеративные и пластические способности брюшины. Анализ различных вариантов клинического течения спаечной болезни показал, что причины, послужившие толчком к образованию перитонеальных сращений, разнообразны, но в общем их можно условно разделить на несколько групп: 1) различные заболевания органов брюшной полости в сочетании с оперативной травмой; 2) ушибы и раны живота; 3) пороки развития органов брюшной полости; 4) другие факторы внешней и внутренней среды организма. Недостаточные знания патогенеза спаечной болезни являются одной из причин возникновения трудностей лечения и профилактики данного заболевания. На сегодняшний день основная роль в профилактике принадлежит восстановлению кишечной перистальтики в короткие сроки. Кроме того, ранняя активизация больного - один из ключевых моментов предупреждения развития осложнений со стороны брюшной полости. **Цель работы:** Анализ этиологических факторов возникновения спаечного процесса брюшной полости для изучения вопроса профилактики спаечной болезни. **Материал и методы исследования:** Был проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни пациентов с клиническим диагнозом «Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи (МКБ 10 - K56)», установленном в период с января по ноябрь 2003 года на базе отделения неотложной хирургии МБУ ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга. **Результаты:** В 29 случаях был поставлен диагноз «Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (МКБ 10 - K56.5)», из которых 1 со смертельным исходом. 19 пациентов находились в стационаре с диагнозом «Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи. Другой вид закрытия просвета кишечника» (МКБ 10 K56.4), имеется 1 летальный случай. Этиологические моменты спайкообразования весьма разнообразны. Анализ архивного материала позволяет считать, что в 41 (85,42%) случае этиологии спаечной болезни носит послеоперационный характер, так как данные за хирургический анамнез у 8 пациентов отсутствуют. В возникновении спаечного процесса брюшной полости ведущую роль играют наличие в анамнезе аппендэктомии 15(37%), грыжесечения 7(17%) и гинекологических операций у женщин 3(экстирпация матки - 15%). Согласно классификации по механизму развития и клиническому течению, из проанализированных историй болезни, большая часть приходится на обтурационную кишечную непроходимость 44(92%). В целях предупреждения образования спаек после оперативных вмешательств на органах брюшной полости важная роль принадлежит раннему восстановлению кишечной моторики. По данным анализа медицинских карт стационарных больных, 17 (35,42%) пациентам, перенесшим оперативное вмешательство по поводу спаечного процесса брюшной полости, в качестве профилактики рецидива был назначен обратимый ингибитор холинэстеразы Прозерин. Остальным пациентам медикаментозная профилактика назначена не была. **Выводы:** Таким образом, характер заболевания и травматичность хирургического вмешательства играют важную роль в степени выраженности послеоперационных спаек брюшной полости. Анализ архивного материала показал, что 85% случаев всей спаечной патологии носит послеоперационный характер. Важная роль в профилактике спаечной болезни принадлежит раннему восстановлению кишечной перистальтики.

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УПОРНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА

Нозимов А.Э., резидент магистратуры 2 года обучения ТМА

Кафедра глазных болезней (зав. каф. - д.м.н., профессор Билалов Э.Н.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Миррахимова С.Ш.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения упорно рецидивирующего птеригиума. **Материал и методы исследования:** Исследуемую группу составили 15 (15 глаз) пациентов, находившихся в период с 2012-2015 гг. на лечении в глазном отделении II - клиники Ташкентской медицинской академии по поводу упорно рецидивирующего птеригиума. При этом рецидивы, после ранее произведенных различных операций по поводу птеригиума, были на 8 глазах по 2 раза, на 5 глазах по 3 раза, на 2 глазах по 4 раза. Распределение по полу было следующим: 8 (53,3%) мужчин, 7 (46,7%) женщин, возраст пациентов 35-65 лет, и в среднем составил 42,3±3,4 года. Больным проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Всем пациентам была проведена разработанная нами операция удаления упорно рецидивирующего птеригиума. Техника операции. После эпibuльбарной анестезии 0,5% раствором дикаина в тело птеригиума вводится 1,0 - 1,5 мл. 2%ного раствора новокаина. Головка и ткань птеригиума отделяется от роговицы и склеры с помощью круглого ножа для кератопластики или лезвием в направлении от его головки к шейки. Отсепарованный птеригиум полностью иссекается в пределах здоровой конъюнктивы и вдоль полулунной складки. Затем осуществляется тща-

тельная очистка роговицы, лимба, прилегающей части склеры и внутренняя прямая мышца от рубцово-измененных тканей птеригиума. Кровотокающие кровеносные сосуды лимба, склеры и конъюнктивы термокоагулируют. На месте прикрепления внутренней прямой мышцы накладывают два шва 7 нулей с иглой, пересекают ее и перемещают кзади на 3-4 мм, затем пришивают к склере. Из поверхностных слоев верхнего сегмента бульбарной конъюнктивы выкраивают тонкий аутоотрансплантат полулунной формы на питающей ножке, соразмерный образовавшемуся дефекту ткани на склере. Аутоотрансплантат перемещают и укладывают на образовавшийся дефект во внутреннем сегменте и пришивают к здоровой части конъюнктивы 5-6 узловатыми швами. Используют при этом шелковые нити 8 нулей. Если аутоотрансплантат выходит за пределы лимба и ложится на роговицу, то его аккуратно иссекают вдоль лимба. В конъюнктивальный мешок закапывают 0,25% раствор левомицетина и накладывают монокулярную асептическую повязку. **Результаты:** В отдаленные сроки наблюдения у всех больных отмечалось улучшение состояния оперированного глаза. Биомикроскопией установили, что на 14 глазах нарастания конъюнктивальной ткани на роговицу не наблюдалось и аутоотрансплантат был трудно отличим от окружающей ткани. Он приобретал цвет и ангиоархитектонику, свойственную нормальной конъюнктиве. В 3 случаях из 14 отмечали нежную васкуляризацию области лимба, в 4 случаях имело место периферическое помутнение поверхностных и глубоких слоев роговицы, проросшее единичными поверхностными сосудами. В течение всего срока наблюдения количество их не увеличивалось. На 11 глазах область лимба не отличалась от нормы. Рецидив заболевания, по данным отдаленных наблюдений за больными, отмечался на 1 глазу и составил 6,7%. Предложенная нами операция предотвращает натяжение конъюнктивы и укорочение сводов, цвет и прозрачность аутоотрансплантата позволяли сохранить естественный вид подлежащей склеры, что обеспечивает хороший косметический эффект. **Выводы:** Результаты клинического применения разработанного нами способа операции, позволяют рекомендовать его в качестве метода выбора при оперативном лечении упорно рецидивирующих форм птеригиума.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Нормаматов Б., Шомуродов Х., резиденты магистратуры 1 года обучения СамМИ, Самаркандский филиал РНЦЭМП
Кафедра хирургии и анестезиологии и реаниматологии ФУВ (зав. каф. – к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.

Цель работы: Оценка степени эффективности различных методов эндоскопического гемостаза. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и лечения 198 больных с гастродуоденальным кровотечением, которым была проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Показаниями для проведения экстренной ЭГДС явились наличие у пациента клиники острого желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) (рвота алой кровью, содержимым по типу «кофейной гущи», мелена). С целью эндоскопического гемостаза использовались методы: диатермокоагуляция, инъекционный, клипирование. Для определения характера гастродуоденальных кровотечений пользовались классификацией по Форрест (1974). **Результаты:** Выявлены источники кровотечения: язва двенадцатиперстной кишки – 92 (46,5%), язва желудка – 57 (28,8%), острые эрозии желудка – 17 (8,6%), синдром Меллори-Вейсса – 11 (5,6%), эрозивный эзофагит – 8 (4,0%), эрозивный гастродуоденит – 7 (3,5%), варикозное расширение вен пищевода – 6 (3,0%). На момент выполнения экстренной ЭГДС у больных источником кровотечения явились гастродуоденальные язвы, при этом продолжающееся кровотечение выявлено у 49 пациентов (24,7%): струйное артериальное кровотечение (Форрест I А) – в 5 (10,2%) случаях; капиллярное (Форрест I Б) – в 44 (89,8%) случаях. В группе больных с продолжающимся кровотечением использовали следующие методы гемостаза – как самостоятельно, так и комбинированно: диатермокоагуляция – 21 (42,9%), клипирование – 5 (10,2%), инъекция р-ров этанола и адреналина – 23 (46,9%). Эффективный эндоскопический гемостаз был достигнут у 46 пациентов (93,9%). Рецидив кровотечения возник у 3 пациентов (6,1%), которые были прооперированы. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Состоявшееся кровотечение на момент осмотра было выявлено у 149 (75,3%) пациентов. При осмотре в дне язвенного дефекта выявлялись сосуд (Форрест II А) у 31 (20,8%) пациентов, тромб-сгусток (Форрест II Б) – у 68 (45,6%) пациентов, наличие точечных тромбов (Форрест II С) – у 50 (33,6%) пациентов. Для проведения эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения использовалось также орошение пленкообразующими препаратами. В иных случаях орошение сочеталось с инъекционным методом (введение этанола, адреналина). При синдроме Меллори-Вейсса с продолжающимся кровотечением или угрозе его рецидива применяли инъекционный метод, диатермокоагуляцию, клипирование, орошение пленкообразующими препаратами. В тех случаях, когда источник кровотечения был прикрыт сгустком или отмечалось интенсивное поступление свежей крови, что препятствовало выполнению прицельного воздействия, использовали аргоноплазменную коагуляцию. **Выводы:** Эндоскопический гемостаз при ЖКК является одной из важнейших задач urgentной эндоскопии. В зависимости от источника кровотечения для достижения устойчивого гемостаза может применяться как самостоятельный, так и комбинированный метод остановки кровотечения. Развитие и внедрение новых методик эндоскопического гемостаза имеет важное значение не только на современном этапе, но и в отдаленной перспективе.

ОПТИМИЗИРОВАТЬ ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Нормуродов А.И., студент 323 группы, Тураев Ф.З., студент 321 группы леч. факультета

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии СамМИ (зав. каф. – к.м.н. Мустафакулов И.Б.)

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

Острая кишечная непроходимость представляет собой крайне опасную патологию. Острая кишечная непроходимость не может рассматриваться как отдельная болезнь, так как, как правило, служит осложнением какого либо заболевания. **Цель работы:** Являлось изучение функционального состояния органов и систем при обтурационной и спаечной острой кишечной непроходимости и оптимизировать тактику хирургического лечения. **Материал и методы исследования:** Клинический материал включал анализ результатов лечения 25 пациентов со спаечной кишечной непроходимости и 10 с обтурационной кишечной непроходимости. При спаечной кишечной непроходимости преобладали мужчины 58%, женщины 42%. При обтурационной кишечной непроходимости преобладали женщины 65,5%, мужчины 34,5%. Возраст варьировал от 16 до 70 лет. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное инструментальное обследование. Все пациенты с обтурационной кишечной непроходимости прооперированы. Из 25 пациентов со спаечной кишечной непроходимости (63%) прооперированы, (37%) получали консервативное лечение. Нарушение функции кишечника, обусловленное кишечной непроходимостью, формирует ряд патологических реакций и процессов в организме. Так степень тяжести нарушения водного баланса отражает, которое снижается за счет выхода белка в интерстиций, обусловленное повышением проницаемости сосудистой стенки медиаторами воспаления. Гипопротеинемия наиболее была выражена у паци-

ентов с обтурационной кишечной непроходимости и достоверно ниже ($p < 0,05$) чем у пациентов со спаечной кишечной непроходимости. Нарушение водного баланса в организме способствует развитию гиповолемии, гипоперфузии и снижению темпа диуреза. При обтурационной кишечной непроходимости у 34,4% диурез был ниже нормы, при спаечной кишечной непроходимости из числа оперированных диуреза снижен у 18,5%. Из 25 пациентов у 14 со спаечной кишечной непроходимости отмечалось нарастание уровня интраабдоминальной гипертензии выше нормы, что и явилось показанием для оперативного лечения. При обтурационной кишечной непроходимости у всех пациентов отмечался повышенный уровень интраабдоминальной гипертензии. **Выводы:** Таким образом, патологические изменения со стороны органов и систем наиболее выражены при обтурационной кишечной непроходимости. При обтурационной кишечной непроходимости тактика должна быть направлена на раннюю диагностику патологического процесса в брюшной полости с оценкой уровня интраабдоминальной гипертензии и своевременное оперативное лечение. А при спаечной кишечной непроходимости приоритетной должна быть тактика консервативного лечения, так как патологические изменения в организме минимальны и зачастую причиной их является послеоперационный спаечный процесс.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Нураддинов Х.Э., магистр 2 курса, Файзуллаев Д.Ш., магистр 1 курса
Кафедра оториноларингология СамМИ ФУВ (зав. каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)
Научные руководители: проф., д.м.н. Лутфуллаев У.Л., асс. Сафарова Н.И.

Полипозный риносинусит является серьезной проблемой современной медицины, т.к. за счет ухудшения или полной блокады носового дыхания, нарушения обоняния, головной боли и состояния хронической гипоксии снижается качество жизни больных. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, полипозный риносинусит одинаково часто встречается у взрослых и детей. В связи с этим возникает необходимость разработки новых методов лечения, ускоряющих реабилитацию и предупреждающих рецидивы полипов. Депо-препарат дипроспан довольно широко применяется в оториноларингологии, в основном, для лечения вазомоторных и аллергических ринитов в виде внутриносовых блокад. Препарат довольно быстро всасывается и выводится, давая непродолжительный терапевтический эффект. При этом требуется многократное введение данного препарата для получения клинического эффекта. На кафедре Оториноларингологии СамМИ разработан метод эндоназального введения дипроспана с целью лечения аллергических, воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Под нашим наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 7 до 14 лет. Препарат вводился однократно непосредственно перед операцией при помощи инсулинового шприца с тонкой иглой по 0,5 мл подслизисто в кожную полосу крыла носа непосредственно впереди от нижней носовой раковины с обеих сторон. Непосредственно после введения в 8% случаев некоторые больные отмечали онемение в этой области и лёгкую болезненность, которые через 10–15 минут исчезали. Каких-либо побочных реакций в более отдалённом периоде не отмечалось. При данном методе создаётся депо препарата, что оказывает длительное терапевтическое действие. Клиническая эффективность проявляется уже через несколько часов. Послеоперационный период протекал спокойно. У 3 больных полипозный риносинусит сочетался с бронхиальной астмой. Больные наблюдались нами в течение года, у 2 больных приступы бронхиальной астмы прекратились, а у 1 стали значительно реже. Таким образом, следует отметить, что данный метод имеет несомненные преимущества перед системной кортикостероидной терапией и аппликационными препаратами местного действия.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Нураддинов Х.Э., магистр 2 курса, Тахирджанова П.К., магистр 1 курса
Кафедра оториноларингология СамМИ ФУВ (зав. каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)
Научный руководитель: асс. Сафарова Н.И.

Проблема этиологии и лечения полипозного риносинусита (ПРС) остается нерешенной. Несмотря на совершенствование хирургической техники и широкий арсенал применяемых лекарственных средств, частота рецидивирования полипов составляет от 5 до 60%. В связи с этим возникает необходимость разработки новых методов послеоперационного лечения, ускоряющих реабилитацию больных с ПРС. **Цель работы:** Применение топического кортикостероида Назонекс в послеоперационном лечении больных с ПРС. **Материал и методы исследования:** В исследовании приняли участие 35 больных с ПРС в возрасте от 14 до 65 лет с длительным (более 2 лет) течением заболевания. После оперативного вмешательства, на 2-сутки, удаляли тампоны и использовали Назонекс по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 1 раз в сутки (общая суточная доза – 200 мкг) в течении 4 недель. **Результаты:** Эндоназальное применение Назонекса в послеоперационном периоде выразилось в противовоспалительном и противорецидивном эффектах, была достигнута стойкая ремиссия. Наблюдение больных в течение 2 лет выявило лишь 2 случая (5,7 %) рецидивов полипов у пациентов с поливалентной аллергией. **Выводы:** Таким образом, констатируя вышеизложенное, следует отметить о целесообразности и эффективности разработанной нами тактики использования топического кортикостероида Назонекс в послеоперационном лечении больных с ПРС, обладающим противовоспалительным и противоаллергическим действием, выраженном в сокращении количества рецидивов и нормализации клинических показателей.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Нураддинов Х.Э., Мухтарова Д.А., резиденты магистратуры 2 года обучения
Кафедра оториноларингология СамМИ ФУВ (зав. каф. – д.м.н. Лутфуллаев Г.У.)
Научные руководители: д.м.н. Лутфуллаев Г.У., асс. каф. Сафарова Н.И.

За последние годы опубликовано множество работ посвященных диагностике и лечению заболеваний носа околоносовых пазух (ОНП). Несмотря на это, в отечественной литературе недостаточно исследований по диагностике и лечению синуситов при доброкачественных НН и ОНП. В связи с тем что, в их развитии имеют значение иммунный статус и процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящие к эндогенной интоксикации организма, лечение синуситов при доброкачественных НН и ОНП с учетом вышеперечисленных факторов требует дальнейшей разработки. Под нашим наблюдением находилось 38 больных с синуситами при доброкачественных НН и ОНП. Синуситы при доброкачественных НН и ОНП характеризуются односторонней блокадой носового дыхания, выделениями из носа, нарушением обоняния, носовыми кровотечениями, головной болью. Для диагностики и оценки состояния больных кроме клинико-

инструментальных, микробиологических и гистологических, проводились иммуно-биохимические исследования. Все больные получали иммуномодулятор синтетического происхождения полиоксидоний (по 6 мг в/м 1 раз в сутки в течение 5 дней в послеоперационном периоде, далее в этой же дозировке 1 раз в неделю в течение 5 недель) на фоне традиционного лечения (ТЛ). ТЛ включало в себя пункцию и зондирование пазух, промывание их по Прозэцу, хирургическое удаление новообразования, противовоспалительную и симптоматическую терапию. После лечения при риноскопическом контроле и КТ-исследовании признаков воспалительного процесса а также новообразования не выявлено. Повторно проведенный посев из ПН и соустья ОНП дал отрицательный результат. Констатируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что после применения полиоксидония на фоне ТЛ у больных с синуситами при доброкачественных новообразованиях носа и ОНП, показатели иммунного статуса и эндогенной интоксикации приблизились к контрольным показателям, значительно сократилось количество рецидивов воспалительного процесса и новообразования, а это свидетельствует о высокой эффективности данного препарата.

КОМПЛЕКСНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»

Нурманов А.Ф., студент 606 гр. пед. факультета, Жалолов С.И., клин. ординатор, Ахмедов Г.К., асс. кафедры
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. кафедрой - доц. Бабажанов А.С.)
Научный руководитель: асс. Худайназаров У.Р.

Лечение синдрома «диабетической стопы» является сложной проблемой, которой встречается у 30-80% больных сахарным диабетом. **Цель работы:** Выработать оптимальные способы комплексного лечения синдрома «диабетической стопы». **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 49 больных сахарным диабетом II типа в стадии декомпенсации, осложненным диабетической стопой лечившись в гнойном отделении Самаркандском городском мед. объединении в 2013-2015 г.г. Возраст больных колебался с 34 по 73 л. Все больные получали инсулинотерапию. У 43 пациентов имелись сопутствующие заболевания (заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы, пиелонефрит и другие). С целью подготовки хирургической операции проводилось комплексное предоперационное лечение: нормализация количества сахара в крови, бактериологический посев из раны, выведение стопы из критического ишемического состояния, лечение сопутствующих заболеваний и местное лечение диабетической стопы. Нами в этом периоде была применена системная энзимотерапия – вобензим (или флогензим). **Результаты:** Из 49 больных 40 больным проведена хирургические вмешательства: некрэктомия произведена у 8 (16,3%), экзартикуляция и ампутация пальцев стопы – у 16 (32,6%), ампутация пальцев стопы в отдельности – у 12 (24,5%), ампутация на уровне голени – у 3 (6,1%), ампутация на уровне бедра у 1 (2%) больных. Всего лишь 9 (18,4%) больным применено местное лечение. Своевременное применение энзимотерапии с антибиотиками и активной хирургической некрэктомией из 11 больных у 8 получен хороший эффект. В результате предложенной активной хирургической тактики из 49 больных только у 8% была произведена проксимальная ампутация на уровне голени и бедра. Это значительно снизило послеоперационную инвалидность. **Вывод:** Своевременное комплексное дооперационное консервативное лечение с применением системной энзимотерапии и активное хирургическое вмешательство значительно снизило количество дистальных ампутаций при диабетической стопе.

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМОГЕНЕЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ортиков Б.Б., студент 602 группы медико-профилактического факультета ТТА
Кафедра судебной медицины и мед. права (зав. каф. - доцент, к.м.н. И.И. Бахриев)
Научный руководитель - доцент, к.м.н. Бахриев И.И.

Инволютивные переломы проксимального отдела бедренной кости – одно из распространенных повреждений опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого возраста. Особенности кровоснабжения и архитектоники данной патологии, остеопоротические изменения костной ткани приводят к нарушению процессов консолидации. Указанный вид повреждений обездвиживает пострадавшего и неизбежно вызывает гипостатические осложнения, которые в большинстве случаев заканчиваются летально. **Цель работы:** Изучение особенностей травматогенеза, медико-социальных последствий переломов проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого возраста и поиск путей оптимизации процесса оказания эффективной специализированной помощи. **Материал и методы исследования:** Изучено 148 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого возраста. Среди них травмированных мужчин - 45 человек, женщин - 103 больных, что составляет, соответственно, 30,4% и 69,6% от их общего числа. По данным обращений, средний возраст пострадавших составляет 69,5±0,68 лет. Средний возраст для мужчин 66,8±0,94 года, а средний возраст для женщин 71,0±0,88 лет. **Результаты:** При распределении общего массива пациентов согласно видам травматизма было установлено, что 83,1% пострадавших получили бытовую травму, 13,4% - уличную, 1,3% пострадали в результате дорожно-транспортных происшествий и 1,3% получили повреждения вследствие преступного деяния. При ретроспективном опросе пациентов и их родственников среди основных эндогенных факторов которые, по утверждению респондентов могли стать причиной падения, были названы: заболевания ССС, которые опрашиваемые называют причиной головокружения - 10,4%, заболевания ЦНС, сопровождающиеся атаксиями 47,5%, хронические болезни опорно-двигательного аппарата, ставшие причиной снижения опороспособности нижних конечностей - 8,9%, травматические повреждения в анамнезе - 3,0%; периферические полирадикулонейропатии и ангиопатии, которые привели к нарушению чувствительности, трофическим и вегето-сосудистым расстройствам в дистальных отделах конечностей - 7,5% случаев. Среди экзогенных причин, способствующих возникновению перелома проксимального отдела бедренной кости чаще всего респонденты указали на: плохое освещение - 1,5%, головокружение вследствие приёма медикаментов - 3,0%, алкогольное опьянение - 3,0%, незнакомую обстановку, необычное расположение мебели - 3,0%, скользкий или неровный пол/двор - 7,5%, травма, в подавляющем большинстве случаев это была прямая удар - 14,9%; сочетание нескольких факторов - 19,4% случаев. В ходе дальнейших исследований выяснилось, что 44 человека, что составляет 29,7% были госпитализированы, а 104 (70,3%) были отправлены на амбулаторное лечение. При распределении по половому признаку установлено, что было госпитализировано 25 лиц мужского пола (55,5% из всех мужчин с переломами проксимального отдела бедренной кости), лиц женского пола - 19 (18,5%). Пострадавшим, которые были госпитализированы, в большинстве случаев как вариант оперативного лечения был выполнен остеосинтез винтовыми фиксаторами. Госпитальной летальности не зафиксировано. **Выводы:** 1. Следует учитывать о необходимости расширения показаний к оперативному лечению инволютивных переломов проксимального отдела бедренной кости. 2. Несмотря на высокий риск проведения оперативного вмешательства у лиц пожилого возраста – это единственный способ спасти пациента, вернуть его прямохождению.

«ТЕЛЕВИЗИОННАЯ» ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Петросян А.А., студент 601 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н., профессор Цап Н.А.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Цап Н.А.

Нарастающая актуальность такой нестандартной травмы, как падение телевизора на ребенка, особенно за последние 5 лет, продиктовала провести более углубленный анализ данного вида детского травматизма. Спектр публикаций по данной проблеме довольно скуден. **Цель работы:** Определить медико-социальную характеристику повреждений при падении телевизора на ребенка, с которым произошел несчастный случай. Сравнить результаты собственных исследований с данными зарубежной клиники. **Материал и методы исследования:** За период 2011-2015 гг. проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни детей, на которых произошло в бытовых условиях падение телевизора; все включены в исследуемый клинический материал. Пострадавшие дети находились на лечении в реанимационном и травматологическом отделении регионального детского травмоцентра 1 уровня ДГКБ №9. В работе использованы метод создания ФИБа и элементарные методы статистики, в т.ч. метод сопоставления. **Результаты:** В возрастном аспекте среди пострадавших преобладают дети до 1 года – 14 (56%) пациентов, в возрасте 2 лет было 7 (28%) детей, и по 2 детей (8%) в возрасте 4 лет и 5 лет. Несчастье произошло в 16 (76%) случаях в городе Екатеринбурге, и в 9 (24%) случаях дети доставлены из территорий Свердловской области. Ведущее повреждение при падении телевизора на ребенка – черепно-мозговая травма в 84% случаев (21 ребенок). В структуре ЧМТ 8 (38%) случаев сотрясений головного мозга, 2 (9,5%) – ушиб головного мозга легкой степени, 5 (23,8%) – ушиб головного мозга средней степени и 6 (28,6%) случаев ушибов головного мозга тяжелой степени. У 17 (81%) детей было проведено комплексное консервативное лечение, которое включало инфузионную, гемостатическую, десенсибилизирующую, обезболивающую, диуретическую, антибактериальную терапию и метаболическую поддержку. Оперативное вмешательство потребовалось 4 (19%) детям, были выполнены 2 оперативных вмешательства по установке интрапаренхиматозного датчика внутричерепного давления, 2 репозиции вдавленных переломов черепа, в 3-х случаях – трепанация черепа и удаление эпидуральных гематом. Для сравнения полученных данных была взята Le Bonheur Children's Hospital (LBSH), которая является травматологическим центром первого уровня и обслуживает западный Теннесси, а также части штата Арканзас, Миссисипи, Кентукки, и Миссури. Зарубежные коллеги провели подобное исследование в период с 2009 по середину 2013 года. За данный период поступило 26 детей в анамнезе, которых было падение телевизора. Ведущим повреждением также была черепно-мозговая травма в 77% (20 детей). В 5 случаях потребовалось оперативное вмешательство. Среди пострадавших 2 детей (7,5%) в возрасте 1 года, 10 детей (38,5%) 2-х лет, 5 детей (19%) 3-х лет, 7 детей (27%) 4-х лет, 1 ребенок (4%) 6-ти лет, 1 ребенок (4%) 7 лет. При рассмотрении гендерного признака у получивших «телевизионную» травму детей, не выявилось существенных различий: 12 мальчиков (48%), 13 девочек (52%), тогда как у наших иностранных коллег преобладали мальчики - 19 (73%). В ДГКБ №9 все выжившие дети были выписаны в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита, а в LBSH 22 ребенка (85%) были выписаны в удовлетворительном состоянии, 4 детей (15%) с неврологическим дефицитом. **Выводы:** Падение телевизора на ребенка может привести к серьезным изолированным и сочетанным черепно-мозговым травмам, требующим неотложного комплексного лечения с оперативным вмешательством, т.к. более 50% ЧМТ относятся к средней и тяжелой степени тяжести. Чаще всего страдают дети раннего возраста. Решающим фактором профилактики «телевизионной» травмы детей является предупреждающие действия обеспечения безопасности окружающей среды.

ЛЕЧЕНИЕ ДОНОРСКИХ РАН ПОСЛЕ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н. БГМУ
Кафедра общей хирургии (зав. каф.- д.м.н., проф. Полевой В.П.)
Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

Вопрос относительно обработки и дальнейшего лечения ран, которые возникли при выполнении свободной кожной пластики, имеет важное практическое значение. Подобно ранам другого происхождения, они сопровождаются болевым синдромом и кровотечением, также ограничивают двигательную активность больного. Кроме того, донорские раны могут служить дополнительными воротами для экзогенной инфекции или даже источником интоксикации в случае их нагноения. Относительно большие, однако неглубокие донорские раны, нанесенные дерматомом, обычно самостоятельно эпителизируются на протяжении 12-16 сут в зависимости от толщины срезанного лоскута, то есть от их глубины. Чем толще трансплантат, тем глубже донорская рана и тем дольше она будет заживать. В случае нагноения такой раны, процесс заживления затягивается. Это случается чаще у истощенных потерпевших с тяжелыми ожогами и снижением резистентности к инфекции, когда лечение донорских ран есть таким же проблематичным, как и лечение самих ожогов. В некоторых случаях гнойные донорские раны могут требовать трансплантации кожи. Иногда, в зависимости от особенностей организма, могут формироваться нормо- и гипертрофические рубцы донорского места. Донорскую рану можно лечить по-разному. Наиболее простой способ – высушивание через 1-2 слоя марли с помощью тепловентилятора или фена с целью формирования сухого струпа, под которым происходит эпителизация донорского места. Недостаток указанной тактики – постоянная жгучая боль во время высушивания ран, чувство стяжения и необходимость удерживать донорское место постоянно открытым. Донорскую рану можно покрывать также суфра-тюлем, бранолиндом, однако наиболее рациональным вариантом лечения следует считать применение лиофилизированных ксенодермотрансплантатов свиньи. После снятия эпидермо-дермального лоскута с целью уменьшения кровотечения с донорской раны целесообразно наложить стерильную салфетку и увлажнить ее изотоническим раствором натрия хлорида с адреналином (4:1). После остановки кровотечения на рану накладывают ксенотрансплантат, предварительно замоченный на 8-10 мин в растворе антисептика, закрывая ее полностью с напуском до 1 см. Повязку фиксируют обычным бинтом, поверх которого желателен наложить эластический бинт для лучшей фиксации. При этом значительно уменьшаются болевые ощущения, нет необходимости удерживать донорское место постоянно открытым и высушивать его, что особенно проблематично у детей. Кроме этого, на 3-4 сут ускоряется эпителизация донорских ран (обычно к 12-14 сут). Под ксенолоскутом могут образовываться мелкие гематомы, поэтому на следующий день после операции выполняют контрольную перевязку, во время которой, в случае необходимости, удаляют накопившуюся кровь. Если ширина донорской раны не превышает 4-6 см, можно выполнить два продольных разреза вдоль края через остатки дермы и клетчатку, после чего наложить отдельные узловое швы, а еще лучше косметический внутрикожный непрерывный шов. Благодаря таким разрезам обнаженная дерма погружается

швами и не мешает дальнейшему заживлению. Таким образом рану можно защитить наглухо без особенного натяжения. Швы с донорского места желательнее снимать не раньше 10-х сут.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЕКАСАН» ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГАХ

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н. БГМУ

Кафедра общей хирургии (зав. каф.- д.м.н., проф. Полевой В.П.)

Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

Инфекция ожоговых ран способствует углублению некроза, тормозит процессы регенерации, стимулирует чрезмерное образование рубцовой ткани. Борьба с инфекцией ожоговых ран, ускорение процессов регенерации остаются важной задачей комбустиологии. **Цель работы:** Изучение клинической эффективности препарата «Декасан» в лечении больных с поверхностными дермальными ожогами. **Материал и методы исследования:** Препарат обычно применялся с 1-2 суток после получения травмы до полной эпителизации ожоговых поверхностей. Следует отметить его хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и осложнений. **Результаты:** Местное лечение ожоговых ран с использованием препарата «Декасан» оказывало благоприятное влияние на развитие клеточно-опосредованных реакций сосудистой фазы воспаления по фагоцитарному типу с положительной динамикой цитологического состава раневого отделяемого. Это находило отображение в снижении числа дегенеративно измененных нейтрофильных гранулоцитов. На 7-8 сутки в раневых отпечатках наблюдалось значительное уменьшение количества расположенной внеклеточно микрофлоры. Также повышалось содержание нейтрофильных гранулоцитов в состоянии завершеного фагоцитоза. На 14-15 сутки наблюдалось незначительное содержание микрофлоры, которая имела преимущественно внутриклеточное расположение. Количество нейтрофильных гранулоцитов в состоянии завершеного фагоцитоза достигало 65%. Клеточный состав цитограмм характеризовался постепенным снижением количества нейтрофильных гранулоцитов и повышением количества лимфоцитов и моноцитов. Это соответствовало регенераторному типу цитограммы. В первые сутки число микробных тел колебалось в широких пределах, не превышая 10^2 - 10^4 /см² раневой поверхности. На 7-8 сут достоверно возрастало в 19 раз только количество *S. aureus*. Через 14-15 сут существенного снижения уровня микробной контаминации не было. Однако число микробных тел в опытной группе было значительно ниже: *S. aureus* – в 22 раза, *S. epidermidis* – в 30 раз, *E. coli* – в 42 раза, *Ps. aeruginosae* – в 11 раз. При сравнении чувствительности высеваемой флоры к антибиотикам отмечена тенденция к повышению ее резистентности в сравнении с исходными значениями, более существенная в контрольной группе, где применялись другие антисептики. Такое 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 нерациональной антибиотикотерапии. Также установлено более благоприятное течение раневого процесса у больных, местное лечение которых включало применение декасана. Быстрее купировались признаки инфекционно-воспалительного процесса, очищение ран от некротизированных тканей происходило по демаркационному типу. Эпителизация поверхностных дермальных ожогов осуществлялась по островковому типу и завершалась на 19-21 сутки после травмы. **Выводы:** Таким образом, использование препарата «Декасан» при местном лечении поверхностных дермальных ожогов позволяет улучшить течение раневого процесса, уменьшить риск местных инфекционных осложнений, сократить сроки заживления ран.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Пикас П.Б., асс. кафедры

Национальная медицинская академия последипломного образования имени Шупика П.Л.

Кафедра хирургии и трансплантологии (зав. каф. – проф. Усенко Ю.Д.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Полинкевич Б.С.

Важным фактором в защите кишечного барьера является его микрофлора, которая у здорового человека насчитывает более 500 видов микроорганизмов, что определяет стабильность его функций. Изменение состава микрофлоры кишечника в организме человека сопровождается развитием нарушений его функций и отрицательным влиянием на общесоматические регуляторные процессы. Микрофлора кишечника у здорового человека продуцирует ферменты, повышает скорость обновления его клеток и защищает стенку от колонизации патогенной и условно-патогенной микрофлорой, увеличение количества которой может приводить к образованию канцерогенных веществ (триптофан, индолы, нитраты и другие). **Цель работы:** Исследований было оценить качественный и количественный состав микрофлоры толстой кишки у больных с полипами пищеварительного канала. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 35 (35,4 %) здоровых лиц (I группа, сравнения) и 64 (64,6 %) больных с полипами желудочно-кишечного тракта (II группа). Больные находились на амбулаторном или стационарном лечении в клинике Государственного учреждения «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова» НАМН Украины, где проводились исследования. Микробный состав толстой кишки изучали бактериологическим методом (посев кала на специальную среду); изучали облигатную и факультативную кишечную флору, ее качественный и количественный состав. **Результаты:** У здоровых лиц (I группа) выявлена только облигатная микрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*). У больных с полипами желудочно-кишечного тракта (II группа) микробиоценоз кишечника нарушен: отмечены изменения качественного и количественного состава микрофлоры. У лиц II группы также выявлена облигатная микрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*), общее количество бактерий и каждой из них в отдельности значительно уменьшено (до 10^5 КУО/мл и менее, $p < 0,05$) против показателей у здоровых лиц, что приводило к снижению колонизационной резистентности организма и роста факультативных бактерий (*Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli hemolitica*), которые отсутствуют у здоровых лиц (I группа). **Выводы:** У больных с полипами желудочно-кишечного тракта количество облигатной микрофлоры (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*) снижено и отмечено наличие условно-патогенной микрофлоры в кишечнике, что может отображать снижение реактивности организма, а также имеет практическое значение для обоснования рационального лечения пациентов. Полученные результаты бактериологических исследований свидетельствуют о необходимости включения антимикробных препаратов и пробиотиков в схему комплексного лечения больных с полипами желудочно-кишечного тракта, что может в определенной мере влиять на возникновение рецидивов полипов, может предупредить их развитие и является перспективной дальнейших наших разработок.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ
У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ

Плюснина М.В., врач-интерн кафедры детской хирургии УГМУ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н., профессор Цап Н.А.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Цап Н.А.

Цель работы: Оценка результатов хирургического лечения у новорожденных и детей с диафрагмальными грыжами. **Материал и методы исследования:** В ходе работы проводился ретроспективный анализ историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в ОДКБ№1 в период 2014-2015 г. с диагнозом диафрагмальная грыжа. Общее число проведенных за 2 года оперативных вмешательств - 17. **Результаты:** Средний возраст в группе новорожденных детей составил 8,3 дня, в группе детей от 6 мес. до 14 лет - 6,8 лет. Летальность составила 5,8% (1 человек). Мальчики (65%) преобладают над девочками (35%). Из ранних признаков врожденной диафрагмальной грыжи по УЗИ: у матери - многоводие 75%, у плода - декстракардия 44%, внутригрудное расположение желудка 24%, асимметрия живота 17%. [1] У пациентов диафрагмальная грыжа выявлялась чаще слева 76%. Преимущественным методом выбора лечения диафрагмальных грыж у детей является лапаротомия (63%). Операция по поводу врожденной диафрагмальной грыжи проводится при условии респираторной и гемодинамической стабилизации. Пластику дефекта диафрагмы производили местными тканями (35%) и с помощью синтетического материала (65%). У 12 (70%) детей послеоперационный период протекал без осложнений. Осложнения были выявлены у 4 пациентов (все дети периода новорожденности), оперированных «открытым» методом: хилоторакс 2 (18%); гастроэзофагеальный рефлюкс 1 (9%); ранняя спаечная непроходимость 1 (9%). У 1 новорожденного в возрасте 15 суток произошел рецидив ложной диафрагмальной грыжи после торакоскопической операции. Было выполнено повторное оперативное вмешательство, отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, в итоге ребенок умер. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования проводятся всем детям после операции. Все дети в послеоперационном периоде получали адекватные обезболивание и антибактериальную терапию, инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, соляно-щелочные ингаляции. Положительная клиничко-рентгенологическая динамика, снятие швов на 10-12 сутки послеоперационного периода свидетельствовали о выздоровлении ребенка. **Выводы:** 1. Таким образом, врожденные диафрагмальные грыжи проявляются преимущественно в периоде новорожденности. 2. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования проводятся до и после хирургического вмешательства, позволяют определить эффективность выполненной операции. 3. Стабилизация состояния, нормализация респираторных и гемодинамических показателей - критерии эффективной предоперационной подготовки. 4. Пластика дефекта синтетическими материалами дает хороший результат, снижает риск рецидивов. 5. Использование торакоскопии у детей с врожденной диафрагмальной грыжей является новым перспективным направлением в развитии хирургии, позволяет оказать более эффективную хирургическую помощь детям, имеет преимущества перед «открытым» оперативным вмешательством (удобный доступ, минимальная травматизация, хороший косметический эффект, быстрое восстановление в послеоперационном периоде).

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

Пулатов Т.М., студент 318 группы леч. факультета, Камолов С.Ж., резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ
Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н. доцент Мустафакулов И.Б.)
Научный руководитель: ас. Шеркулов К.У.

Среди пациентов колопроктолога иногда встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. **Цель работы:** Оптимизировать тактику хирургического лечения эпителиально - копчикового хода. **Материал и методы исследования:** В проктологическом отделении клиники СамМИ с 2012 по 2015 гг. находились на стационарном лечении 50 больных эпителиально-копчиковым ходом хронической формой течения. Хирургическая тактика, лечения эпителиально-копчикового хода практически унифицирована. Она сводится к иссечению патологического отдела с подшиванием ко дну раны. 9 больным (17%) наложены глухие матрасные швы. Послеоперационные осложнения из этой группы больных возникли у 3 больных (33,3%). После этих осложнений стали применять полукрытый 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 отдельно, с таким расчетом, что после затягивания всех швов оставалась узкая рана, не более 0,2 см. В этой группе оперированы 41 пациента (83%). Осложнение наблюдали у 6 больных. Остальных 35 человека оперировали с частичным иссечением клиновидного лоскута подкожно жировой клетчатки, подшиванием ко дну раны. Осложнения наблюдали у 1 больного. **Выводы:** Таким образом, индивидуальный подход 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.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ,
ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А., магистры 1 года обучения факультета последипломного образования
Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии
Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. – доц. Жумагулов К.Н.)
Научный руководитель: проф. Сексенбаев Д.С.

Цель работы: Оценка эффективности эндоскопических методов в лечении и профилактике кровотечений портального генеза у больных циррозом печени (ЦП). **Материал и методы исследования:** В настоящем исследовании приведены результаты применения эндоскопического склерозирования (ЭС) и лигирования (ЭЛ) у 153 больных ЦП с синдромом кровотечения. Мужчин было 89, женщин 64, в возрасте от 23 до 71 лет. I степень варикозного расширения вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) по А.Г. Шерцингеру выявлена у 7,9% больных, II степень – у 68,7% и у 23,4% больных установлена III степень патологии. Кровотечение из ВРВПЖ было первым проявлением заболевания у 35,6% больных, асцит выявлен у

29,9%, активность цирротического процесса – у 13,8% больных. Эндоскопические методы у 50 больных выполнены при продолжающемся кровотечении, и у 103 – отсроченно, в ближайший период после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения. **Результаты:** Из 15 больных, которым ЭС производилась на высоте кровотечения, гемостаз достигнут у 11 больных, в 4 случаях она была неэффективна. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, где у 4 из них имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит. При этом ЭС проводили спустя 12-14 ч с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Осложнения после ЭС отмечены у 24,1% пациентов, в основном в группе больных, которым манипуляция выполнена по экстренным показаниям. В группе больных с плановым ЭС осложнения возникли в 4,6% наблюдениях. Рецидив кровотечения отмечен у 19,8% пациентов. ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение лигатур на все варикозно расширенные узлы. При этом за сеанс накладывали 3-5 лигатур, с повторением процедуры спустя 3-4 дня. Рецидив кровотечения после эндоскопического лигирования отмечен у 17,3% больных. Исследование больных в динамике показало полную эрадикацию варикозных вен у 47% больных. Плановая эндоскопические вмешательства проводились до достижения состояния полной эрадикации всех возможных источников геморрагии. Ранний рецидив геморрагии в группе с экстренной ЭС у 6 больных и у 2 больных на фоне сформированного изъязвления привело к неблагоприятному исходу. В группе больных с ЭЛ такие осложнения не отмечены. Летальность составила 8,9% и 6,4% соответственно, причинами которых явились рецидив кровотечения и гепатоцеллюлярная недостаточность. **Выводы:** Эндоскопические методы являются высокоэффективным способом профилактики и лечения кровотечений портального генеза у больных осложненной формой ЦП, позволяющая снизить летальность и улучшить «качество жизни» и должна рассматриваться в качестве «терапии первой линии» у данной категории больных.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А., резидент магистратуры 1 года обучения факультета последипломного образования Южно-Казахстанской Государственной фармацевтической академии
Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. – доц. Жумагулов К.Н.)
Научный руководитель: проф. Сексенбаев Д.С.

Цель работы: Оценка результатов и определение эффективности эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в сочетании с полностью имплантируемой инфузионной порт-системой (ИПС) Celsite® в коррекции портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП). **Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов коррекции ПГ у 75 больных ЦП. При этом 41 (54,7%) пациентам произведена имплантация ИПС Celsite: 22 (53,7%) – в изолированном варианте (1-я группа), 19 (46,3%) – после превентивной редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (2-я группа). У 34 (45,3%) больных произведены традиционное портосистемное шунтирование (ПСШ) – из них у 18 (52,9%) спленоренальный анастомоз в различных вариантах (3-я группа) и у 16 (47,1%) ПСШ после предварительной ЭСА (4-я группа). Нами разработан метод портокавального шунтирования при ЦП с синдромом ПГ. При этом имплантацию инфузионной венозной порт-системы фирмы В/Враун проводили под местной анестезией путем чрескожной пункции ветвей воротной вены, либо проведением лапароскопии с катетеризацией мезентериальной вены путем ее венесекции. При этом рабочий порт устройства имплантировали в подкожной клетчатке с фиксацией к коже живота за манжетку и размещением на основании ребер. **Результаты:** Эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения ВРВПЖ, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма. ПД после ЭСА снизилось с $398,8 \pm 12,5$ мм.вод.ст. до $311,6 \pm 19,3$ мм.вод.ст., после СРА – до $241,4 \pm 8,45$ мм.вод.ст. У больных перенесших операцию наложения СРА без предварительной ЭСА, портальное давление снизилось с $404,7 \pm 12,2$ мм.вод.ст. до $284,8 \pm 18,6$ мм.вод.ст. При имплантации ИПС отмечалось снижение ПД с $402,2 \pm 16,7$ мм.вод.ст. до $192,9 \pm 15,8$ мм.вод.ст. В группе больных перенесших имплантацию ИПС с превентивной ЭСА ПД снизилось с $400,8 \pm 11$ до $315,6 \pm 13,4$ мм.вод.ст., после ИПС до $158,3 \pm 16,5$ мм.вод.ст. ($P < 0,05$). Анализируемая группа больных (2-я гр.) отличается заметно меньшим числом послеоперационных осложнений. Наилучшие результаты отмечены в группе больных, где проведены имплантация ИПС в сочетании с ЭСА. **Выводы:** Комбинированное применение методов ЭСА с имплантацией ИПС является эффективным способом портодекомпрессии и надежным методом профилактики возникновения синдрома кровотечения. Применение комбинации этих методов позволяет достичь эффективного гемостаза и выиграть время для принятия решения радикального способа коррекции синдрома ПГ у больного ЦП – ортотопической трансплантации донорской печени. Минимальная инвазивность и травматичность делает этот вид шунтирования особо привлекательным при решении вопросов портальной декомпрессии у больных ЦП. Имплантация ИПС также оправдана в тех ситуациях, когда больному ЦП с ПГ ортотопическая трансплантация донорской печени противопоказана, а проведение ПСШ невозможно по ряду причин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А., резидент магистратуры 1 года обучения факультета последипломного образования Южно-Казахстанской Государственной фармацевтической академии
Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. – доц. Жумагулов К.Н.)
Научный руководитель: проф. Сексенбаев Д.С.

Цель работы: Определить эффективность результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы (ИПС). **Материал и методы исследования:** Анализирована эффективность различных методов гемостаза у 393 больных ЦП осложненным кровотечением из ВРВПЖ. Мужчин было 219 (55,7%), женщин – 174 (44,3%). Возраст больных колебался от 17 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А. Г. Шерцингеру (1986), I степень эктазии выявлена у 31 (7,9%) больных, II степень – у 270 (68,7%) и у 92 (23,4%) пациентов установлена максимальная – III степень патологии. Источник кровотечения в 73,7% случаев располагался в средней и нижней трети пищевода и в 26,3% – в кардиальном отделе желудка. **Результаты:** У 155 больных проведена консервативная терапия с применением зонда Блекмора-Сенгстакаена, 128 больным выполнено минимальное оперативное вмешательство – операция Пациоры, 87 – проведено эндоскопическое склерозирование (ЭС) и лигирование (ЭЛ), которое в 23 наблюдениях сочеталось с имплантацией инфузионной порт-системы (ИПС) Celsite® фирмы В/Враун. Через ИПС проводили аутогемореинфузию,

ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л., следовательно создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения состоящий из 7-10 аутогемореинфузий продолжали до полной остановки кровотечения и стабилизации показателей портального давления. Консервативные методы лечения позволили достичь гемостатический эффект у 145 (93,5%) больных, рецидив кровотечения отмечен в 37 (23,8%) наблюдениях, летальность наступила у 64 (41,3%) больных. При проведении операции Пациоры эффективный гемостаз достигнут всего у 112 (87,5%). Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (17,2%) больных. Послеоперационная летальность составила 52,8%. Из 87 больных перенесших ЭСТ, эффективный гемостаз достигнут у 85,1%, рецидив геморрагии отмечен у 7 (8,04%) больных, летальность составила 9,2%. При имплантации ИПС этом начиная с 2-3 суток отмечено регресс явлений гипертензии в портальном русле, со стабилизацией показателей портальной гемодинамики (5-6 сутки) и улучшение показателей печеночного обмена (после 10-12 процедур) в биохимических анализах. Сочетание метода имплантации порт-системы с ЭСТ и ЭЛ позволили улучшить показатели эффективного гемостаза до 93,8%. **Выводы:** Таким образом, при комбинация эндоскопического склерозирования и лигирования с ИПС благодаря суммированию позитивных лечебных свойств, достигнут наилучший гемостатический эффект, где дозированная, порционная аутогемореинфузия позволяя снизить и стабилизируя портальное давление, укреплялся эффектом склерозирования и облитерации вен – предотвращающий возникновение геморрагического синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Рубцов В.В., студент 610 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н., профессор Цап Н.А.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Цап Н.А.

Цель работы: Сравнить результаты лечения надмышцелковых и чрезмышцелковых переломов плечевой кости у детей. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни (n=85) детей, находившихся на лечении в травматологическом отделении ДГКБ №9 г. Екатеринбурга по поводу над – и чрезмышцелковых переломов плечевой кости. Нами выделены 4 группы пострадавших детей: 1 гр. (n=5) которым было выполнено открытое оперативное вмешательство; 2 гр. (n=3) проведено скелетное вытяжение; 3 гр. (n=12) наложена гипсовая лонгета; 4 гр. (n=65) сделана репозиция с последующей чрезкожной фиксацией отломков спицами. **Результаты:** При изучении анамнеза травмы выяснено, что механизм повреждения при надмышцелковых и чрезмышцелковых переломах типичен и связан с падением ребенка на вытянутую или согнутую в локтевом суставе руку. В первом случае дистальный отломок смещается кзади – разгибательный; во втором – кпереди, так называемый сгибательный перелом. При смещении в ульнарную или радиальную стороны имеется нарушение признака Маркса – перпендикуляр, опущенный по оси плечевой кости на линию, соединяющую два надмышцелка, или проходит мимо, или образует острый угол. При переломах со значительным смещением костных отломков функция сустава выпадает почти полностью, движения причиняют ребенку боль. Рука свисает вдоль туловища и несколько ротирована кнутри. Особую опасность при надмышцелковых и чрезмышцелковых переломах плечевой кости представляют нарушения кровообращения, которые могут быть связаны с наличием нарастающего отека и гематомы, посттравматическим спазмом артерии, со сдавлением смещенными костными отломками магистральных сосудов на уровне локтевого сустава или повреждением их. При выраженном смещении отломков могут отмечаться расстройства иннервации со стороны лучевого, локтевого или срединного нерва. Причем смещение дистального отломка кнутри чаще вызывает посттравматический парез со стороны лучевого нерва, кнаружи – со стороны локтевого и кзади – со стороны срединного нерва. Определение периферического пульса до и после репозиции, исследование чувствительности и двигательной функции пальцев кисти является совершенно необходимой мерой и важнейшим диагностическим приемом. Для 1 гр. характерно наличие открытого перелома или множества отломков. Во 2 гр. есть факт интерпозиции тканей между отломками. В 3 гр. отмечено незначительное смещение костных отломков. В 4 гр. сопоставление было возможно при помощи постановки спиц. Во всех группах достигнута полная консолидация перелома, но были осложнения в виде невропатий и деформации локтевого сустава. При применении чрезкожной фиксации спицами, несомненными достоинствами этого метода являются возможность точной репозиции отломков, и их стабильная фиксация, данные осложнения были устранены. **Выводы:** Таким образом, важным для прогноза является выполнение ранней ручной закрытой репозиции с последующей чрезкожной фиксацией отломков спицами, что влияет на достижение оптимального сопоставления, ранней активации больного ребенка и восстановления функции конечности. При открытых переломах или наличии множественных отломков показано оперативное лечение.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Рузиев Ж.А., ординатор отделения плановой хирургии 2-клиники СамМИ
Азизов Ш.Ф., Солеева Н.Б.

Кафедра детской хирургии СамМИ (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: проф. Шамсиев Ж.А.

Дивертикул Меккеля составляет 2-4% от всех врожденных заболеваний ЖКТ является причиной многих патологических состояний брюшной полости. **Цель работы:** Определить частоту, структуру и клиническую симптоматику осложненного течения дивертикула Меккеля у детей. **Материал и методы исследования:** С 2010 по 2014 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 24 ребенка в возрасте от 5 мес до 15 лет с различными видами осложненного течения ДМ. **Результаты:** Симптоматика ДМ зависела от его осложнений. Самой частой была странгуляционная кишечная непроходимость – 10. У 5 больных выявлена инвагинация, у 7 – дивертикулит, при этом у 4 имелись симптомы острого аппендицита, у 3 больных с клиникой перитонита во время операции выявлен гангренозно-перфоративный дивертикулит. Перфорация ДМ инородным телом – батареей с развитием разлитого гнойного перитонита. Кровотечение из ДМ было у 1 ребенка в возрасте 7 мес. Тактика лечения определялась индивидуально в зависимости от вида и тяжести развившегося осложнения. Резекция ДМ выполнена в 16 случаях, резекция некротизированного участка кишечника с ДМ и анастомозом – 6, резекция с илеостомией – у 2. **Выводы:** Своевременная диагностика, хирургическая коррекция и адекватная интенсивная терапия позволили избежать случаи с летальными исходами и улучшить результаты лечения осложненного ДМ у детей.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ

Рустамов Ш.Х., Есназарова А.К., студенты 310 группы, Самадова Н.А., студентка 319 группы,

Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

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

Несмотря на значительный прогресс в развитии и совершенствовании диагностики и хирургического лечения эхинококкоза лёгких количество больных продолжает неуклонно увеличиваться. **Цель работы:** Оптимизировать применение малоинвазивной хирургии при эхинококкозе легких, которой позволяет существенно снизить травматичность операций, уменьшить частоту и тяжесть осложнений у больных. **Материал и методы исследования:** В нашей клинике прооперировано 14 больных эхинококкозом лёгких. Возраст больных составило 19-70 лет. Эхинококковые кисты выявлены: слева у 3; справа – у 6; с двух сторон – у 3; в сочетании с печенью – у 2. В зависимости от объема и размера эхинококковые кисты были: малые – до 5 см – у 3; средние 5-10 см – у 8; большие – более 10 см – у 3. Основным методом диагностики эхинококкоза легких являлся рентгенологический, включающий многоосевую рентгеноскопию и рентгенографию. Всем 14 больным произведены малоинвазивные хирургические вмешательства. В 3 случаях произведена торакоскопическая эхинококкэктомия троакарным способом и в остальных случаях выполнена видео-торакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. **Результаты:** При малых кистах у 3 больных эхинококкэктомия из легкого выполняли через троакарный доступ. У остальных 11 больных применена миниторакотомия. При локализации кист в верхней доле производили миниторакотомия в 4-5 межреберье, а при кистах нижней доли в 6-7 межреберье. При больших кистах у 3 больных после полипозиционной рентгеноскопии над проекцией кисты производили миниторакотомию без предварительной торакоскопии. Капитонаж полости производили по способу Вахидова или методу Боброва-Спасокуцкого. Всем больным в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива назначали курс химиотерапии альбендазолом 12 мг/кг в течение 40 дней. Больные наблюдались в течение года, рецидивов не отмечено. Осложнения отмечено у одной больной после ликвидации остаточной полости по Вишневному - на рентгенограмме выявлен экссудат в полости, которая пунктирована. В последующем на месте кисты осталась сухая полость. **Выводы:** Таким образом, малоинвазивные хирургические вмешательства при эхинококкозе лёгких у детей с использованием эндовидеохирургической технологии являются альтернативным, часто более предпочтительным способом лечения.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Сагымбаева А.А., интерн 1 года обучения, Сагымбаева А.А., резидент магистратуры 1 года обучения, КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н, профессор Кыжыров Ж.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Улучшить результаты лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом тяжелого течения. **Материал и методы исследования:** Работа основана на результатах обследования и лечения 107 больных острым панкреатитом из них 27 (25,2%) больных с острым деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении ГКБ №7 г. Алматы с 2013 года по 2015 года. Мужчин было 51 (47,7%), женщин – 56 (52,3%). Возраст с 22 лет по 77 лет. Анализ показал, что одним из наиболее важных факторов, определяющих лечебную тактику, течение и прогноз заболевания, является характер панкреатогенного перитонита, который был диагностирован у 12 (44,4%) больных (у 10 (83,3%) - ферментативный, у 2 (16,7%) - фибринозно-гнойный). Перитонит был диффузным и распространенным. Он отсутствовал только у 15 больных с жировым панкреонекрозом. Для верификации формы поражения поджелудочной железы использовали биохимическое исследование (амилаза, трансаминаза), ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование. При эхографическом подтверждении панкреонекроза считали абсолютно показанной экстренную лапароскопию, которая позволяет верифицировать форму деструктивного панкреатита с точностью от 87% до 95%, судить о наличии, характере панкреатогенного перитонита и патологических изменениях желчного пузыря, принципиально определяющих тактику лечения. **Результаты:** Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения, была проведена у 94 больных, и всего в 13 наблюдениях потребовалось выполнение операции. Лечение легкого ОП включал применение базового комплекса консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта в течение первых суток ОП считался тяжелым, пациент подлежал переводу в отделение интенсивной терапии. С целью хирургического лечения использовались как миниинвазивные эндоскопические (видеолапароскопия) и традиционные хирургические операции. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам служили ферментативный перитонит, острые жидкостные внутрибрюшные и забрюшинные скопления, несформированные ранние псевдокисты, абсцессы. Показаниями к традиционным хирургическим вмешательствам были неотграниченный инфицированный панкреонекроз, обширные зоны асептической деструкции, абсцессы с крупными секвестрами, забрюшинная флегмона. **Выводы:** Таким образом, острый панкреатит представляет собой развивающийся во времени процесс, в ходе эволюции которого наблюдается смена фаз и периодов, имеющих важные патогенетические различия и характерные осложнения, определяющие диагностическую и лечебную тактику. При легком ОП методом выбора служит консервативное лечение, другие методы требуются по показаниям. При исследовании тактических подходов и методов лечения при тяжелом ОП установлено, что лечение этих больных должно быть комплексным и может быть эффективно проведено в отделении реанимации, поскольку оно включает методы интенсивной консервативной терапии, методы активной экстракорпоральной детоксикации, малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПУТЕМ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ ЖИВОТА

Сагымбаева А.А., интерн 1 года обучения, Сагымбаева А.А., резидент магистратуры 1 года обучения, КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав. каф. – д.м.н., проф. Алмабаев Ы.А.)

Научные руководитель: д.м.н., проф. Алмабаев Ы.А.

Цель работы: Увеличение противоспаечной эффективности в зоне патологического процесса, путем биоэлектрической стимуляции мышц живота. **Материал и методы исследования:** Работа представляет собой экспериментальное исследование с обязательным наблюдением Европейской конвенции защиты позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей. Экспериментальная часть работы выполнена на лабораторных животных – кроликах. Кролики в количестве 20 гол, возраст – 12-18 месяцев, массой 4-5 кг, из вивария НИИ им Б.Атчабарова со стандартным рационом питания и ухода. Всем лабораторным животным было произведено моделирования спаечной болезни.

Включающие выполнение у кроликов в стерильных условиях комбинированном травмировании париетальных и висцеральных листков брюшины термодесикаризацией (тепловое высушивание) и нанесением насечек с последующей искусственной ишемией кишечника. Лапаротомная рана ушивалась наглухо. Таким образом, модель эксперимента полностью соответствует этапам формирования спаечного процесса у человека. Все кролики были рандомизированно разделены на две группы: I группа – Контрольная. Проведено моделирование спаечной болезни. II группа – Проведено моделирование спаечной болезни и применена в раннем послеоперационном периоде пролонгированная биоэлектрическая стимуляция мышц живота. Способ пролонгированной биоэлектрической стимуляции мышц живота заключается в наложение двух асептических пластинчатых электродов размером 4 x 4 см наложенных на кожу передней брюшной стенке в области проекции средней трети прямых мышц живота в ранней послеоперационный период. Производится стимуляция электрическим током, электрические колебания передаются окружающим тканям и имитируют различные виды функциональных движений. Оценка спаечного процесса проведена путем визуализации макроскопической картины, по шкале предложенным В.А.Липатовым 2004 г. Шкала оценивает спаечный процесс по распространенности и деформации с вовлечением внутренних органов в спаечный процесс по 5 бальной системе в порядке возрастания патологического процесса на 7 сутки эксперимента. **Результаты:** В первой группе лабораторных животных (контрольная) на 7-е сутки спайки сформировались у 100% животных. Во всех случаях в спайкообразовании участвовали поврежденные участки париетальной брюшины, поврежденный купол слепой кишки припаялся к десерозированному участку брюшины. Во второй группе лабораторных животных формирование спаечного процесса в брюшной полости обнаружено не было. **Выводы:** Применение биоэлектрической стимуляции мышц передней брюшной стенки значительно уменьшает частоту и выраженность образования спаек брюшной полости по сравнению с контрольной группой и является надежным методом. Методика биоэлектрической стимуляции воздействует рефлекторно на органы брюшной полости, усиливая перистальтику кишечника. В свою очередь пролонгированная экспозиция приводит к физиологически функционально выгодному положению кишечника, и оказывает механическое воздействие на спайкообразования непосредственно во время фибринозных отложений, которые формируются в течение 3 часов после перенесенной операции, либо формирования спаечного процесса.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Сагымбаева А.А., интерн 1 года обучения, Сагымбаева А.А., резидент магистратуры 1 года обучения, КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф. - д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Оценить результаты трансплантации почек от живых родственных доноров для усовершенствования её технологии. **Материал и методы исследования:** С 31 мая 2012 года по декабрь 2015 год на базе 7-ой городской клинической больницы г. Алматы выполнены 152 операции по трансплантации почки от живого родственного донора. Доноры и реципиенты были разделены на возрастные группы, средний возраст доноров составил 31 лет, реципиентов 38 лет. Среди доноров 77 женского пола, 75 мужского, реципиентов 54 женского пола, 98 мужского. Все реципиенты и доноры были обследованы согласно протоколам. Скорость клубочковой фильтрации оценивалась по формуле Modification of Diet in Renal Disease (MDRD 4). **Результаты:** Анализ клинических результатов производился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 7.0. Кросс-матч на момент операции у всех пар был отрицательным. В 147 (96,7%) случаях выполнялся лапароскопический мануально-ассистированный забор почки и в 5 (3,3%) случаях – открытый забор почки. В 134 (88,2%) случаях была забрана левая почка и в 18 (11,8%) – правая почка. Интраоперационных осложнений во всех 152-х случаях не было. На этапе “backtable” в 28 случаях была выполнена реконструкция почечных артерий трансплантата по типу “бок в бок” и в 8 случаях – по типу “конец в бок”. Что касается почечных вен – в одном случае, одна из вен, меньшего диаметра, была перевязана; во втором случае – обе вены были объединены в один ствол анастомозом по типу “бок в бок”. В 110 (72,4%) случаях артериальный анастомоз был выполнен между почечной артерией донорской почки и наружной подвздошной артерией реципиента по принципу “конец в бок”, в 39 (25,7%) – “конец в конец” между почечной артерией трансплантата и внутренней подвздошной артерией реципиента. Во всех случаях венозный анастомоз был выполнен по принципу “конец в бок” между почечной веной трансплантата почки и наружной подвздошной веной реципиента. Уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА) был выполнен во всех случаях по методу Лича-Грегуара со стентированием JJ-стендами 6 Fr. В плане послеоперационной иммуносупрессии 139 (91,4%) пациентов получали такролимус, микрофенолатамофетил (ММФ) и преднизолон; 13 (8,6%) пациента получали циклоспорин, микрофенолатамофетил и преднизолон. В течение первых 14-и послеоперационных суток, с постепенной редукцией дозы, прием преднизолона прекращался. Выживаемость составила 98% (150 пациентов). Причинами смерти были нефункционирующий трансплантат, развившийся при нарушении режима иммуносупрессивной терапии, гнойно-септические осложнения после травмы, полиорганная недостаточность. Наиболее частыми осложнениями были гематома ложа трансплантата почки (12%), реакция отторжения трансплантата (8%), канальцевый некроз (2%). **Выводы:** 1. Применение лапароскопического мануально-ассистированного забора почки снижает количество осложнений практический на нет и дает хороший косметический эффект. 2. Менее агрессивные схемы иммуносупрессии позволяют снизить риск токсического воздействия препаратов на организм больного, тем самым удлиняя функцию трансплантата. 3. Трансплантация почки от живого родственного донора позволяет получать лучшего качества донорские органы и иметь при этом более благоприятный исход в сравнении с трансплантацией почки от умершего донора. Хотя имеет место риск развития осложнений у доноров почки, что повышает ответственность в проведении данных операций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Сагымбаева А.А., интерн 1 года обучения, Сагымбаева А.А., резидент магистратуры 1 года обучения, КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии (зав. каф.-д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Кыжыров Ж.Н.

Цель работы: Оценить результаты работы индивидуально-активной хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях с учетом клинко-эндоскопической оценки состояния локального гемостаза в динамике и прогностических критериев риска рецидива кровотечения. **Материал и методы исследования:** В работе проанализированы результаты лечения 829 больных в возрасте от 21 до 83 лет с ЯГДК. Мужчин было 532 (64%) женщины - 297 (36%).

Группу повышенного операционного риска составили 256 (30,8%) больных пожилого и старческого возраста, страдающих различными серьезными сопутствующими заболеваниями. У 128 (15,4%) больных желудочно-кишечное кровотечение послужило первым клиническим проявлением язвенной болезни. Активность ЯГДК и степень тяжести кровопотери определили по J. Forrest (1974 г.) и по А.И. Горбашко (1982 г.). Для определения хирургической тактики использовали эндоскопические данные о состоянии локального гемостаза как устойчивый и неустойчивый. (В. П. Петров с соавт. 1987). Прогнозирование риска рецидива кровотечения с учетом комплексной интерпретации клинико-лабораторных показателей и данных локального гемостаза, полученных при активной контрольно-динамической видеоскопии проводили через 6, 12, 24, 48 и 72 ч при подозрении на рецидив кровотечения. **Результаты:** Из 829 обследованных пациентов оперативное вмешательство произведено 327 (39,4%). Хирургическая активность составила 39,4%. Неотложные операции выполнены 315 (96,3%) больным, в том числе экстренные - 230 (73%). Всем больным произведено гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда. Из них умерли 18 (7,4%) больных. И срочные - 85 (27%). У 69 больного - гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда, у 16 больных - резекции 2/3 желудка, из них по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера у 10 больных и по Бильрот-I у 6 больных. В этой группе умерли 4 больных после гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы (3) и резекции желудка (1). Ранние плановые операции - 5 (2,0%) больным. Летальности нет. После неотложных операций умерли 22 (7%) больных. Послеоперационная летальность - 6,7% (из 327 больных умерли 22). Общая летальность - 7,3% (из 829 больных умерли 61). Анализ послеоперационной летальности в зависимости от сроков выполнения хирургических вмешательств и возраста умерших показал, что в группе больных, оперированных в неотложном порядке, лица старше 60 лет составили 61,1% (т.е. 11 из 18 умерших). Активная хирургическая тактика позволила снизить послеоперационную летальность с 12,2% до 6,7%, общую летальность с 10,7% до 7,3%. **Выводы:** Активная хирургическая тактика, выбор оптимального срока, объема и метода оперативного вмешательства больных с ЯГДК должны носить индивидуально-дифференцированный характер. Послеоперационная летальность составила 6,7%, общая - 7,3%. На основании сравнительной оценки эффективности органосохраняющих операций и резекции желудка, выполняемых по неотложным показаниям целесообразно применения резекции желудка по Бильрот-II как операции, патогенетически более обоснованной, дающей низкую послеоперационную летальность.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Садуллаев Ж.С., Хужанова С.У., студенты 309 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. - к.м.н. Мустафакулов И.Б.)

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

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных послеоперационной недостаточности анального сфинктера. **Материал и методы исследования:** С 2010-2015 гг. на стационарном лечении с диагнозом послеоперационная недостаточность анального сфинктера в отделении проктологии клиники СамМИ состояло 43 больных. Из них 22 (51,1%) мужчин, 21 (48,9%) женщины. Возраст больных с 18 по 71 лет. Все больные до поступления в наш стационар с 1 до 5 раз перенесли операции по поводу геморроя, анальной трещины, острого и хронического парапроктита в различных больницах республики. Операции в основном производились хирургами общего профиля. Из 43 больных перенесших операции по поводу параректальных свищей 21 больным, у 12 свищ был транссфинктерный, у 10 экстрасфинктерный. Степень недостаточности анального сфинктера определяется анатомическими изменениями в анальном канале и промежности. Учитывая эти изменения, мы разделили больных на 3 группы. В I группе (12 больных (27,9%)) деформация кожи и слизистой анального канала сопровождается нарушением сократимости сфинктера. У 7 больных этой группы наблюдалась недостаточность сфинктера I степени, что удалось устранить применением лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур. У остальных 5-х больных с недостаточностью сфинктера II степени произведена сфинктеропластика. У 3-х больных II группы (19 больных (44,2%)) с недостаточностью сфинктера I степени удалось восстановить мощность сфинктера анального жома с помощью консервативных методов. Остальным больным этой группы произведена операция - у 6 больных сфинктеропластика, у 10 больных сфинктеролеваторопластика. У больных с нарушением целостности сфинктера, с деформацией анального канала и промежности наблюдалась недостаточность сфинктера III степени (12 больных (27,9%)). Из них у 9-х больных произведена сфинктеролеваторопластика. Из 43 больных у 37 произведены операции: сфинктеропластика - 8, сфинктеролеваторопластика - 29. Сфинктеропластика произведена при мышечном дефекте менее 1/3 диаметра анального канала. Если мышечный дефект находится в передней или задней половине, то наряду со сфинктеропластикой осуществляется укрепление данной области с использованием медиальных порций мышцы поднимающей задний проход. **Результаты:** Изучены отдаленные результаты у 37-х прооперированных больных. Если у больного отсутствуют жалобы на недостаточность сфинктера и данные сфинктеромометрии нормальные результаты оцениваются как хорошие. Хорошие результаты наблюдались у 28 больных (75,6%). Если в результате операции недостаточность анального сфинктера переходит на одну степень в сторону улучшения, результаты оцениваются как удовлетворительные. Такие результаты наблюдались в 21,6% случаев (у 8 больных). У 2-х больных (5,4%) отмечались неудовлетворительные результаты. У этих больных послеоперационный период осложнялся нагноением ран. **Выводы:** Таким образом, послеоперационная недостаточность анального сфинктера обусловлена неадекватной хирургической тактикой при операциях на прямой кишке, интра- и послеоперационными осложнениями. При выборе хирургической тактики в лечении послеоперационной недостаточности анального сфинктера наряду со степенью сфинктерной недостаточности необходимо учитывать анатомические изменения анального канала и промежности и объем мышечного дефекта сфинктера.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Саидмуродов К.Б., Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Мардонов Б.А. ассистенты

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (зав. каф. - доцент Курбаниязов З.Б.)

(научный руководитель: доцент Курбаниязов З.Б.)

Одной из актуальных проблем современной эндокринной хирургии, является проблема подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом. Актуальность данной проблемы связана с множеством вопросов затрагивающих как выбор оперативного вмешательства, так и способы уменьшения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. На современном этапе существуют две школы, придерживающиеся различных мнений в вопросе способа хирургического подхода к лечению данного контингента больных основывающегося на возможности оставления паренхимы щитовидной железы, либо ее полного удаления. Одна из школ предпочитает произведение тотальной тиреоидэктомии у больных диффузно-токсическим зобом, другая же придерживается субтотальной тиреоидэктомии. Для

выработки индивидуального подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом мы решили условно разделить данный контингент больных на две группы и подвергнуть анализу две методики оперативного вмешательства. Нами в клинике СамГосМИ было прооперировано 37 больных диффузно-токсическим зобом. Первая группа включала 18 больных, которым была произведена субтотальная тиреоидэктомия. Вторую группу составляли 19 больных, которым была произведена тотальная тиреоидэктомия. Подготовка больных к операции в обеих группах производилась по стандартной методике включающей применение тиреостатиков, седативных препаратов, β -адреноблокаторов и за 2 недели до предполагаемого оперативного вмешательства производство дублирования щитовидной железы путем дачи препаратов йода. Все больные шли на операцию в состоянии гипотиреоза. Обе оперируемые группы были идентичны в отношении степени увеличения щитовидной железы и пола пациентов. Методика субтотальной тиреоидэктомии не отличалась от общепринятой. Оперативное вмешательство заканчивалось сохранением около 8 граммов паренхимы щитовидной железы в области верхнего полюса левой доли железы. Проведенный как ближайшего, так и отдаленного анализа послеоперационных осложнений, у данной группы больных, показал, что рецидив диффузно-токсического зоба наблюдался в 2 (11,1%) случаях, гипотиреоз был зафиксирован также в 2 (11,1%) случаях. Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался в одном случае. Во второй группе больных при проведении тотальной тиреоидэктомии, при всей тщательности выполнения операции, все-таки оставалось от 2 до 3 граммов паренхимы щитовидной железы примыкающей к трахее. Анализ результатов показал, полное отсутствие рецидива диффузно-токсического зоба у данной группы больных, что касается гипотиреоза, то он был зафиксирован в 3 (15,7%) случаях. В 1 случае гипотиреоз был тяжелой степени и в 2 - средней тяжести. Кроме этого в 2 случаях в данной группе больных наблюдался транзиторный гипопаратиреоз. Данным больным была произведена медикаментозная коррекция гипотиреоза в послеоперационном периоде. Таким образом, мы пришли к заключению, что оставление 2-3 граммов паренхимы щитовидной железы, как в области трахеи, так и в других отделах ложа щитовидной железы в большинстве случаев замещает функцию всей щитовидной железы. Также нет большой необходимости при проведении тотальной тиреоидэктомии добиваться полного удаления всей паренхимы щитовидной железы, и существует возможность оставления от 2 до 3 граммов без опасения возникновения рецидива заболевания.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саидахмедова Д.А., студентка 407 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (зав. каф. - доцент Курбаниязов З.Б.)
(научный руководитель: доцент Курбаниязов З.Б.)

По данным ведущих отечественных и мировых эндокринологических центров на сегодняшний день различные эндокринные и неэндокринные заболевания щитовидной железы имеют стойкую тенденцию к увеличению. Распространенность заболеваний щитовидной железы по оценкам различных исследователей составляет от 3 до 7% среди населения, достигая 46-50% в группе лиц старше 35-40 лет. **Материал и методы исследования.** В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2008 по 2015 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 тиреостатика до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 больным с эу- и гипотиреозом 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 выводы:** 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 тиреоидные гормоны после операции.

ЗНАЧЕНИЕ ОСТ В ОЦЕНКЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ГЛАУКОМНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Саидов Т.Т.

Кафедра глазных болезней ТМА

Научный руководитель: д.м.н. проф. Бахритдинова Ф.А.

На сегодняшний день очевидно, что при глаукоматозной оптической нейропатии (ГОН) все более перспективными становятся нейропротекторное и нейрорегенеративное лечение. В связи с этим использование препарата танакан высоко приветствуется как основной нейропротектор, предупреждающий повреждение клетки от ГОН. Однако, в таблетированной форме препарат имеет отсроченный накопительный эффект, использование эндоназального электрофореза

ускоряет терапевтический эффект последнего. Следовательно, метод основанный на комбинированном действии гальванического тока и фармацевтических веществ более приемлемый в лечении заболеваний заднего отрезка глаза. **Цель работы:** Клинико-функциональная оценка нейропротекторной активности комплексного лечения глаукомной оптической нейропатии с введением препарата танакан в виде эндоназального электрофореза по данным оптико-когерентной томографии (ОСТ). **Материал и методы исследования:** Исследования проводились во второй клиник ТМА. Было обследовано 60 больных (100глаз) с ГОН в условиях компенсации ВГД в возрасте от 18 до 55лет. Все больные были разделены на две однородные группы в зависимости от степени ВГД и возраста больного. В контрольной группе 30 больных (52глаз) получили традиционную терапию в течение 10 дней. В основной группе 30 больных (48глаз) наряду с традиционной терапией получили эндоназальный электрофорез с препаратом танакан 1 раз в день в течение 10 дней. Общеофтальмологические исследования были проведены до и через 3 месяца после лечения а также все больные были обследованы методом ОСТ до и через 1 месяц после лечения. **Результаты:** Средняя острота зрения пациентов двух групп до лечения была $0,02 \pm 0,01$. У пациентов в контрольной группе на 3 месяц исследования острота зрения улучшилась на $0,04 \pm 0,02$, что превышала в 2 раза исходные значения. В основной группе острота зрения повысилась до $0,08 \pm 0,02$, что была в 4 раза больше исходного значения. Среднее поле зрения пациентов в двух группах до лечения было $210 \pm 15^\circ$. В контрольной группе пациентов на 3 месяц поле зрения расширилось на $260 \pm 20^\circ$ что было на 1.23 раза выше исходных значений, в основной группе этот показатель был на 1,43 раза выше исходного, что составило почти $300 \pm 20^\circ$ ($p < 0.05$). Соотношения динамики Э/Д и площади нейроретинального пояса (НРП мм²) по данным ОСТ в основной группы пациентов до лечения были $0,54 \pm 0,07$ и $0,73 \pm 0,08$ ($p < 0.05$), после лечения данные показатели были в пределах $0,49 \pm 0,05$ и $0,85 \pm 0,05$ ($p < 0.05$) соответственно, показатель средней толщины перипапиллярного слоя нервных волокон сетчатки (СНВС мкм) в основной группе до лечения был $83,98 \pm 4,5$ после лечения этот показатель был равен $96,5 \pm 3,9$. **Выводы:** Введение эндоназального электрофореза с препаратом «танакан» в комплексном лечении ГОН задерживает развитие атрофии зрительного нерва и наряду с улучшением зрительных функций удлиняет положительный эффект основного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУПОЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ.

Салимов А., студент 611 группы, Худойкулов З., студент 704 группы, Дустбеков М., студент 611 группы, Ахмедов И., студент 310 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: проф. Ахмеджанов И.А.

Цель работы: Изучить результаты лечения пупочных свищей у детей. **Материал и методы исследования:** За период с 2010 по 2012 годы на обследовании и лечении находилось 15 детей с диагнозом «Свищ пупка». Детей до 1 года было 7 и от 1года до 3-х лет было 8 больных. Мальчиков было 6, девочек – 9. Диагноз устанавливался на основании зондирования и фистулографии. **Результаты:** Свищи пупка вызванные не облитерацией желточного протока выявлены у 10 детей. Из них полные свищи были у 3-х и неполные у 10 больных. Свищи урахуса диагностированы у остальных 5 пациентов, полные свищи у 4 и неполные у 1 ребенка. 14 из 15 обследованных детей неоднократно лечились по месту жительства по поводу «мокнущего пупка». 10 детям было произведено хирургическое лечение «Удаление свища». У одного ребенка после консервативных мероприятий свищ закрылся. 4 больным была выполнена электрокоагуляция. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Повторных обращений не наблюдалось. **Выводы:** Все дети с мокнущим пупком должны быть осмотрены детским хирургом. Если консервативные мероприятия не помогают, обследование и лечение таких больных должны производиться в специализированных стационарах.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ

Салихов Д.Б., резидент магистратуры 1 года обучения, Эсергапов С.Н., резидент магистратуры 2 года обучения, Имомов Ш.Ш., резидент магистратуры 1 года обучения
Курс урологии (зав. курсом - доц. Шодмонова З.Р.) СамМИ
Научный руководитель: доц. Шодмонова З.Р.

В структуре всех повреждений органов мочеиспускания повреждения почек составляют 1-5%. Успех лечения травм в первую очередь зависит от точной и своевременной диагностики повреждений различных органов и систем, а также их осложнений. При политравмах больные поступают в стационар часто с явлениями шока или без сознания. **Цель работы:** Определить значение, последовательность и своевременность вспомогательных методов в диагностике повреждений почек и мочевыводящих путей у больных с политравмами. **Материал и методы исследования:** В СФРНЦЭМП за 2014-2016 г.г. под нашим наблюдением находились 138 больных с политравмами, из них мужчин - 112 (82%), женщин - 22 (18%). По механизму травм чаще всего встречались автодорожные -79 (56,8%); остальные - 59 (43,2%) случаев составили больные с бытовыми, уличными и спортивными травмами. Травмам почки сопутствовали повреждения органов живота и брюшинного пространства наблюдалось - 26 (19%) случаев, опорно-двигательного аппарата у - 80 (58%) больных и черепно-мозговая травмами у - 32 (23%) пациентов. **Результаты:** При закрытой травме органов брюшной полости и брюшинного пространства чаще всего наблюдалось повреждения печени - 25,9%, желудочно-кишечного тракта - 23,7%, селезенки - 22,8%, в 12,5% случаев мочевого пузыря, повреждения почек - 15,1% случаев. В диагностике повреждений почек и мочевыводящих путей наряду с клинико-лабораторными исследованиями больным проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости и брюшинного пространства, с помощью которого не всегда удавалось определить степень травматизации почки. Поэтому некоторым больным по показаниям проводилась обзорная и контрастная мультиспиральная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография почек. Эти методы исследования дали возможность выявить наличие гематомы или урогематомы паранефральной клетчатки у 22-х (15,9%) больных, разрывы почки и ее фиброзной капсулы в - 16 (11,6%) случаях. Использование контраста при мультиспиральной компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии значительно улучшало возможность определения степени повреждения почек и мочевыводящих путей. При повреждениях нижних мочевых путей нами проводилось ретроградная уретроцистография, (в том числе и напряженная) у 11 больных. В сомнительных случаях проводилась диагностическая лапароскопия (17) или лапаротомия(12) больных. **Выводы:** Таким образом, ультразвуковые исследования, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография почек и мочевыводящих путей являются высокоточными эффективными методами исследования при ранней диагностике и определении тактики лечения у больных с повреждениями почек и мочевыводящих путей при политравмах.

ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Собиров Э.Ж., резидент магистратуры 2 года обучения ТашПМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - проф. Агзамходжаев Т.С.)

Научный руководитель: проф. Агзамходжаев Т.С.

Известно, что формирование перитонита зачастую сопровождается интенсификацией процессов свободно-радикального окисления, напряжением антиоксидантной системы. **Цель работы:** Изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита у детей. **Материал и методы исследования:** 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:** Исследования выраженности нарушений динамики клинико-лабораторных показателей и параметров ООА и ОАА позволили выявить манифестирующие биохимические звенья развития интоксикации в ранний послеоперационный период. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза. У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение 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 диапазоны значений этих параметров становятся приближенными. Концентрация гемоглобина и уровень гематокрита при летальном исходе были меньше на 16% и на 8% соответственно, чем у больных токсической стадией перитонита. Количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось на 1 сутки после операции до 22%, на 3 сутки этот показатель составил 18% (у выживших - 12%). **Выводы:** Таким образом, у больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантно-го 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.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Степаненко В.А., асс. БГМУ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тодорико Л.Д.

Аденому щитовидной железы по морфологической структуре и клиническому течению долгое время относили к доброкачественным опухолям, которые возникают наиболее часто у молодых женщин. Однако, если доброкачественные опухоли легких наблюдаются в виде одиночных узлов разной величины, то при аденоме могут возникать метастазы в легких в виде диссеминации. Последние распространяются преимущественно гематогенным путем, о чём свидетельствуют многочисленные узелковоподобные тени и двухсторонняя симметричная их локализация. Развитие клинических проявлений может быть как постепенное, доброкачественное, так и относительно быстро прогрессирующее. Большинство авторов считают, что метастазы аденомы щитовидной железы характеризуются постепенным развитием с последующим. Диагностика метастазов в легкие аденомы щитовидной железы нередко связана с определенными трудностями. Рентгенологическая картина напоминает диссеминированный туберкулёз, канцероматоз, саркоидоз и другие диссеминации. В течение 10 лет нами наблюдалась молодая женщина 20 лет, которая была выявлена флюорографически с диссеминацией в легких. С подозрением на диссеминированный туберкулез обследовалась в противотуберкулезном диспансере. При поступлении больная жалоб не предъявляла. Результаты объективного обследования: акроцианоз, увеличены шейные лимфатические узлы, щитовидная железа без изменений. Тоны сердца несколько приглушены, склонность к тахикардии. В легких дыхание везикулярное с жестковатым оттенком в средних и нижних отделах. Рентгенологически - рассеянные узелковые тени диаметром от 3 до 7 мм с четкими ровными контурами, гомогенные, расположены на всем протяжении легких от верхушек до куполов диафрагмы. Для уточнения диагноза был исследован биоптат периферического лимфоузла, в котором была обнаружена ткань нормальной щитовидной железы. Установлен клинический диагноз: Аденома щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы шеи и легких. Узловатый зоб II ст., ЛСН 1 - II ст. При повторном обследовании через 6 месяцев у больной появились жалобы на одышку, общую слабость, плохой аппетит, потерю в весе. Со стороны сердечно-сосудистой системы - тахикардия. В легких - везикулярное дыхание с жестким оттенком, крепитация в нижних отделах. Рентгенологически, больше в средних и нижних отделах, наблюдалось увеличение узелковоподобных теней с четкими контурами, местами в виде конгломератов. В дальнейшем у больной было три беременности, которые закончились выкидышами и после которых диссеминация в легких прогрессировала. От предложенной химиотерапии больная отказалась. Больная скончалась от сердечнососудистой недостаточности. Данные нашего наблюдения свидетельствуют о том, что метастазы аденомы щитовидной железы в легкие могут длительный период времени протекать бессимптомно или малосимптомно, прогрессирование процесса наблюдалось после неудачных беременностей и связанных с ними гормональными перестройками организма. Вместе с тем, наблюдаемый нами случай подтверждает существующую в литературе мысль о том, что метастазирующая аденома щитовидной железы по своему клиническому течению является злокачественным образованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Сувонов М.Т., Асадов Т.Ш., Курбонов Н.А., резиденты магистратуры 3 года обучения СамМИ
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ
(зав. каф. – к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.)

Цель работы: Улучшить результаты эндоскопических вмешательств у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты комплексного клинического обследования и лечения 66 пациентов с ЦП и синдромом портальной гипертензии (ПГ), наблюдавшихся с 2010 по 2015 годы в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 45 (68,2%), женщин 21 (31,8%), в возрасте от 18 до 65 лет. Все больные были поделены на две группы исследования. В основную группу составили 34 пациентов, которым произведена ЭС с применением усовершенствованного инжектора и последующей локальной компрессией зоны склеротерапии эндоскопическим пневматическим зондом-обтуратором, разработанным в нашей клинике. В контрольную группу включено 32 пациента, которым проводилась стандартная ЭС с последующей установкой зонда Блекмора-Сенгстакаена. **Результаты:** Исследования показали, что применение эндоскопического зонда-обтуратора после выполненной ЭС позволяет осуществить топическую компрессию зоны кровотечения и соответственно повысить показатель эффективного гемостаза с 65,6% в контрольной группе, до 85,3% – в основной. Не мало важным вопросом является устойчивость гемостаза в ближайший и отдаленный периоды. Из всей группы больных (66) у 26 (39,4%) больных на момент поступления отмечено продолжающееся кровотечение, у остальных – 40 (60,6%) состоявшееся, при этом в сроки до 7 суток после поступления в основную группу применение локального зонда-обтуратора оказалось неэффективным у 2 больных, но было примерно в 2 раза ниже, чем в контрольной группе, среди пациентов которой рецидив кровотечения из ВРВП отмечен у 4 пациентов. Из всех больных с неэффективной ЭС (5 – 14,7% в основной группе и 11 – 34,4% в контрольной группе) экстренные оперативные вмешательства произведены только 10 (3 и 7 соответственно) больным, что составило 18,5%. В остальных случаях традиционные оперативные вмешательства были противопоказаны вследствие тяжелого функционального класса С у этих пациентов, в связи с чем им предпринимались попытки консервативного гемостаза с применением зонда Блекмора-Сенгстакаена. В основной группе больных из-за рецидива кровотечения были оперированы 3-е больных. Из них 2 больных умерли из-за нарастающей печеночно-почечной недостаточности на фоне достигнутого гемостаза. Таким образом, предложенная методика ЭС с применением эндоскопического зонда обтуратора, позволяющая прицельно подвергать компрессии зону активного или состоявшегося кровотечения из ВРВП, позволила не только в 2,5 раза снизить риск развития раннего рецидива геморагии (с 34,4% до 14,7%), но и сократить уровень летальности с 21,8% случаев (в контрольной группе) до 11,8% случаев (в основной группе). Обобщая ближайшие результаты ЭС в сравниваемых группах можно констатировать следующее. У больных ЦП с ПГ применение эндоскопического зонда-обтуратора для визуальной локальной компрессии зоны склеротерапии позволяет повысить эффективность методики с 65,6% (у 21 из 32 больных) до 85,3% (у 29 из 34 больных), уменьшить частоту неэффективного гемостаза при активном кровотечении из ВРВП с 31,1% до 16,9%, снизить частоту раннего рецидива кровотечения с 34,4% до 14,7% и соответственно сократить уровень летальности в этой тяжелой категории пациентов с 21,8% до 11,8%. **Выводы:** Применение усовершенствованных методик инструментального гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, позволяет адекватно оценить и обнаружить источник кровотечения и повысить эффективность проведения экстренной ЭС.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сулаймонов А.Л., студент 607 гр. пед. факультета, Обидов Ш.Х., резидент магистратуры, Ахмедов Г.К., ассистент
Кафедра хирургических болезней пед. факультета (зав. каф. - доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: доц. Бабажанов А.С.

По данным ВОЗ в последние годы около 20% пациентов страдают сочетанной хирургической патологией. В среднем у 10-15% пациентов, оперированных по поводу ventральных грыж, возникает рецидивы заболевания, а после операций по поводу рецидивных грыж частота нового рецидива увеличивается в 2-3 раза. Одновременное избавление больного от двух и более хирургических заболеваний является объективной реальностью. Дополнить герниопластику абдоминопластикой, является восстановлением морфологического состояния брюшной стенки, который влияет на развитие комплекса психоэмоциональной, физической, а также социальной неполноценности. **Цель работы:** Улучшить хирургическую тактику у больных с ventральными грыжами и сопутствующими заболеваниями. **Материал и методы исследования:** Наш клинический материал состоит из 44 больных оперированных в I и II хирургических отделениях Самаркандского городского медицинского объединения с 2013 года по 2015 года. Возраст колебался от 24 до 72 лет, в среднем 37 лет. Из них женщин было 39 (88,6%) больных, а 5 (11,4%) пациентов был мужского пола. Всем больным исследованы по стандарту. В нашей работе мы использовали Международную Мадридскую классификацию ventральных грыж по Chevrel J.P., Rath A.M. У 34 (77,3%) пациентов имелась сопутствующая абдоминальные заболевания: у 23 (52,3%) больных желчнокаменная болезнь, у 3 (6,8%) эхинококк печени, а у 8 (18,2%) пациентов миома матки. Всем больным произведена симультаные операции, которые включает в себя устранение патологического процесса органов брюшной полости и герниопластика. Больные распределены на две группы. Основную группу составили 25 (56,8%) больных, им проводилось герниопластика дополненной абдоминопластикой, и контрольная группа – 19 (43,2%) больных. Им произведено грыжесечение без абдоминопластики. 11 (44%) больным в основной группе, при подозрении на развития компартмент синдрома послеоперационном периоде произведена частичная или субтотальная оментэктомия (смотря по стадии компартмента), для увеличения объема брюшной полости. **Результаты:** В отдаленном послеоперационном периоде у больных основной группы осложнений не наблюдалось. У 4 больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось местные осложнения (у 3 (13,6%) пациентов серома и у одного (4,5%) гематома). В контрольной группе в ближайшем послеоперационном периоде у 3 больных наблюдалось компартмент синдром III-IV степени осложненной сердечно-легочной недостаточности и 6 больным местные осложнения. В 3 случаях наблюдалось рецидивы грыжи. **Выводы:** Одномоментное устранение сопутствующей хирургической патологии и удаление значительного количества подкожно-жировой ткани в области живота с избыточным отвисшим кожным лоскутом (симультанная герниоабдоминопластика) повышает радикальность реконструктивной герниопластической операции и устраняет эстетические неудобства.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Сулейманова Н.Ш., Атамуратов В.Р., резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М.)
Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

Синдром повышения внутрибрюшного давления (СПВД) - это патология характеризующаяся повышением внутрибрюшного давления и приводящая к полиорганной недостаточности. СПВД не всегда может привести к нарушению функционирования внутренних органов и к различным осложнениям, поэтому правильнее было бы разделять компартмент сидром и СПВД. Для измерения внутрибрюшного давления используется методика введения жидкости в мочевоый пузырь. Измерение внутрипузырного давления отражает давление в брюшной полости. По методике изложенной в многочисленных практических руководствах необходимо ввести от 100 до 200 мл жидкости. **Цель работы:** Определение количества жидкости, которое достаточно для выявления нормального внутрибрюшного давления (ВД). **Материал и методы исследования:** Исследование проведено у 22 пациентов. Изучено изменение величины внутрибрюшного давления после введения и последующего сливания изотонического раствора фурацилина температурой 32-37°C. Для определения ВД у пациентов использовался катетер Фоллея. Пациент лежал на спине, ему устанавливался катетер и вводилась жидкость. Потом подсоединялся катетер от систем переливания жидкости и измерялся уровень ВД. **Результаты:** Установлено, что при введении в мочевоый пузырь 25, 50, 75 и 100 мл изотонического 0,02% раствора фурацилина давление в брюшной полости составило $9,5 \pm 5,3$; $10,8 \pm 5,3$; $11,6 \pm 5,1$ и $12,4 \pm 5,2$ см вод. ст. соответственно. При введении жидкости до 50 мл не наблюдалось синхронного колебания связанного с дыханием больного. После 50 мл уже можно было отмечать синхронность дыхательных движений и колебаний уровня ВД. **Вывод:** Для измерения внутрибрюшного давления объём вводимой в мочевоый пузырь жидкости 50 мл является оптимальным по объёму. По мере увеличения количества жидкости параллельно увеличиваются и показатели ВД, что надо учитывать при проведении научных исследований.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВНУТРИ БРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ

Сулейманова Н.Ш., Атамуратов В.Р., резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М.)
Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

Повышение давления в замкнутых полостях нашего организма встречается достаточно часто. Высокое давление в замкнутой полости приводит к нарушению кровообращения, гипоксии, дисфункции органов. Особенно при накоплении жидкостей в грудной и полости перикарда. В отличие от них повышение давления в брюшной полости не всегда выясняется и не всегда приводит к угрожающим для организма состояниям. Вероятно, в силу этого фактора этому синдрому ранее не придавалось достаточно внимания. В последние годы количество работ посвященных этой патологии стало увеличиваться. Однако работ в сравнительном аспекте в зависимости от возраста мы в доступной литературе не обнаружили. **Цель работы:** Исследование посвящено определению количества жидкости необходимого для измерения внутрибрюшного давления (ВД) у молодых и пожилых пациентов. **Материал и методы исследования:** Исследование проведено у 30 пациентов хирургического отделения (1 группа - 15 в возрасте до 20 лет и 2 группа - 15 в возрасте старше 50 лет), госпитализированных по поводу оперативного вмешательства при варикозном расширении вен конечностей, не имеющих грыж, а так же не оперированных в анамнезе. Определение (ВД) проведено по методике изложенной в монографии... **Результаты:** Нами установлено, что при введении в мочевоый пузырь 25, 50, 75 и 100 мл изотонического 0,02% раствора фурацилина давление в брюшной полости составило $9,5 \pm 5,3$; $10,8 \pm 5,3$; $11,6 \pm 5,1$ и $12,4 \pm 5,2$ см вод. ст. соответственно. Ошибка измерений при повторном введении равных объёмов фурацилина - $4,4 \pm 4,0\%$. При введении жидкости до 50 мл не наблюдалось синхронного колебания связанного с дыханием больного. После 50 мл уже можно было отмечать синхронность дыхательных движений и колебаний уровня ВД. Введения 75 мл было достаточно для определения величины ВД у молодых. Во 2 группе было введено то же количество жидкости как и у молодых. Установлены более низкие показатели: $8,6 \pm 3,3$; $9,1 \pm 4$; $19,6 \pm 4,1$ и $10,2 \pm 4,1$ см вод. ст. соответственно. Синхронность дыхательных движений и колебаний уровня ВД отмечено при введении 100 мл вод.ст. **Выводы:** Для определения величины ВД у пожилых необходимо введение большего количества жидкости - до 100 мл. Уровень ВД у пожилых несколько снижен, вероятно в силу снижения тонуса мышечной стенки мочевоого пузыря.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОМПАРТМЕНТ -СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Сулайманова Н.Ш., резидент магистратуры 3 года обучения,
Мурадов С.С., Пардаев О.Ш., студенты 705 группы медико - педагогического факультета СамМИ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М.)
Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

Большие вентральные грыжи передней брюшной стенки при вправлении грыжевого содержимого вызывают повышение брюшного давления в послеоперационном периоде. Подготовка этой категории больных является актуальной проблемой герниологии на сегодняшний день. **Цель работы:** Разработка специального приспособления для подготовки больных с большими грыжами передней брюшной стенки в предоперационном периоде. **Материал и методы исследования:** Исследованию подвергнуты 46 больных, разделенных на 2 группы в зависимости от метода предоперационной подготовки в возрасте от 60 до 69 лет. В 1 группе были 22 больных, которым в подготовке к операции применялись традиционные методы, во 2 группе из 24х больных использовался наш способ, заключающийся в применении специального бандажа с включенным в него манжетой аппарата Рива-Рочи для вправления и сдавления грыжевого содержимого. Приспособление устанавливали вокруг пояса и поднимали давление в нем до уровня, при котором пациент чувствовал затруднение дыхания. Затем снижали давление на 10 мм рт ст. В течение дня больной ходил с таким давлением. На следующий день опять проводилось поднятие давления на 10 мм рт ст. В течении недели ежедневно проводились такая манипуляция. У больных определяли АД, ЧД, внутри-брюшное давление (ВД), SpO₂. **Результаты:** Определено, что при поступлении и перед операцией у больных показатели в обеих группах не имели различий: АД 130/80 мм рт ст., ЧД 22+1,2 в мин, пульс 82+3,4/мин, SpO₂ 94+4,6%, ВД - 6.0 мм вод ст. Однако после операции показатели начинали различаться: в 1 группе АД 145/90 мм рт ст., ЧД 32+2,2 раза в мин, пульс 94+3,2 раза в мин, SpO₂ 90 +3,6%, ВД 12.2+2,3 мм вод ст., а с применением бандажа АД 128/90 мм рт ст., ЧД 24+2,1 раза в мин, пульс 84+2,2 раза в мин, SpO₂ 96+3,2%, ВД 8.7+2.2 мм вод ст.

При подготовке традиционным методом для адаптации было необходимо 6 дней, по нашему методу – 3. Больные были выписаны в 1 группе на 7 день в среднем, а во 2й – на 4 день. **Выводы:** Применение разработанного специального приспособления для подготовки больных с большими паховыми грыжами предупреждает проявление компартмент-синдрома, улучшает показатели гемодинамики и дыхательной системы, снижает количество койко-дней необходимых для излечения больных.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОМ ПОЧЕЧНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Тилляшайхов М.Н., проф., Газиев Л.Т., асс., Саидов Э.М., резидент магистратуры
Кафедра онкологии и лучевой диагностики (зав. каф. - проф. Атаханова Н.Э)

Научный руководитель: проф. Тилляшайхов М.Н.

Цель работы: Изучить результаты лечения больных почечно-клеточным раком с опухолевым тромбом почечной и нижней полой вены. **Материал и методы исследования:** В исследование включены 35 больных с диагнозом почечно-клеточный рак с опухолевым тромбом почечной вены и нижней полой вены за период 2013-2015 гг. Женщин было 8 (22.8%), мужчин 27 (77.2%). Возраст больных варьировал от 18 до 76 лет. Средний возраст – 55.6 лет. **Результаты:** Всем больным было произведена радикальная нефрэктомия с тромбэктомией срединным доступом. Верхняя граница тромба располагалась ниже печеночных вен у 30 (85.7%), ретрогепатически у 2 (5.7%), ретроградно у 3 (8.6%). Морфологическое исследование опухолей по результатам оперативного вмешательства позволило верифицировать их принадлежность. Чаще всего встречался светлоклеточный рак у 29 (82.5%), реже – железистый у 6 (17.5%). Лифодиссекция выполнена всем пациентам, в том числе правосторонняя 15 больным, а левосторонняя 20 больным. Показанием к расширению оперативного лечения служили макроскопически измененные парааортальные и паракавальные лимфатические узлы. Удаление лимфатических узлов начиналось от ножки диафрагмы и продолжалось вдоль нижней полой вены или аорты вплоть до их бифуркации. Границами удаляемой клетчатки являлись: латерально – ипсилатеральный мочеточник, верху – диафрагма, снизу – бифуркация аорты и внутреннее паховое кольцо, сзади – поясничная мышца, медиально – нижняя полая вена при правостороннем поражении и аорта – при левостороннем. Иссечение забрюшинной клетчатки с лимфатическими узлами проводилось по методике en block, что уменьшало лимфорею интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде. В раннем послеоперационном периоде умерло 2 пациента (5.7%) вследствие тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Из 35 больных за это время умерли 18 (51%) и 17 (49%) находятся под наблюдением. **Выводы:** Активный хирургический подход к больным с опухолевым тромбом нижней полой вены является эффективным методом лечения. Радикальное удаление тромба любой протяженности дает шанс на выздоровление больным. Срединный лапаротомный оперативный доступ является оптимальным методом, так как дает широкий обзор оперативного поля. Удобен при мобилизации нижней полой вены на всем протяжении.

ХИРУРГИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ: ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Тилляшайхов М.Н., проф., Газиев Л.Т., асс., Саидов Э.М., резидент магистратуры
Кафедра онкологии и лучевой диагностики (зав. каф. - проф. Атаханова Н.Э)

Научный руководитель: проф. Тилляшайхов М.Н.

Ежегодно во всем мире выявляется 270 тыс. больных РП. Актуальность хирургического лечения местно-распространенного РП не вызывает сомнений. Это объясняется частотой выявления данной патологии и расширением возможностей оперативного лечения у тех больных, которые раньше считались неоперабельными. У 1,8–14,6% больных местнораспространенным РП, подвергнутых хирургическому лечению, в дальнейшем развивается местный рецидив заболевания. Летальность составляет от 2,1 до 2,7%. Во время операции необходимо провести предварительное лигирование сосудистой ножки почки, что не всегда удается выполнить без мобилизации почки. Это может быть неправильно выбранный по объему оперативный доступ в результате отсутствия информации о распространенности процесса в зоне поражения. **Цель работы:** Изучение эффективности хирургического лечения, проводимого в ТашГОД МЗ РУз. **Материал и методы исследования:** В исследование включены 40 пациентов, прошедших обследование и лечение в РОНЦ в период с 2013 по 2015 г. по поводу ПКР. Возраст больных колебался от 20 до 73 лет. В качестве предоперационного обследования больным выполнялись экскреторная урография, КТ, рентгенография грудной клетки, сонография мочеполовой системы и органов брюшной полости. Оценивали размеры опухолевого узла, его локализацию, отношение к сосудистым структурам, чашечно-лоханочной системе и окружающим тканям. Это позволило установить стадию и распространенность процесса. Стадия Т3 – 32 больных, стадия Т4 – 8. У 15 пациентов выявлено поражение регионарных ЛУ, у 26 – тромб почечной и нижней полой вен с частичной ее окклюзией, у 8 – инвазия процесса в соседние органы (2 – в селезенку, 1 – в поджелудочную железу, 5 – в толстый кишечник). Всем больным была выполнена радикальная расширенная нефрэктомия из лапаротомного доступа. У пациентов с поражением регионарных ЛУ при раке правой почки лимфодиссекция проведена в стандартном объеме. Осуществлено удаление латерокавальных, прекавальных, ретрокавальных и интераортокавальных ЛУ от диафрагмы до места слияния общих подвздошных вен. При раке левой почки – удаление латероаортальных, преаортальных, ретроаортальных и интераортокавальных ЛУ от диафрагмы до бифуркации аорты. Поражение опухолевым тромбом почечной и нижней полой вен потребовало краевой резекции нижней полой вены с целью тромбэктомии. Поражение соседних органов опухолевым процессом обусловило выполнение комбинированного хирургического лечения (резекция поджелудочной железы, спленэктомия, гемикюэктомия). Все больные в адьювантном режиме получили курс лечения интерферон – 3 млн ЕД подкожно ежедневно №10. **Результаты:** Все пациенты наблюдались в срок от 1 мес до 3 лет в послеоперационном периоде. Одна больная умерла, причина смерти – тромбоэмболия легочной артерии. У 1 пациента через 1 год выявлен рецидив заболевания, больной оперирован повторно. У другого пациента через 1 год обнаружен солитарный метастаз в контралатеральную почку и левое легкое – прогрессирование заболевания. У остальных больных на сегодня данных, говорящих о рецидиве, метастазировании и прогрессировании заболевания, нет. **Выводы:** Выполнение расширенных комбинированных нефрэктомий в условиях специализированного учреждения сопровождается снижением числа осложнений и удовлетворительными непосредственными результатами. Проведение иммунотерапии в адьювантном режиме снижает риск возникновения прогрессирования заболевания ПКР.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Тилаков Х.А., ассистент СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тилаков Б.Т.

По данным разных авторов заболевание артрозом оставляет в среднем 6 - 16% в популяции (Беневоленская Л. И.). Коксартроз встречается в 2 раза чаще в мужской популяции (В.В. Поворознюк.). Считается, что самым прогрессивным и эффективным методом оперативного лечения коксартроза является тотальное эндопротезирование пораженного сустава. К настоящему времени во всем мире накоплен огромный опыт проведения подобных операций и послеоперационного ведения таких больных. На опыте нашей больницы, было проведено, послеоперационная реабилитация у 40 пациентов которым ранее произведено эндопротезирования тазобедренного сустава. При этом следует учитывать, что за время развития болезни, помимо разрушения элементов сустава, происходит ещё и изменение функции окружающих его мышц (Л. Бонева, П. Слынцева). В результате сначала ограничивается внутренняя ротация и абдукция, а позднее - экстензии, флексии, наружной ротации и аддукция. Одновременно с развитием контрактур снижаются и силовые характеристики мышц за счёт сближения их точек прикрепления. Также развивается укорочение пораженной конечности, что приводит к развитию сколиоза и поясничного гиперлордоза. Как правило, в первое время после эндопротезирования отмечается значительное улучшение самочувствия, а затем вновь может появиться дискомфорт и боль в оперированном суставе. Пациенты начинают «жалеть» сустав, возвращается хромота, возможно обострение остеохондроза позвоночника, нередко возникают мысли о неудачной операции. Естественно, что такие пациенты нуждаются в периодическом осмотре лечащего врача и специалиста по лечебной физкультуре с целью отслеживания правильности выполнения рекомендаций и при необходимости - их коррекции. Разработанная программа динамического наблюдения за данным контингентом больных предусматривает их повторное поступление в стационар через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Во время каждой госпитализации оценивается состояние эндопротеза, проводится курс физиолечения, массажа и лечебной физкультуры (ЛФК). Это позволяет восстанавливать функцию периартикулярных мышц и улучшать общее состояние пациента. Период послеоперационной реконвалесценции обычно составляет 12 месяцев. За это время при удачно выполненной операции и адекватном двигательном режиме у больного практически полностью восстанавливаются нарушенные ранее статико-локомоторные функции. Программа двигательной реабилитации больных, перенёвших эндопротезирование тазобедренного сустава, предусматривает четыре периода: 1- предоперационная подготовка; ранний послеоперационный период (до 10 дней); 2- поздний послеоперационный период (от 10 дней до 3 месяцев); 3- отдаленный или резидуальный период (более 3 месяцев). Таким образом, мы пришли к выводу, что послеоперационная реабилитация в данном случае не только необходима, но и имеет ряд особенностей. Учитывая, что срок эксплуатации современных эндопротезов превышает 15 лет, пациентам необходимо научиться правильно соотносить свои жизненные потребности с техническими возможностями искусственного сустава. Это помогает не только улучшить приспособительную активность, но и отдалить время замены дорогостоящего изделия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Тилаков Х.А., ассистент СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тилаков Б.Т.

Нерешенность многих вопросов хирургического лечения врожденного вывиха бедра (ВВБ) на современном этапе частично связана с отсутствием четких критериев успешности консервативного вправления, протоколов и показаний к операции. **Цель работы:** На основании анализа результатов лечения определить эффективность использования комбинации корригирующей остеотомии бедра и операции Солтера у больных от 3 до 7 лет. **Материал и методы исследования:** Материалом исследования явились наблюдения за 26 больными, у которых произведено операция Солтера сочеталась с корригирующей МДВУ остеотомией бедра. Наклон «свода» вертлужной впадины (ацетабулярный индекс) у больных до операции в среднем составлял 28° . Угол вертикального соответствия в среднем 78° , как вследствие увеличения угла входа во впадину и шеечно-диафизарного угла, так и в результате недоразвития переднего края впадины и повышенной антеверсии шейки бедра (54°). Степень костного покрытия головки бедра 3/5 и менее. Угол Виберга от 10° до отрицательных значений. **Результаты:** Благодаря развороту вертлужной впадины угол наклона уменьшался в среднем на 18° (несмотря на небольшую потерю коррекции в отдалённые сроки). Аналогичная положительная динамика выявлена и в отношении угла вертикального соответствия ($95-100^{\circ}$), увеличение угла Виберга до 35° . Степень костного покрытия в подавляющем большинстве случаев составила от 4/5 до 1,0. Результаты от 1 года до 5 лет изучены у 22 больных. Хорошие результаты получены у 82,5% больных, а у 17,5% больных удовлетворительные. **Выводы:** Таким образом, при сочетании остеотомии таза по Солтеру с корригирующей МДВУ бедра, можно достигнуть значительного улучшения стабильности бедра. Сочетая остеотомии двух разных костей, в итоге суммируются их положительные эффекты и взаимно ликвидируются отрицательные. Важным преимуществом является факт того, что крыша покрыта гиалиновым хрящом, что благоприятно в смысле профилактики раннего коксартроза. Происходит адаптация изначально патологически ориентированного проксимального отдела бедра к недоразвитой вертлужной впадине, что создает благоприятные условия для дальнейшего развития сустава.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НА ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Толибова Д.М., Муратов Ф.Б., студенты 101 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: проф. Рахимов А.У.

При определении артериального давления выполнение требуемых установлений является обязательным. Отклонение от них может привести к получению неточных данных. **Цель работы:** Сравнительный анализ показателей артериального давления при отклонении от правил проведения. **Материал и методы исследования:** Обследованию подвергнуты 56 больных пожилого возраста (средний возраст 64 года) находившихся на лечении в отделении хирургии, имевших нормальные показатели и подготовленных к операции по поводу грыж, расширения вен конечностей, липом в различных областях тела. Определяли АД в положении лежа, на правой руке, в спокойном состоянии, после приема пищи и через 2 часа после обеда. Определяли АД в трех положениях - выше трети плеча, на уровне трети и ниже трети плеча, дважды в

день – утром и вечером. Так же определяли АД у больных в положении лежа и сидя, с установлением фонендоскопа под манжету, на рубашку и на кожу. Всего произведено 336 измерений. **Результаты:** При определении АД выше трети плеча было выявлено следующие показатели: систолическое давление (СД) 136 +14 мм рт. ст., средней трети – 122+13 мм рт. ст., ниже трети – 108+15 мм рт. ст. Подобная картина наблюдалась и при определении диастолического (ДД) давления. Установлено, что при измерении выше трети плеча показатели завышены по сравнению с другими на 12 и 28 мм. Так же выявлено, что в положении сидя СД равнялось 124+4 мм рт. ст., ДД – 80+7. При определении в положении лежа показатели были ниже. СД – 115+12 мм рт. ст. При установлении фонендоскопа в разные положения, наиболее приближенным к показателям нормы было установление фонендоскопа на кожу. **Выводы:** Отклонение от правил выполнения измерения АД приводит к изменению показателей этого важного критерия гемодинамики и неправильной интерпретации результатов обследования.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Тураев З.А., Камолов С.Ж., Махрамов У.М., резиденты магистратуры 2 года обучения
Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Острый панкреатит - это острое асептическое воспаление поджелудочной железы, ведущее к ее некрозу. Преобладающим этиологическим фактором развития заболевания является алиментарный фактор, в частности, алкоголь. Летальность при панкреонекрозе составляет от 11 до 40%. **Цель работы:** Исследования послужило изучение результатов видеолапароскопических вмешательств при деструктивном панкреатите. **Материал и методы исследования:** Нами обследовано и оперировано 22больных с деструктивным панкреатитом. 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 (45,5%) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (36,4%) смешанный, а у 4 (18,1%) –жировой. У 12(54,5%) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15(68,2%) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона. **Результаты:** Видеолапароскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7%) больных, абдоминализацию поджелудочной железы сдренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,4%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибактериальную терапию деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8%) больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная(5,5%) несмотря на проведенную интенсивную терапию и санацию релапаротомии умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4(18,2%) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований. **Выводы:** Применение ранних видеолапароскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В тоже время видеолапароскопическая абдоминализация поджелудочной железы, к сожалению, далеко не всегда предотвращает инфицирование и прогрессирование панкреонекроза и зачастую является последующего более радикального лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Тураев З.А., Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., резиденты магистратуры 2 года обучения,
Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Лечение острого обтурационного холецистита с использованием видеолапароскопии в настоящее время находит все большее число сторонников среди хирургов. Однако, наличие инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки является серьезным препятствием к использованию данного метода. **Цель работы:** Оценить эффективность использования лапароскопической холецистэктомии при обтурационном холецистите. **Материал и методы исследования:** В клинике СамМИ выполнено 84 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) при остром обтурационном холецистите у больных в возрасте от 19 до 68 лет. Морфологические изменения в желчном пузыре у 72 больных соответствовали острому флегмонозному холециститу, у 12 - острому гангренозному холециститу. Основным показанием к операции служила неэффективная консервативная терапия в течение первых 8-10 часов нахождения больного в стационаре. **Результаты:** Всем больным в предоперационном периоде выполнялась динамическая ультрасонография гепатопанкреатобилиарной зоны. Оптимальными условиями, позволяющими выполнить лапароскопическую холецистэктомию, являлись: толщина стенки желчного пузыря по данным УЗИ не более 4 мм, отсутствие конкрементов и дилатации общего желчного протока. Наличие у больных тяжелых сопутствующих заболеваний служило показанием для выполнения декомпрессионной холецистостомии под УЗИ контролем. У 26 больных несмотря на предоперационное обследование и аргументированные показания к оперативному вмешательству ЛХЭ выполнялась с техническими трудностями ввиду инфильтративных изменений и спаечного процесса в области шейки желчного пузыря. Во всех случаях этому способствовало наличие крупного конкремента в шейке желчного пузыря, который не смещался после пункционной эвакуации желчи. Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 3 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инфуляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход на лапаротомию имел место в 1 случае -при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1+7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с опе-

ративным вмешательством мы не наблюдали. **Выводы:** Таким образом, ЛХЭ при остром обтурационном холецистите должна выполняться при соответствующих показаниях с использованием рациональных и эффективных технических приемов хирургом, имеющим большой опыт проведения таких операций.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Тураев З.А., Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., резиденты магистратуры 2 курса СамМИ

Кафедра общей хирургии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Цель работы: Оптимизировать тактику оперативного лечения деструктивного панкреатита. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты обследования и лечения 52 больных, находившихся в Самаркандском филиале РНЦЭМП за период с 2011 по 2015 гг. Мужчин было 28(53,8%), женщин – 24 (46,2%). Количество больных старше 60 лет было 48,1%. Более половины больных поступило в поздние сроки заболевания. У 55,8% больных при направлении в стационар был выставлен неправильный диагноз. Среди больных с панкреонекрозом у 4 (7,7%) был инфицированный панкреонекроз, у 25 (48,1%) жировой панкреонекроз, у 21 (40,4%) геморрагический, у 2 (3,8%) выявлена смешанная форма панкреонекроза. При поступлении выполнялась ФГДС, УЗИ, общеклинические методы исследования. **Результаты:** Главными целями консервативной терапии острого панкреатита по нашим данным являются: голод (3-7 суток), инфузионная терапия, подавление секреции поджелудочной железы(в/в контролокс и Н₂ блокаторы), назогастральный зонд при рвоте и/или парезе кишечника, адекватное обезболивание, антибактериальная профилактика и терапия(меропенем, цефепим+метронидазол и др.). Операция начинается с диагностической лапароскопии, определяется вид панкреонекроза уточненной оментобурсоскопией. Во всех случаях панкреонекроза за исключением некротического инфицированного операция заключалась в лапароскопической оментобурсоскопии, санации брюшной полости, раздельном дренировании сальниковой сумки и брюшной полости. При необходимости проведения марсупиализации поджелудочной железы проводилась коррекция из минидоступа после лапароскопической санации. В случаях некротического панкреонекроза проводилась лапароскопическая санация брюшной полости и лапаротомия. Наложение холецистостомы проводилось пациентам с напряженным желчным пузырем и с явлениями механической желтухи. Лапароскопическая чрезкожная транспеченочная холецистостомия выполнена у 12% пациентов. Средняя продолжительность лечения больных в стационаре при лапароскопическом лечении составила 12,5, при коррекции из минидоступа 17,4, при комбинации лапароскопической санации и лапаротомии 19,5 к/д. **Выводы:** Разработанный алгоритм лечения позволил оптимизировать тактику консервативного и оперативного лечения деструктивного панкреатита.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Тураев З.А., резидент магистратуры 2 года обучения, Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета,

Сайдуллаев З.Я., ассистент

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.

Цель работы: Улучшить результаты лечения больных с сочетанными повреждениями живота, используя эндоскопические методы. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы результаты лечения 257 пострадавших с сочетанной травмой живота и органов забрюшинного пространства. Видеолапароскопия выполнена 85 пациентам, в том числе 68 пострадавшим, у которых возникли возможности оказания помощи эндохирургическими способами при выполнении диагностической видеолапароскопии–как элемент исследования, или вслед за ней. Наиболее частыми сочетанными повреждениями живота были: ЧМТ - 41,3%, повреждения грудной клетки – 36,5%, травма опорно-двигательного аппарата– 30,3%, костей таза - 21,7%, позвоночника - 3,7%, мочевыделительных органов(почки, мочевого пузыря) –1,9%. Шок легкой степени(I-II) сопутствовал сочетанным повреждениям живота у половины пострадавших - 50,8%. У 24,8% была картина тяжелого шока без угрозы для жизни пострадавших, а 15,9% поступающих в отделение больных находились в критическом состоянии крайне тяжелой степени шока с угрозой для жизни. Картина шока по состоянию центральной гемодинамики и функции жизненно важных органов не имела место только у 8,8% пострадавших. Предложен алгоритм диагностических и лечебных действий при гемоперитонеуме у больных с сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства. При поступлении выполняется УЗИ или КТ в зависимости от выявленного количества жидкости, определяется дальнейшая лечебная тактика. **Результаты:** У 46,5% больных после видеолапароскопии не потребовались оперативные вмешательства, так как повреждений внутренних органов не обнаружено (32,5%), или они были незначительные (14,0%) и не нуждались в хирургической коррекции (повреждения брюшины, сальника и связок, ушибы органов брюшной полости). Эндохирургические операции выполнены 29,9% пациентам. После диагностической видеолапароскопии или в результате конверсии (11,1%) открытые операции выполнены у 28,7% человек– это были массивные разрушения печени (16,2%), селезенки (20,7%), брыжейки (16,2%), желудка (5,3%), двенадцатиперстной кишки (6,5%), поджелудочной железы (4,0%), тонкой кишки (17,0%), толстого кишечника (10,0%), диафрагмы (4,0%). **Выводы:** Эндоскопические методы позволяют визуализировать зону повреждений, выявить наличие гемоперитонеума и оценить его объем, обнаружить прямые или косвенные признаки повреждений внутренних органов, определить тактику лечения, подтвердить или опровергнуть доминирующий характер абдоминальной травмы, выполнить эндохирургическую операцию.

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Узоков А.Д., студент 6 курса пед. факультета, АндГМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Маматов Б.Ю.

Мысль о том, что действие анестетиков не оканчивается с прекращением анестезии, существует давно. Современное состояние демографической ситуации во многих развитых странах, а также ускорение темпа жизни увеличивают требования к качеству анестезии и хирургии в целом. **Цель работы:** Оценка изменения когнитивной функции у пациентов, прооперированных по поводу калькулезного холецистита и определение эффективности применения цитофлавина для коррекции послеоперационной когнитивной дисфункции. **Материал и методы исследования:** В рамках клинического исследования обследовано 300 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических клиниках за период 2014-2015 гг., 180 больных, которые составили контрольную группу, а также 120 больных, составивших основную группу.

Больные оперированы по поводу калькулезного холецистита (125 больных контрольной группы, 40 больных основной группы), а также паховоомошоночной грыжи (175 больных контрольной группы, 80 больных основной группы). Возраст от 50 до 72 лет, женщин -105 человек, мужчин - 315 человек. Для коррекции ПОКД был использован нейропротектор цитофлавина в дозе после операции в течение 10 суток. Метод исследования включал в себя тест (Mini metal state examining). **Результаты:** По данным наших исследований ПОКД выявлена у больных в основной группе. Были выделены следующие типы нарушений: Нарушения внимания и восприятия, связанные с визуальной способностью различать одномерные изменения в изображении (в течении). **Выводы:** Полученные в нашем исследовании данные с позиций доказательной медицины указывают на необходимость проведения превентивной защиты мозга средствами нейропротективного ряда. Нейропротективный эффект цитофлавина обусловил более раннее восстановление ПОКД у больных основной группы, (на 7 сутки посленаркозного периода).

НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Узакова Г.А., студентка 604 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (зав. каф. - доцент Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель: ст. препод. Давлатов С.С.

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. **Цель работы:** Улучшить результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами. **Материал и методы исследования:** В хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института с 2012 по 2015 гг. выполнено 184 паховых герниопластик из переднего доступа с использованием сетчатого протеза. Из 184 произведенных герниопластик 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 среднюю 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 переднюю стенку искусственного пахового канала. Эти пациенты составили основную группу. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниопластики 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:** 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 имело 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 герниопластики 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.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРИТОНЕОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В КОРРЕКЦИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Умирбаев М.А., Рамазанов Ж.А., резидент магистратуры 1 года обучения факультета последиplomного образования
Южно-Казахстанской Государственной фармацевтической академии
Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. - доц. Жумагулов К.Н.)
Научный руководитель: проф. Сексенбаев Д.С.

Цель работы: Изучение результатов хирургической коррекции диуретикорезистентного асцита (ДРА) у больных суб- и декомпенсированным циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензией (ПГ) с применением перитонеовенозного шунтирования (ПВШ) с клапаном Le Veen, в сочетании с превентивным эндоскопическим склерозированием (ЭС) и лигированием варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ). **Материал и методы исследования:** Анализируются результаты хирургического лечения 56 больных ЦП, осложненным ДРА. Показанием к операции явилось наличие напряженного асцита, неэффективность консервативной терапии в течение более 6-12 мес. Всем больным произведено ПВШ с клапаном Le Veen, при этом 28 из них оперированы после предварительной асцитореинфузии. Согласно классификации Чайлда-Гуркотта 32 пациентов отнесены к функциональной группе В, 24 - к группе С. **Результаты:** В 37 наблюдениях отмечен значительный регресс асцита и результат операции расценивался удовлетворительным. 5 больных

выписаны из клиники в связи с нарастанием явлений печеночной и почечной недостаточности в инкурабельном состоянии, при этом уменьшения асцита не отмечено. У 8 декомпенсированных больных эффекта от операции не было. Операция ПВШ, являясь малотравматичным, патогенетически оправданным и эффективным методом коррекции асцита, в то же время не лишена некоторых серьезных недостатков, из которых наиболее характерна и превалирует в послеоперационном периоде гемодилюция и коагулопатия. Максимальное проявление этих осложнений приходится на ближайший послеоперационный период, что обусловлено массивным поступлением асцитической жидкости в венозное русло, которое приводит к значительным сдвигам в показателях гомеостаза. Эндогенная интоксикация организма и гипертермические реакции после операции ПВШ зачастую возникают при длительно существующем асците сроком более 3-6 месяцев. Вышеизложенные факторы прямо или косвенно существенно повышают риск возникновения геморагического синдрома из ВРВПЖ. В этом плане сочетание ВРВПЖ и ДРА является наиболее неблагоприятным и считается противопоказанием к предстоящей операции. В связи с этим у 37 больных с ДРА и ВРВПЖ перед операцией ПВШ произведена профилактическая ЭС и ЭЛ, которые позволили до 50% снизить число пищеводных геморрагий в раннем послеоперационном периоде по сравнению с группой больных, у которых эндоскопические вмешательства в дооперационном периоде не проводились. Также имело место существенная разница в показателях послеоперационной летальности. Совершенствование методологии хирургического пособия привело к снижению или предупреждению осложнений, связанных с применением шунта и асцитотоксикосорбции. **Выводы:** Таким образом, ПВШ с клапаном Le Veep является патогенетически эффективной операцией при ДРА и приводит к улучшению функционального состояния печени и почек, уменьшению или купированию асцита. Данное вмешательство показано больным ЦП, осложненным ДРА, и позволяет подготовить их к более радикальным внутрибрюшным вмешательствам. Профилактические ЭС и ЭЛ позволяют расширить диапазон показаний к хирургической коррекции у больных ДРА и снизить кровотечений из ВРВПЖ в послеоперационном периоде.

КОМБИНАЦИЯ РЕДУКЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В СОЧЕТАНИИ С МИНИИНВАЗИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Умирбаев М.А., Рамазанов Ж.А., резидент магистратуры 1 года обучения факультета последипломного образования Южно-Казахстанской Государственной фармацевтической академии
Кафедра хирургических дисциплин (зав. каф. – доц. Жумагулов К.Н.)
Научный руководитель: проф. Сексенбаев Д.С.

Цель работы: Изучение и определение эффективности использования эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в комбинации с полностью имплантируемой перитонеальной порт-системой (ППС) Celsite® в лечении диуретикорезистентного асцита (ДРА) у больных циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензией (ПГ). **Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов коррекции ДРА у 30 больных ЦП, при этом 16 (53,3%) пациентам произведена имплантация ППС Celsite с превентивной ЭСА (1-я группа) и 14 (46,7%) выполнена имплантация ППС Celsite в изолированном варианте (2-я группа). Показанием к вмешательству явилось наличие напряженного асцита не поддающегося консервативной терапии в течение более 8-12 мес. После имплантации ППС реинфузию асцитической жидкости проводили со скоростью 15-20 мл в 1 мин, дробно по 500-700 мл с интервалом в 5-7 мин, ежедневно, в объеме 1,5-2,5 л, дробно, дозированно с учетом общего состояния и показателей гемодинамики больных (Патент РФ №2368396). С целью профилактики токсикоаллергических реакций при реинфузии асцитической жидкости до реинфузии, асцитическую жидкость облучали низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером (аппарат ЛГ-75), через волновод; мощность на выходе 10 мВт, экспозиция 10-15 минут, длина волны 0,63 мкм в непрерывном режиме (Патент РФ №2376039). **Результаты:** Результат ЭСА расценили удовлетворительным у 3 (18,8%) больных, при этом отмечалась стабилизация процесса – превращение ДРА в контролируемый с использованием диуретиков, отпала необходимость в лапароцентезах. У 9 (56,2%) больных достигнут хороший результат – отмечен постепенный регресс и исчезновение асцита под влиянием комплексной мочегонной терапии. Отличным считали результат лечения 4 (25%) больных, где на фоне исчезновения асцита в дальнейшем не требовался прием мочегонных препаратов. В ближайшем послеоперационном периоде первоначально отмечено увеличение суточного диуреза с 590,0±120,0 мл до 1,2±0,4 л после ЭСА и до 2,3±0,4 л после имплантации ППС (1-я группа) и с 620,0±110,0 мл до 2,2±0,4 л (2-я группа). При этом во всех наблюдениях отмечен значительный регресс асцита: полное его исчезновение у 7 (43,8%) – 1-й группы и у 3 (21,4%) больных – 2-й группы; определение асцита только при помощи УЗИ имело место у 1 и у 3 больных соответственно. Выраженное уменьшение асцита со стойкой стабилизацией констатировано у 1 больного 2-й группы (у него асцит не нарастал без приема диуретиков), минимальный прием диуретиков обеспечивал адекватный диурез еще у 1 больного 2-й группы, при этом отпала необходимость в лапароцентезах. Результат лечения считали неудовлетворительным при нарастании асцита с повторными лапароцентезами, отсутствием диуреза при стимуляции диуретиками, а также осложнениями в ближайшем периоде (тромбоз или инфицирование имплантата), что отмечено у 1 (6,2%) больного 1-й и 2 (14,3%) больных 2-й группы. Средний срок функционирования ППС 8,4±1,9 месяца, максимальный срок прослежен до 28 мес. **Выводы:** Таким образом, комбинация эндоваскулярной редукции селезеночного кровотока с имплантацией ППС позволяют проводить эффективную коррекцию ДРА и выиграть время для принятия решения радикального способа коррекции синдрома ПГ у больного циррозом печени – ортотопической трансплантации донорской печени.

ОСОБЕННОСТИ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Уралов Р.А., Мухаммадиев Б.Б., клинические ординаторы 2 года обучения, Шавкиев С.У., резидент магистратуры 3 курса, Бобомурадов А.Н., резидент магистратуры 2 курса
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: доц. Боймурадов Н.С.

Дети раннего возраста особенно чувствительны к действию различных патогенов в условиях непрерывной смены механизмов адаптации на всех уровнях регуляции, что может вызвать срыв компенсаторных механизмов с развитием системной реакции, приводящей к формированию полиорганной недостаточности, что является основой критического состояния. **Цель работы:** Определить основные факторы, способствующие тяжести течения и исхода гнойно-воспалительных заболеваний. **Результаты:** В отделении хирургии новорожденных 2 клиники СамМИ в период с 2011 по 2015 года на стационарном лечении находилось 284 больных с различными формами гнойно-воспалительных заболева-

ний. Из них у 258 (90,8%) гнойно-воспалительный процесс носил локализованный характер, у остальных 26 (9,2%) отмечалась генерализация процесса с переходом в сепсис. При анализе преморбидного фона выяснилось, что у 89 (31,3%) больных отмечалась анемия различной степени выраженности, у 18 (6,3%) имелись признаки морфофункциональной незрелости плода, у 22 (7,7%) заболевание протекало на фоне затянувшейся конъюгационной желтухи новорожденных, у 16 (5,6%) имело место внутриутробная инфицированность плода. А также нередко они сопровождались с другими стигмами дисэмбриогенеза (незаращение верхней губы, твердого и мягкого неба у 3, паховые грыжи у 2, полидактилия у 1, ВПС у 1 больного). Следует отметить что при генерализованной форме гнойно-воспалительного процесса сопутствующая патология, в различной степени выраженности, встречалась у всех 26 больных. При бактериальном исследовании гноя из ран и взятии крови на стерильность преобладал золотистый стафилококк - 204 (71,8%), реже встречался стрептококк - 18 (6,2%), кишечная палочка - 15 (5,2%) и клостридии - 3 (1,1%). В 20 (7,2%) случаях были обнаружены дрожжевые грибки, в 24 (8,3%) посев был стерильным. **Выводы:** Таким образом, неблагоприятный преморбидный фон способствует развитию генерализации процесса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, что следует учитывать в ходе комплексного хирургического лечения данной патологии у новорожденных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНО-СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ MATHIEU В МОДИФИКАЦИИ

Усанов А.Р., резидент магистратуры 3 курса, Назарова З.Х., асс., Махматкулов Х.Г., резидент магистратуры СамМИ
Кафедра детской хирургии СамМИ (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: проф. Шамсиев А.М.

Во 2-клинике СамМИ в период с 1999 по 2015 г. г. находились на стационарном лечении 104 пациента с дистально-стволовой формой гипоспадии в возрасте от 1 года до 15 лет. Превалировали дети в возрасте от 4 до 7 лет - 49 пациентов (47,1 %). Все больные в зависимости от способа хирургического лечения были разделены на 2 группы. Контрольную группу (КГ) составили 58 (55,8%) больных, которым коррекция порока проводилась по методу Mathieu, а в основную группу (ОГ) вошли 46 (44,2 %) больных, которым была применена модификация 2- клиники СамМИ метода Mathieu. Изучение непосредственных результатов показало, что в КГ количество осложнений составило 20,7% случаев. Уретральные свищи развились у 9 (15,8%) больных, стеноз наружного отверстия уретры отмечен у 2 (3,5%) пациентов, рецидив заболевания наблюдался у 1(1,7 %) пациента. Средний койко-день составил $15 \pm 0,7$. В ОГ осложнения снизились до 10,9 %. Развитие уретральных свищей отмечено у 3 (6,5 %), стеноз наружного отверстия уретры у 2 (4,4 %) больных, рецидива заболевания в ОГ не наблюдалось. Средний койко-день сократился до $11 \pm 0,6$. Таким образом, изучение непосредственных результатов лечения показало высокую эффективность применяемой во 2 – клинике СамМИ модификации уретропластики метода Mathieu при лечении дистально-стволовой формы гипоспадии у детей.

ВЫБОР РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАРАПАПИЛЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Хакимов М.Ш., Махмудов Г.А., Адашалиев А.Н.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии леч. факультета ТМА

Цель работы: усовершенствовать тактику ретроградных вмешательств, при ПД путем изучения анатомического расположения ее к БДС. **Материал и методы исследования:** За период с 2013 по 2015 г. эндоскопические вмешательства при ПД были выполнены у 18 больных. Возраст больных составил от 28 до 85 лет. Мужчин было 3, женщин – 15, 72% больных были старше 60 лет. У 13 больных имела место механическая желтуха, из них у 5 - острый холангит. У 81% больных были сопутствующие заболевания, определяющие фактор риска хирургической операции. Всем больным проводили комплекс лабораторных и инструментальных исследований и спазмолитическая-инфузионная программа лечения. В целях определения эффективности эндоскопических вмешательств, а также разработки технических приемов, облегчающих их проведение, мы условно разделили все варианты расположения БДС и продольной складки двенадцатиперстной кишки относительно к ПД на пять типов: I тип. БДС располагается внутри дивертикула и продольная складка незначительной длины или отсутствует. II тип. БДС располагается внутри дивертикула и продольная складка значительной длины или выражена, расположена в вертикальном направлении при установленной позиции дуоденоскопа. III тип. БДС располагается у шейки дивертикула двенадцатиперстной кишки и продольная складка прослеживается полностью внутри и в шейке дивертикула или между дивертикулами. IV тип. БДС располагается у шейки дивертикула двенадцатиперстной кишки и продольная складка незначительной длины или не выражена. V тип. БДС и продольная складка расположена вне дивертикула ДПК и продольная складка не переходит в стенку дивертикула. **Результаты:** В 3 случаях выявлен I тип ПД. В данном случае нами выполнено этапная баллонная дилатация с интервалом 3-4 дня. У 1 пациента с выраженной МЖ и холангитом произведено назобилиарное дренирование (НБД) с последующей баллонной дилатацией и удалением конкремента. II тип ПД констатирован в 3 случаях. Всем пациентам произведено ЭПСТ с папиллотомом режущей струной менее 1 см, что увеличивала определённость папиллотомии. Папиллотомия произведена по установленному ранее в холедох проводнику. У 2 больных выполнено дополнительная баллонная дилатация под контролем проводника и литоэкстракция. III тип ПД выявлен у 7 больных, которым было произведено ЭПСТ с папиллотомом режущей струной менее 1 см. и литоэкстракцией. У 3 пациентов выявлен IV тип ПД. В 2 случаях пациентом выполнено ЭПСТ и баллонная дилатация БДС и в 1 случае из-за выраженной МЖ и холангите произведено ЧЧХС с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией антеградно. V тип ПД выявлено у 2 пациентов. Во всех случаях произведено ЭПСТ по установленному ранее в холедох проводнику с удалением конкремента из холедоха. Выполнить адекватную ЭПСТ из 18 больных не удалось только у 1 больного с ПД IV типа. Этот результат сравним с результатами ЭПСТ, выполняемых при отсутствии ПД. Осложнения в ближайшем периоде наблюдали у 4 больных (2 - кровотечение, 2 - панкреатит), что также не выходит за рамки осложнений, наблюдаемых после эндоскопических вмешательств у больных без ПД. Анализ показал, что острый панкреатит был вызван введением контрастного вещества в главный панкреатический проток и нетипичным способом ЭПСТ. Кровотечение наблюдалось вследствие пересечения ветви ретродуоденальной артерии, вследствие вариации ее развития нетипичным способом ЭПСТ. Все осложнения, за исключением 1 больного с острым панкреатитом, который был оперирован, лечили консервативно. Летальных исходов, связанных с проведением ЭПСТ не наблюдали. **Выводы:** Таким образом, наличие парапапиллярных дивертикулов не является противопоказанием для проведения эндоскопических ретроградных вмешательств. Использование определенных тактики и технических приемов позволяет успешно завершить вмешательство и избежать открытых операций и серьезных осложнений.

РОЛЬ КАРОТИДНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕЩАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
СОННЫХ АРТЕРИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хакимов М.Ш., Алиджанов Х.К., Адашалиев А.Н.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета ТМА

Хирургическое лечение патологии сонных артерий у больных с желчнокаменной болезнью представляет собой сложную и до конца не решенную проблему. За последние годы увеличилось число больных с данной патологией, что делает изучаемый вопрос чрезвычайно актуальным. Распространенность подобных сочетаний и недостаточная изученность проблемы определяют актуальность ее рассмотрения. **Цель работы:** Оценка результатов этапной хирургической коррекции у больных с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью; **Материал и методы исследования:** Проанализированы результаты хирургического лечения 50 больных (мужчин – 13, женщин – 37), находившихся в стационарном лечении в отделениях хирургической ангионеврологии и абдоминальной хирургии 2-клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2015 годы, с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью. Возраст больных колебался от 42 до 69 лет (средний возраст $57,41 \pm 7,11$ лет). У всех больных изучен неврологический статус до и после оперативного вмешательства и в отдаленном периоде. Диагностический алгоритм обследования включал в себя клиническое обследование больных с определением неврологического статуса, ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей, дуплексное сканирование сонных артерий с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности бляшек, транскраниальную доплерографию с определением толерантности головного мозга к ишемии, эхокардиографию, мультислайсную компьютерно-томографическую ангиографию, магнитно-резонансную холангиографию (по показаниям). У всех 50 больных с ЖКБ выявлено гемодинамически значимые поражения сонных артерий. По различию тактике лечения больные условно разделены на 2 группы: I группа (основная) – 16 больных, которым 1-этапом выполнялись реконструктивные операции на сонных артериях, 2-этапом – лапароскопическая холецистэктомия. II группа (контрольная) – 34 больных, которые воздержались от предложенного оперативного лечения на каротидном бассейне, им выполнены только лапароскопическая холецистэктомия. **Результаты:** В соответствии классификации А.В. Покровского (1979) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось у 2 (4%) больных, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – у 7 (14%), дисциркуляторная энцефалопатия – у 32 (64%), а 9 (18%) больных ранее перенесли ишемический инсульт. Показаниями к выполнению реконструктивного вмешательства на сонных артериях для симптомных поражений явились – все типы бляшек суживающие просвет сосуда на 60% и более, осложненные бляшки со стенозом 50% и более. Для асимптомных поражений – гомогенные бляшки, суживающие просвет сосуда на 70% и более, гетерогенные и гипохогенные, изъязвленные бляшки со стенозом 60% и более. В контрольной группе, в раннем послеоперационном периоде (до 30 дней) ишемический инсульт развился у 1 (2,9%) пациента, выполнена консервативная медикаментозная терапия, у больного отмечен регресс неврологической симптоматики. В отдаленном периоде (до 36 мес.) этот показатель в этой группе возрос до 20,6% (7 больных). В основной группе, в раннем послеоперационном периоде ишемический инсульт не наблюдался. В отдаленном периоде у 1 (6%) пациента с раннее перенесенным ишемическим инсультом развился повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в контралатеральной стороне, после консервативных мероприятий с положительным результатом. **Выводы:** При лечении больных с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью необходимо придерживаться тактики этапных операций. При этом доминирующим должны быть операции на сонных артериях в первую очередь для профилактики ишемического инсульта. В последующем предпочтение должно отдаваться вмешательствам с наименьшей хирургической агрессией, в том числе лапароскопическим операциям. Первоочередное выполнение реконструктивных оперативных вмешательств на каротидном бассейне у больных с ЖКБ позволяет в большинстве случаев добиться улучшения состояния больного, избежать таких серьезных осложнений, как острое нарушение мозгового кровообращения с развитием необратимых изменений в ишемизированных тканях.

БИКАНАЛИКУЛЯРНАЯ ИНТУБАЦИЯ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ СИЛИКОНОВОЙ ТРУБКОЙ В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

Хасанов А., студент 406 группы медико-педагогического факультета СамМИ

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

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

Цель работы: Изучить эффективность отдаленных результатов дакриоцисториностомии с использованием биканаликулярной интубации слезных путей силиконовой трубкой. **Материал и методы исследования:** Обследование больных проводилось по общепринятой методике: биомикроскопия, визиометрия, офтальмоскопия, тонометрия. При исследовании слезных путей производился осмотр слезных точек, слезного озера, пальпация слезного мешка. Также все больные консультировались стоматологом, терапевтом, ЛОР врачом, а также проводилась рентгенография придаточных пазух носа. Большинство больных были в возрасте от 18 до 70 лет (в среднем 21-40 лет). Из них женщин было 14 (66,7%), мужчин – 7 (33,3%). За последние 3 года (2012-2015гг.) операция дакриоцисториностомии с интубацией слезных путей силиконовой трубкой произведена у 21 человек. Из них операция выполнена у 16 больных с хроническим гнойным дакриоциститом, со свищом слезного мешка – у 3, эктазией слезного мешка – у 1, посттравматическим дакриоциститом – у 1-го больного. **Техника операции:** после разреза слезного мешка удаляется ее медиальная губа, зондом проводника проводится интубация слезных путей через верхнюю и нижнюю слезные точки. Силиконовая трубка выводится через слезный мешок, фиксируется зажимом, после того как проводится удаление кости носа, проводится П-образный разрез слизистой оболочки носа. Через нос вводится иглодержатель, который выходит в костное окошко. Силиконовая трубка при помощи пинцета фиксируется на бранше иглодержателя и выводится через нос наружу. **Результаты:** Послеоперационный период протекал гладко. Из 21 оперированных только у 3-х больных с флегмонозным дакриоциститом отмечено незначительное кровотечение, которое было остановлено тампонадой носового хода. Не отмечалось ни сильных отеков век, ни расхождения краев кожной раны. Больные наблюдались на протяжении 1,5 месяцев, 6 месяцев, 1 года. Ни в одном случае не было рецидивов после операции. После операции больные выписывались на 2-3 день. Слезотечение прекратилось в 98% случаев. Промывная жидкость свободно попадала в нос. Силиконовая трубка больным переносилась очень хорошо, которая после 2-х месяцев свободно удалялась со слезных путей. **Выводы:** Классическая дакриоцисториностомия с интубацией слезных путей силиконовой трубкой предотвращает рецидивы и повышает эффективность хирургического лечения данной патологии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хашимов Р. студент 504 группы леч. факультета

Саидмуродов К.Б. ассистент СамМИ

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (зав. каф. - доцент Курбаниязов З.Б.)

Научный руководитель: ассистент Рахманов К.Э.

Ятрогенное повреждение желчных протоков при холецистэктомии – одна из наиболее сложных и драматичных ситуаций в хирургии. Следствием ятрогенных повреждений является механическая желтуха, гнойный холангит, неоднократные повторные операции по поводу рубцовых стриктур протоков. Принимая среднюю частоту травм магистральных желчных протоков (МЖП) при ХЭ за 1% в Узбекистане от подобного осложнения страдают до 200 человек в год. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47%, а развитие посттравматических стриктур желчных протоков 35-55%. **Материал и методы:** Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 103 больных повреждениями желчных протоков. 78 больных оперированы по поводу пересечения (9), иссечения (38) и иссечения с лигированием проксимальной культи гепатихоледоха (ГХ) (31). 11 пациентов по поводу пристеночного краевого ранения, 14 – по поводу клипирования или лигирования без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конгломерата – у 10. У 28 (27,2%) больных повреждения желчных протоков выявлены интраоперационно, у 75 (72,8%) повреждение выявлено в раннем послеоперационном периоде. Реконструктивные операции выполнены 57 (55,3%) больным, восстановительные операции 42 (40,8%) больным, у 4 (3,9%) больных ограничилось наружным дренированием проксимальной культи ГХ. При полном пересечении и иссечении желчных протоков 19 больным было выполнено наложение билибилиарного анастомоза, у 17 (89,5%) из них в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура ГХ. 55 больным было выполнено реконструктивные операции: 45 больным ГепЕА и 10 больным ГепДА. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (90%) больных после ГепДА и у 4 (8,9%) больных после ГепЕА наблюдали стриктуру билиодигестивного анастомоза. Из 14 больных с лигированием ГХ без пересечения 12 было выполнено снятие лигатуры и 2 был наложен ГепЕА, из них у 5 в отдаленном периоде наблюдали стриктуру ГХ. 11 больным с краевым повреждением выполнено ушивание протока на дренаже Кера с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. **Результаты:** Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: характер повреждения, уровень повреждения, сроки выявления повреждения и вид оперативного вмешательства. Характер повреждения – это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных повреждениями желчных протоков. В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (23,3%) больных, в отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (36,4%) больных. Локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков. При повреждении на уровне «+1» осложнения наблюдали у 9 (21,4%) и 15 (38,5%) больных, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. При высоких повреждениях на уровне «0, -1, -2» в ближайшем послеоперационном периоде осложнения выявлено у 12 (32,4%) больных и у 13 (39,4%) больных в отдаленном послеоперационном периоде. **Выводы:** Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм желчных протоков МЖП (у 84,3% пациентов). После восстановительных операций наблюдали осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, соответственно у 2 (6,5%) и 22 (75,9%) больных. После реконструктивных операций у 16 (28,1%) больных выявлены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и у 13 (23,2%) в отдаленном послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ходжакулова З.С., студентка 601 гр. пед. факультета,

Тухтаев Ж.К., ассистент СамМИ

Кафедра хирургических болезней пед. факультета (зав. каф. - доц. Бабажанов А.С.)

Научный руководитель: асс. Тоиров А.С.

Варикозная болезнь (ВБ) вен нижних конечностей представляет собой чрезвычайно важную медицинскую и социальную проблему. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой ее распространенности. **Цель работы:** Оценить результаты применения эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) вен у больных ВБ вен нижних конечностей. **Материал и методы исследования:** Мы располагаем комплексного обследования и хирургического лечения 60 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей. Мужчин 16 (26,7%) и женщин 44 (73,3%). Мы провели сравнение результатов лечения в двух группах больных. Первую составили 40 больных, перенесших ЭВЛК. В контрольную группу вошли 20 пациентов, которым выполнили традиционное оперативное лечение. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое доплерография вен нижних конечностей. В просвет дистальной части вены вводили лазерный катетер, под тулмесцентной анестезии. При включении аппарата и вытягивании со скоростью 2–3 см/с из вены лазерного катетера, наступают обезвоживание и коагуляция стенки вены с последующей облитерацией ее просвета. При наличии на голени расширенных извитых подкожных вен последние удаляли методом минифлебэктомии. Сразу же после операции проводили бинтование конечности эластичным бинтом. Все пациенты были осведомлены о методе ЭВЛК, возможных осложнениях после его применения. В послеоперационном периоде через 2-5 сут. с момента операции, а также через 1 мес. и в течение 1-года проводили ультразвуковое доплерография вен для изучения степени облитерации вен, возможной реканализации их просвета с оценкой васкуляризации сафенофemorального соустья, наличия и состояния перфорантных вен. **Результаты:** Из представленных данных видно, что эстетические результаты комбинированного хирургического лечения с использованием ЭВЛК значительно лучше в сравнении с традиционной венэктомией. Наиболее частой причиной негативного отношения к проведенной операции среди пациентов контрольной группы было наличие послеоперационных рубцов. Хорошее отношение высказало и большинство пациенток, перенесших сопутствующую минифлебэктомию. **Выводы:** Наилучшие показатели качества жизни у больных после ЭВЛК. Данный факт мы объясняем минимизацией операционной травмы, небольшой частотой осложнений и наиболее высокими темпами восстановления и возвращения к полноценной жизни этих больных.

МЕСТО УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСПАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Холхужаев Ф.И., резидент магистратуры

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

Научный руководитель: доцент Ибрагимов С.Ю.

Цель работы: Оценить возможности ультразвукового исследования как метод выявления дисплазии тазобедренного сустава у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Нами на базе Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травмы было проведено ультразвуковое обследование у 52 больных в возрасте от 1 месяца до 3х месяцев. Из них девочек - 40 (76,9%), мальчиков -12 (23,1%). У всех больных, предварительно детскими ортопедами, клиническими методами исследования, был установлен диагноз дисплазия тазобедренных суставов. Во время ультразвукового исследования мы обратили внимание на состояние костной крыши, состояние хрящевой крыши, состояние суставной щели, формы головки бедренной кости и др. **Результаты:** При ультразвуковом исследовании дисплазия тазобедренных суставов подтвердилась в 45 детей. Из них у 30 патология была двухсторонняя. Большинство (35 случаев) составили девочки. Метод ультразвуковой диагностики позволяла достоверно диагностировать нарушения формирования костно-хрящевой структур сустава и их выраженность, интра- и экстраартикулярных препятствий для вправления головки бедра, а также недостаточность стабилизирующей функции связочно-мышечного аппарата. **Выводы:** Таким образом, ультразвуковое исследование является доступным высокоинформативным методом исследования способствующим своевременной диагностике дисплазии тазобедренного сустава. Метод не инвазивен, не несущий лучевой нагрузки для ребенка, относительно дешевле и прост, что позволяет практически без ограничений использовать УЗИ не только для диагностики, но и для мониторинга результатов лечения.

РОЛЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОТЕКА ЛЕГКИХ

Холбеков Т. студент 2 курса пед. факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой - к.м.н. доц. Матлубов М.М.)

Научный руководитель: ст. преп. Холбеков Б.К.

Отек легких является грозным осложнением многих заболеваний проявляющееся сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточностью и в тяжёлых случаях заканчивающееся летальным исходом. В основе некардиогенного отека легких лежит повышение гидрофильности ткани, понижение коллоидно - осмотического давления, увеличение проницаемости капилляров и застой в малом круге кровообращения. Различают кардиогенный и некардиогенный отек легких. Некардиогенный отек легких имеет своеобразные клинические проявления. В основе его лежит воспалительный процесс в легочной ткани, огромное количество воспалительных медиаторов (гистамин, брадикинин, серотонин) приводит к постоянному повышению сосудистого тонуса, это в свою очередь повышает ЦВД и приводит к повторному отеку легких. В клинической практике для снижения ЦВД применяют спазмолитики, ганглиоблокаторы, наложение резиновых жгутов на конечности. Для лечения рецидивирующего отека легких к традиционным методам лечения в целях предотвращения застоя в малом круге кровообращения дополнительно применили эпидуральную анестезию в малых дозах. После асептической обработки области L1-II производили пункцию и устанавливали катетер. В качестве анестетика вводили 1% Лидокаин 100 мг в эпидуральное пространство. Общее состояние больного, гемодинамические показатели и аускультативные результаты легких были под постоянным наблюдением. Для обоснования эффективности этого метода мы сравнили показатели ЦВД, SaO₂, АД, Ps и аускультативные процессы у больных пролеченных традиционным методом. У больных контрольной группы после купирования отека легких показатели SaO₂, АД, Ps приблизились к норме, а ЦВД и влажные хрипы в легких сохранились. У больных с применением продолжительной эпидуральной анестезии изменения гемодинамических показателей и дыхательных показателей были такими же, как и в контрольной группе. А в легких исчезли влажные хрипы. Таким образом, применение эпидуральной анестезии в интенсивной терапии рецидивирующего отека легких предотвратило рецидивы.

БЛОКИРУЕМЫЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ МЕТАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Худойбердиев У.Ш. резидент магистратуры 1 курса, Тилияков Х.А. ассистент СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тилаков Б.Т.

В течение последних нескольких лет лечение травмированных пациентов является прерогативой травматологов ортопедов. Однако тактика ведения пострадавших, выбор метода лечения для повреждений различной локализации, в том числе и метафизарных переломов голени, имеют существенные отличия от классической травматологии, где преимущество отдается консервативным методам лечения. **Цель работы:** Улучшение результатов лечения больных с метафизарными переломами костей голени за счет совершенствования технологии остеосинтеза. **Материал и методы исследования:** За период 2015-2016 г.г. в отделении взрослой ортопедии СОБОПП внутрикостный блокируемый остеосинтез с применением фиксаторов выполнен при метафизарных переломах костей голени у 26 пациентов. Мужчин было 16 (61,5%), женщин 10 (38,5%) в возрасте от 25-36 лет. В 19 (73,1 %) случаев имел место прямой механизм травмы: в подавляющем большинстве в результате дорожно-транспортного происшествия - 15 (57,7%) и падения с высоты - у 4 (15,4%), не прямой в 7 (26,9%) случаях (катание на велосипеде). У 5 (19,2%) пациентов имелись множественные повреждения. Все переломы были закрытыми. Большинство операций было выполнено в период от 4 до 12 суток с момента травмы. В предоперационном периоде монтировали постоянное скелетное вытяжение с соответствующим грузом по оси, для сохранения длины сегмента и нейтрализации ретракции мышцы голени. Хирургическое вмешательство осуществлялось под наркозом. Положение больного на спине, голень свисает с валика установленного под нижнюю треть бедра. После обработки выполняется продольный разрез длиной 3-5см от нижнего полюса надколенника до бугристости большеберцовой кости. Производится вскрытия костного канала сверлом, после прохождения сверлом костномозгового канала определяется диаметр фиксатора. Далее вводится стержень вручную, плавно поступательным - вращательным движением. Дистальная блокирования осуществляется в медио-латеральном направлении с помощью двух блокирующих винтов. Установка второго блокирующего винта может производиться аналогично первому, установка проксимального блокирования не отличается от дистального. После завершения блокирования устанавливается торцевая заглушка соответствующей длины. При завершении операции выполняется рентгенологический контроль положения стержня и фрагментов перелома. На собственную связку надколенника накладывается 2-3 узловых швы. Зашиваются кожные раны. Накладывается асептическая повязка

ка, внешняя иммобилизация, как правило, не требуется. **Результаты:** Результаты лечения изучены у 28 пациентов. Средний срок нетрудоспособности составил $121,8 \pm 0,58$ дня. Инфекционных осложнений, нарушения консолидации, несостоятельности остеосинтеза не было. Срок наблюдения составил $1,5 \pm 0,16$ года. Функции нижней конечности не нарушено. Движения в коленном и голеностопном суставе в полном объеме. Результаты лечения во всех случаях расценивались как хорошие. Имелись признаки консолидации перелома. **Выводы:** Блокируемый интрамедуллярный остеосинтез может быть методом выбора для переломов костей голени со сложной линией излома, которые представляют определенные трудности в лечении чрезкостным и накостным остеосинтезом. Применения методики обеспечивает раннюю реабилитацию с хорошими анатомо-функциональными результатами у пострадавших.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Худойкулов З., студент 704 группы, Салимов А., студент 611 группы, Дустбеков М., студент 611 группы, Ахмедов И., студент 310 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: проф. Ахмедов Ю.М.

Цель работы: Изучить особенности клинической картины мочекаменной болезни у детей. **Материал и методы исследования:** Были проанализированы истории болезни 155 детей (104 мальчика, 51 девочка) с уролитиазом за период с 2010 по 2012 годы. Из них детей до года было 9, от 1 до 3х лет – 57, от 4 до 7 – 43, от 8 до 11 – 19 и от 12 до 15 лет – 27 больных. **Результаты:** Камни почек были обнаружены у 50 детей, камни в лоханке у 54, камни в мочеточнике у 29, конкременты в мочевом пузыре диагностированы у 35 больных и множественный уролитиаз имел место в 12 случаях. При нефролитиазе у детей до 3х лет клиническая картина характеризовалась общим беспокойством, плачем, подъемом температуры тела до 38°C и выше, дизурией. В возрасте от 4 до 7 лет больные в основном жаловались на боли в животе. У пациентов более старшего возраста были жалобы на боль локализованную в поясничной области. При локализации конкрементов в мочеточнике и мочевом пузыре у 49 детей до 3х лет отмечалась острая задержка мочи. У 2 больных в возрасте до 7 лет из-за камня правого мочеточника в районной больнице произведена напрасная аппендэктомия. Наиболее частой причиной дизурии у пациентов более старшего возраста явилось сочетание камней верхних и нижних мочевых путей. **Выводы:** Уролитиаз является эндемическим заболеванием нашего региона и остается актуальной проблемой детской хирургии требующей пристального внимания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Худойкулов З.М. студент 704 группы пед. фак., Хамидов М.А. студент 308 группы пед. фак.,
Олимов И.Ж. студент 308 группы пед. Фак., Норбекова Ф.М. студентка 503 группы стоматологического института
Кафедра детской хирургии СамМИ (зав. каф. доц. Ш.А. Юсупов)
Руководитель: доцент С.М. Пашалиев

Цель работы: Изучить, влияние методов удаления гноя из брюшной полости, влияние промывания брюшной полости растворами антисептиков, влияние введения антибиотиков брюшной полости на конечные результаты лечения больных с ограниченного перитонита аппендикулярного происхождения у детей. В настоящее время в местном лечении ограниченного перитонита аппендикулярного происхождения у детей, среди детских хирургов ещё нет единого мнения. **Материал и методы исследования:** На базе областной детской многопрофильной медицинском центры г. Самарканда за последние 5 лет оперировано 107 детей с ограниченным перитонитом аппендикулярного происхождения. Нами проведен анализ этих истории болезни. У оперированных 68 детей гной из брюшной полости удался отсосом, брюшная полость не промывалась во время операции, в брюшной полости оставлялся микроиригатор для последующего введения антибиотиков в послеоперационном периоде. У оперированных 39 детей гной из брюшной полости во время операции удалялся увлажненными тампонами, брюшная полость одновременно промывалась растворами антисептиков и отсасывалось отсосом, в брюшной полости оставлялся микроиригатор, но антибиотики не вводились в послеоперационном периоде. **Результаты:** У оперированных 68 детей, где брюшная полость не промывалась, в брюшной полости оставлялся микроиригатор для введения антибиотиков в брюшную полость послеоперационном периоде, внутрибрюшные осложнения составили 9,4%, а у оперированных 36 детей, где брюшная полость промывалась, одновременно в брюшной полости оставляли микроиригатор, но антибиотики не вводили в брюшную полость в послеоперационном периоде, количество инфильтратов в брюшной полости составили 11%, а абсцессов брюшной полости 8,7%. **Выводы:** Таким образом, можно сделать вывод: что удаление гноя отсосом имеет преимущества перед удалением гноя тампонами, удаление гноя отсосом оказывает положительное влияние на профилактику спаечной непроходимости, промывание брюшной полости при ограниченном перитоните оказывает отрицательное влияние на конечный результаты, дренирование брюшной полости желателно проводить микроиригатором, введение антибиотиков в брюшную полость во время операции и в послеоперационном периоде оказывает положительное влияние на профилактику внутрибрюшных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Худойкулов З.М. студент 704 группы пед. факультета, Норбекова Ф.М. студентка 403 группы стом. института,
Аминов А.К. студент 606 группы пед. факультета, Ахмедов И.Ю. студент 311 группы пед. факультета
Кафедра детской хирургии СамМИ (зав. каф. доц. Ш.А. Юсупов)
Научный руководитель: асс. Хайитов У.Х.

Цель работы: дать анализ результатов лечения больных детей с синдромом «отечной мошонки». Синдром отёчной мошонки - комплекс заболеваний, которые требуют экстренной хирургической помощи детям, иначе поздняя диагностика приводит к некрозу яичко. Причинами патологии являются избыточная возрастная подвижность яичка, при сокращении кремастерных мышц во время физической нагрузки или эрекции, травма мошонки, а также воспалительные процесс в его органах. **Материал и методы исследования:** В отделение детской хирургии ОДМПМЦ за последние 3 года госпитализировано 16 детей с синдромом отёчной мошонки. Возраст детей от 1-3 –х лет (2), от 3-7 лет (9), от 7 до 14 лет (5). **Результаты:** Диагноз синдрома отечной мошонки ставили на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования. По срокам обращения от начало заболевание: до 1 суток 6 (37,5%), до 3-х суток 8 (50%) и после 3-х суток 2 (12,5%). В до госпитальном периоде основной контингент больных лечились по месту жительства. Там получали антибактериальную

терапию и местно мазовые повязки. Из-за не эффективности консервативного лечения больные были госпитализированы в хирургическое отделение. При поступлении проведено общий анализ крови и мочи, и по экстренным показаниям – все больные оперированы. При скрототомии обнаружен перекрут гидатиды Морганье у 7 больных (44%), перекрут яичка у 4 (25%), гнойный орхидэпидидимит у 2-х (12%), травматический орхит у 3 –х (19 %) детей. При перекруте гидатиды Морганье, он был резецирован, при перекруте яичко- выполнена его расправление и блокада семенного канатика по Лорен-Энштейну, наложена повязки - суспензории и назначено местно сухое тепло. При гнойном орхидэпидидимите проведено дренирование гнойной раны мошонки, оставлением резинового выпускника на 1-2 суток, при травматическом орхите -мошонка освобождена от гематомы, что позволило нормализации кровообращения в яичко. Удаления некротизированного яичка - гемикастрация было выполнены, в 1-ом случая из-за позднего срока поступления. **Выводы:** Таким образом, при синдроме отёчной мошонки требуется экстренная хирургическая операции. Консервативная терапия и позднее обращение может привести к некрозу яичко с последующим его удалением.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ОСГУД-ШЛЯТТЕРА

Худяков И.С., студент 602 группы леч. факультета ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,
Романова О.А., клинический ординатор, Челябинская областная детская клиническая больница
Кафедра детской хирургии (зав. каф. - д.м.н., Абушкин И.А.)

Научный руководитель: д.м.н., Абушкин И.А.

Цель работы: Разработать эффективную малоинвазивную методику лечения болезни Осгуд-Шляттера с применением высокоэнергетического инфракрасного диодного лазера. **Материал и методы исследования:** Пролечено и обследовано 18 больных в возрасте от 2,5 до 18 лет. Рентгенологическая картина области остеонекроза часто характеризовалась фрагментацией кости. При ультрасонографии выявлялось увеличение бугристости большеберцовой кости, фрагментация центра роста, утолщение пателлярной связки более 1 мм, а также избыточное накопление жидкости в инфрапателлярной сумке. Технология лазерной остеоперфорации заключалась в следующем. В пораженных и подлежащих к очагу поражения участках кости под наркозом чрезкожно с помощью высокоинтенсивного диодного лазера с длиной волны 970 нм посредством кварцевого световода диаметром 0,4 мм производили множественные (8-10 и более) остеоперфорации. Использовали импульсно-периодический режим излучения лазера с пиковой мощностью 20-30 Вт. Болевой синдром после операции был не выраженным. На вторые сутки после операции больных выписывали домой. Послеоперационное амбулаторное лечение включало медикаментозную терапию (вазоактивные препараты, хондропротекторы, препараты кальция и другие) и физиопроцедуры. **Результаты:** Полное купирование болевого синдрома позволило 17 из 18 больных с болезнью Осгуд-Шляттера через 1-2 месяца вернуться к занятиям спортом. У одного из первых пациентов боли в области бугристости большеберцовой кости уменьшились, но не прошли. После повторной лазерной остеоперфорации, произведенной через 10 месяцев, наступило выздоровление. По данным по Glynn M.K., Regan B.F., которые лечили 22 пациента механическими остеоперфорациями, у 8 детей наблюдался стойкий эффект, а у 14 незначительный. Лечение проводится туннелизацией спицей Киришнера диаметром 2 мм из одного кожного прокола в 4-5 направлениях на глубину от 5 до 15 мм через апофизарную пластину до подлежащей костной ткани. Затем больная конечность иммобилизуется гипсовой шиной в течение 4-8 недель до существенного улучшения клиники и появления рентгенологических признаков синоостозирования апофиза. После статистической обработки выяснилось, что $\chi^2 < 3,8$. Поэтому говорить о несомненном преимуществе метода лазерной остеоперфорации над механической. Вероятно, это связано с малым количеством наблюдений. С учетом того, что лазерные остеоперфорации выполняются под общим обезболиванием, представляющим для пациента определенный риск, мы считали, что при болезни Осгуд-Шляттера данная методика показана детям, которые хотят продолжить занятия спортом, или у больных с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от консервативной терапии. **Выводы:** 1. Применение лазерной остеоперфорации при лечении болезни Осгуд –Шляттера позволяет сократить сроки лечения с 1-2 года до 1 месяца и вернуть подростка к привычному образу жизни. 2. С учетом того, что лазерные остеоперфорации выполняются под общим обезболиванием, представляющим для пациента определенный риск, данная методика показана тем детям с болезнью Осгуд-Шляттера, которые хотят продолжить заниматься спортом, или у больных с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от консервативной терапии.

ИЗУЧЕНИЕ КРИВЫХ ТОНАЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Хушваков О.Э., студент 414 группы, Шерматов Ш.М., студент 316 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра оториноларингологии (зав. каф. - к.м.н., доцент Хушвакова Н.Ж.)

Научный руководитель - ассистент Шаматов И.Я.

Цель работы: изучения показателя надпороговой и речевой аудиометрии у больных с острым гнойным средним отитом (ОГСО). **Материал и методы исследования:** Для выполнения поставленной цели нами в клинику оториноларингологии СОДМЦ обследовали 54 больных с ОГСО. Среди обследованных пациентов мальчиков – 26, девочек-28 (средний возраст $13 \pm 3,8$ года). Из них у 37 больных наблюдалось одностороннее понижение показателей слуха, а у 17 – двустороннее. **Результаты:** Исследование слуховой функции методом тональной аудиометрии показало, что слышимость тонов костно – тканевой проводимости у всех больных находилась в пределах возрастной нормы. Слышимость при воздушной проводимости была нарушена. Камертональные пробы Рине во всех случаях отрицательное, Швабах пролонгированное, Вебер латерализация звука в сторону больного уха. При тональной аудиометрии слышимость воздушной проводимости звуков была наиболее выражена смешено в области низких частот (125 – 300Гц). На частотах разговорной речи наблюдалось потеря слуха от 20 до 40 дБ. Восприятие тонов при костно – тканевой проводимости в пределах нормы. В аудиограмме отмечалось широкий костно- воздушный интервал, что согласуется с отрицательными опытами Бинга и Федерича (речевая аудиометрия метод контроля достоверности результатов тональной аудиометрии). Подобная закономерность между соотношениями наблюдалось при всех типах нарушения функции звукопроводящего аппарата независимо от нозологической формы заболевания. Кривая нарастания разборчивости речи при нарушении звукопроводящего аппарата сохраняла конфигурацию такую же, как и в норме, но при этом она сдвигалась вправо, т.е. в сторону большего уровня звукового давления. **Выводы:** Таким образом, наше исследование показало, что тональная и речевая аудиометрия до настоящего времени сохраняет свою актуальность в решении вопросов диагностики ОГСО.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Шавкатова Г.Ш., студентка 406 группы факультета медицинской педагогики СамМИ
Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (зав. каф. - доцент Курбаниязов З.Б.)
Научный руководитель: ассистент А.Ф. Зайниев**

Актуальность. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – весьма актуальная медико- социальная проблема в связи с широкой распространенностью (20-25% населения) и частотой осложнений: у 15% – развиваются трофические язвы, у 20% – варикотромбоз, который у 10% осложняется тромбозом глубоких вен. **Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей путем внедрения миниинвазивных вмешательств. **Материалы и методы исследования.** В хирургическом отделении клиники СамМИ с поводу варикозной болезни хирургическому лечению подвергнуты 186 больных за период 2011 по 2015 год. В обязательном порядке кроме общепринятых методов обследования выполняли УЗ сканирование поверхностной и глубокой венозной системы. В соответствии объемом и характером оперативных вмешательств больные были распределены на две группы. В первую группу включено 117 больных, а во вторую 69 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 22 до 54 лет. Оперативное лечение в первой группе выполнялось с использованием принципов миниинвазивной флебохирургии. Для ликвидации устьевого недостаточности выполняли кроссэктомиию. Через мини доступ обнажали устье большой подкожной вены с проведением флэбэкстрактора до нижней трети голени и выполняли операцию Бебкокка с одновременной эластической компрессией. При наличии перфорантной недостаточности выполняли операцию Коккета через минидоступ. Операцию завершали косметическими швами на все раны. Через 2 – 3 дня на оставшиеся варикозно расширенные вены проводили 1-2 сеанса склеротерапии. Всем больным второй группы было выполнено хирургическое лечение традиционными методами, которая включала ревизию сафено-фemorального соустья, кроссэктомиию, удаление большой подкожной вены, перевязку и пересечение перфорантных вен. **Результаты.** Общее количество больных, у которых наблюдались осложнения в раннем послеоперационном периоде, составляло в первой группе 1,7%, а во второй 10,1%. В первой группе наблюдались такие осложнения как парестезии, во второй группе наблюдались дополнительно такие осложнения как гематома и лимфоррея. Анализ болевой чувствительности позволяет заключить, что применение малоинвазивных методик у пациентов 1 группы достоверно уменьшает болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде. Более того, снижение травматичности вмешательства в целом благоприятно влияет на восприятие, пациентом болевых ощущений, приводя к снижению выраженности боли. Через 2 недели после оперативного вмешательства боли не беспокоили 98,3% пациентов 1 группы и лишь 30,4% пациентов 2 группы. В отдаленные сроки после операции сохранялись осложнения неврологического характера в виде парестезий, которые наблюдались в 17 случаев во 2 группе (24,6%). В течение трех месяцев после изолированной кроссэктомии у 3 пациентов 2 группы развилось варикозное расширение ранее неизмененных вен, которое успешно ликвидировано склеротерапией. При сравнении косметического результата после операции, лучшие результаты наблюдались в первой группе, что выражалось в меньшем количестве разрезов. При сравнительной оценки результатов лечения видно, что хирургическое лечение с помощью традиционных методик обладает большей травматичностью и большим количеством осложнений. **Выводы.** Применение миниинвазивных методов хирургического лечения больных с варикозной болезнью выгодно отличается малой травматичностью, косметичностью, радикализмом и экономической выгодой.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Шавкиев С.У., Бабажанов Н.М., резиденты магистратуры 3 курса,
Бердиёров У.М., клинический ординатор 2 года обучения СамМИ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. - доц. Юсупов Ш.А.)
Научный руководитель: доц. Боймурадов Н.С.**

Цель работы: Изучение частоты встречаемости и особенностей клинического течения острого парапроктита (ОП) у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Для выполнения поставленных задач нами проведен ретроспективный анализ клинических результатов диагностики и лечения 152 историй болезни детей грудного возраста с острым парапроктитом, находившихся на стационарном лечении во 2 клинике Самаркандского Медицинского Института за период с 2008 по 2015 гг. **Результаты:** Наиболее часто (56,6%) острый парапроктит встречался у детей в возрасте от 1 до 3 мес. Мальчиков было 149 (98,0%), девочек - 3 (2,0%), т.е. мальчиков было в 5,1 раза больше, чем девочек. Проживающих в сельской местности 113 (74,3%), из города - 39 (25,7 %). Среди больных с ОП было 14 (7,3%) недоношенных детей, на искусственном вскармливании находился 21 (10,9%) ребенок. В развитии острого парапроктита у детей раннего возраста перво-степенную роль играл диарейный синдром 83 (54,6%), замедленное формирование нормального кишечного биоценоза и его основных компонентов – бифидо и лактобактерий, а также снижение гуморального и местного иммунитета на фоне ОРВИ отмечалось у 30 (19,7%), диспепсические расстройства у 25 (16,4%), гнойничковые поражения, опрелости и мацерации кожи промежности у 15 (9,9%). У новорожденных и грудных детей особенно часто встречалась подкожная форма ОП – в 140 (92,1%) случаях, подслизистая – в 12 (7,9%). Расположение абсцессов в окружности заднего прохода определяли по циферблату: передней локализацией считали расположение очага воспаления между 11 и 1 часом-14 (9,2%) больных, боковой - между 8-10 – 72 (47,4%) больных 2-4 часами-54 (35,5%) больных, задней - между 7-5 часами-5 (3,3%) больных. У 5(3,3%) больных острым парапроктитом было по два и у 2 (1,3%) больных - по три очага воспаления. Из клинических проявлений припухлость, отёчность и покраснение перианальной области, а также беспокойство, плач и вялость были отмечены у 152 (100%) пациентов, у 98 (64,5 %) детей отмечалось повышение температуры тела, жидкий стул у 106 (69,7%) пациентов, беспокойство при акте дефекации у 114 (75%) больных, самопроизвольно вскрывшийся острый гнойный подкожный парапроктит – у 24 (15,8 %). **Выводы:** Таким образом, острый парапроктит наиболее часто встречается у мальчиков, сельской местности в возрасте от 1 до 3 мес. на фоне заболеваний, сопровождающихся диареей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

**Шамсиев Ж.З., студент 3 курса пед. факультета, Азимова А.А., 2-клиника СамМИ
Научный руководитель - проф. Ж.А. Шамсиев**

Врожденная диафрагмальная грыжа - сравнительно редкая патология, являющаяся тяжелым врожденным пороком развития, сопровождающимся дыхательной недостаточностью. Во 2-клинике Самаркандского Медицинского института имеется опыт лечения 53 детей с ВДГ за период с 1998 по 2015 гг. При распределении по возрасту: до 1 года было 21 (39,6%)

больных, от 1 года до 3 лет – 9(17%), от 3 до 7 лет – 16 (30,2%) и старше 7 лет – 7(13,2%). Мальчиков было 36 (68%), девочек – 17 (32%). У 15 (28,3%) детей диагностирована истинная диафрагмальная грыжа. Левосторонняя грыжа была диагностирована у 43 больных (81%), правосторонняя - у 10 (19%), и у 38 (71,7%) – ложная. Из всех детей 42 (79%) больным проведено оперативное вмешательство, 11 (21%) ввиду крайне тяжелого состояния хирургическое лечение не проведено. Во время операции торакальным доступом диафрагмальная грыжа была ликвидирована в 25 (59,5%) случаях, в17 (40,5%) – абдоминальным. При ложных грыжах Богдалека, торакотомный доступ явился наиболее удобным и был выполнен 25 больным. При ретростернальных грыжах 12 больных, пользовались лапаротомным доступом. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы 5 больным, операцию провели также лапаротомным доступом. Таким образом, своевременная диагностика с индивидуальным подходом оперативного лечения дает хорошие результаты лечения детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ

Шербеева Ф.У., студентка 205 группы стом. факультета СФТСи,

Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра общей хирургии, рентген диагностики и терапии (зав. каф. – к.м.н., доцент Мустафакулов И.Б.)

Научный руководитель: ассистент Бойсариев Ш.У.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и качества жизни оперированных больных путём оптимизации существующих и разработки новых методов эхинококкэктомии печени. **Материал и методы исследования:** Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности была предпринята у 25 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. С самого начала работы первостепенное значение придавали отбору больных. Помимо размеров кист (до 10 см) и их доступной локализации (сегменты печени III, IV, V, VI, частично VII), важным в плане эффективной пункции и эвакуации содержимого гидатидной кисты является период жизнедеятельности паразита. Локализация и расположение кисты в ткани печени имеют важное значение при планировании и выборе способа лечения. Все манипуляции по эвакуации содержимого и введению антипаразитарных растворов в полость кисты осуществляли переключением двухходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Кроме того, важным моментом являлась возможность проведения закрытой антипаразитарной обработки полости кисты, что позволяло в последующем безопасно переместить кутикулярную оболочку паразита из остаточной полости в эндоконтэйнер. Антипаразитарную обработку проводили 100% глицерином. После пункции, эвакуации содержимого, антипаразитарной обработки кисты удаляли хитиновую оболочку. Для ревизии остаточных полостей, полного удаления кутикулярной оболочки и выявления желчных свищей во всех случаях проводили эндовидеоскопию остаточной полости печени, иногда используя для этого дополнительный лапароскоп. Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Больным, оперированным эхинококкозом печени, выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 3 типа операций: закрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову. **Результаты:** При локализации кист у ворот печени, или из-за возможности повреждения внутрпеченочных протоков вынужденным методом операции является открытая эхинококкэктомия - абдоминализации остаточной полости, которая выполнена у 9 (39,13%) больных. Ликвидация остаточной полости инвагинацией вворачивающими швами по нашей методике выполнена у 6 (26,09%) больных. Весьма эффективным и простым методом закрытия остаточной полости являлась пломбировка сальником на питающей ножке, которая выполнена у 8 (34,78%) больных. **Выводы:** Лапароскопическая эхинококкэктомия отличается минимальной травматичностью. Интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии не отмечали. Однако, технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки и других включений при их наличии в кисте препятствовали широкому применению этой операции. Конверсия при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии проведена в 2 случаях с переходом на минилапаротомию.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Шишков А.П., Тунгусова М.Н., студенты 410 гр. пед. факультета Уральского ГМУ

Кафедра общей и факультетской хирургии (зав. каф. – доцент Столин А.В.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шурьгина Е.П.

Актуальность проблемы болезни Крона (БК) определяется ростом заболеваемости в последние три десятилетия, преимущественным поражением лиц молодого возраста, частой поздней диагностикой, высокой инвалидизацией. **Цель работы:** Выявить особенности течения и тактики ведения больных с БК. **Материал и методы исследования:** Анализу подвергались 12 историй болезни пациентов с БК за период с 2013 по 2014 года, находившихся на стационарном лечении в общехирургическом отделении МБУ ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. Критерием отбора являлся установленный и верифицированный диагноз. **Результаты:** Изучение историй болезни выявило, что количество случаев БК возросло: в 2012 году был госпитализирован один пациент, в 2013 году - 5 случаев, в 2014 году - 7 больных. 8 мужчин (66,67%) и 4 женщины (33,33%). Часть литературных источников говорит о том, что БК болеют больше женщины, чем мужчины. У мужчин возрастной промежуток манифестации заболевания занял от 19 до 77 лет, что в среднем составило $51 \pm 6,38$ год. У женщин данный промежуток от 18 до 60 лет, что в среднем составило $38 \pm 7,89$ лет. Полученные данные соответствуют данным литературы. При исследовании особенностей клинической картины у пациентов с БК преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли – 100%, лихорадка – 58%, тошнота – 50%, сухость во рту – 33%, диарея – 25% и рвота – 25%. По данным литературы основными симптомами являлись: абдоминальные боли – 77%, диарея – 73%, потеря веса – 54%, лихорадка – 35%, кишечные кровотечения – 22%, анальные свищи – 16%. Также выявлены: озноб/пот – 25%, слабость – 17%; и диспепсические расстройства: вздутие – 17%, запор – 17%, расстройство аппетита – 8%. Наблюдается снижение веса в 8% случаев. Также как и в данных литературы, эти симптомы встречаются редко и не являются патогномоничными для БК. Следует заметить, что среди исследуемых пациентов отсутствуют внекишечные проявления. Из анамнеза выявлено, что 5 пациентов (41,67%) перенесли оперативное лечение. Чаще всего, возникновению БК предшествовало 3 случая аппендэктомии (60%). Остальные 2 случая (40%) связаны с операциями по поводу холецистита: холецистэктомия и холецистостомия. Лишь в одном случае была перенесенная кишечная инфекция - амебиаз. 5 человек (41,67%) госпитализировались с диагнозом острая кишечная непроходимость. Из них у двоих (40%) была спаечная обтурационная тонкокишечная непроходимость, выявленная при помощи рентгенологических методов. В других 2 случаях (40%) была выявлена динамическая кишечная непроходимость, одна из которых была тонкокишечная, а вторая – низкая толстокишечная, выявленная при

помощи диагностической лапароскопии. И 1 случай обтурационной тонкокишечной непроходимости (20%) был связан со стриктурой подвздошной кишки. При проведении лапароскопии этим больным был поставлен диагноз БК. Также у пациентов с БК были определены следующие локализации заболевания: среди 12 случаев было 4 изолированных поражения тонкой кишки – терминальный илеит (33,33%), в 7 случаях (58,33%) было сочетанное поражение тонкой и толстой кишки - илеоколит. Среди них 3 случая проктосигмоидита (42,86%), 1 случай панколит (14,29%), 1 случай сигмоидита (14,29%), 1 случай левостороннего гемиколита (14,29%) и 1 случай нелокализованного колита (14,29%). И лишь в 1 случае была гастронтероколитическая форма БК (8,34%). При лечении больных было эффективно медикаментозное лечение, в котором препаратами первой линии были сульфасалазин или салофальк в сочетании с преднизолоном. Также оказывалась должествующая патогенетическая и симптоматическая терапия. Лишь в одном случае была проведена хирургическая операция – гемиколэктомия, с последующей биопсией. **Выводы:** Таким образом, наши исследования подтвердили увеличение частоты встречаемости БК. По результатам наших исследований, которые не согласуются с литературными, среди больных чаще встречались мужчины среднего возраста. При исследовании особенностей клинической картины у пациентов с БК преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли, лихорадка, тошнота, сухость во рту, диарея. Результаты наших исследований подтвердили преобладание случаев илеоколита. Медикаментозная терапия показала положительный эффект. Лишь в одном случае было проведено хирургическое лечение по показаниям.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Шомуродов Х., Нормаматов Б., резиденты магистратуры 1 курса по хирургии СамМИ
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ (зав. каф. – к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.)
Научный руководитель: к.м.н., доцент Нарзуллаев С.И.

Цель работы: Изучение результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). **Материал и методы исследования:** Проанализированы результаты лечения 69 больных, оперированных по поводу перфоративных пилородуоденальных язв. Мужчин было 58 (84,1%), женщин – 11 (15,9%). Возраст больных колебался от 16 до 74 лет. Прободная язва 12-перстной кишки диагностирована у 49 человек (71,0%), пилорического отдела желудка – у 13 (18,8%), тела желудка – у 7 (10,2%). **Результаты:** Были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера; Стволовая ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка с пилоропластикой – 5; ушивание перфоративной язвы – 60. Умерли 4 человека (5,7%). У 3 умерших диаметр перфоративного отверстия был более 1,5 см. Все умершие поступили позднее 24 часов с клиникой диффузного перитонита. 2 умерших из 4 были женщинами. У 3 из 4 умерших язва локализовалась в теле желудка, у 1 – в 12-перстной кишке. Летальность при перфорации язвы желудка составила 4,3%, при перфорации язвы ДПК – 1,4%. У 3 (4,3%) человек пришлось прибегнуть к релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита, несостоятельности швов ушитой язвы, ранней спаечной кишечной непроходимости. В 7 (10,1%) случаях. Отмечались такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны, пневмония, несостоятельность швов ушитой язвы. Ушивание перфоративной язвы в 15 (21,7%) случаях из 69 было выполнено с помощью эндовидеоскопической технологии. Классически накладывался пневмоперитонеум в параумбиликальной точке с введением лапароскопа. Дополнительно вводились от 2 до 3 манипуляционных троакара. После ревизии внутренних органов выполнялся модифицированный вариант ушивания язвы по Опелю-Поликарпову с использованием свободной пряди большого сальника и интракорпоральным завязыванием нити (полисорб, 2/0). После тщательной санации брюшной полости проводилось её дренирование. Продолжительность операции варьировала от 30 до 90 минут. Летальных исходов после лапароскопического ушивания прободной язвы не было. Наблюдался 1 случай конверсии доступа. Из 14 случаев отмечено лишь одно осложнение послеоперационного периода. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 5,0±1,5 дней. Пациенты в послеоперационном периоде не нуждались в наркотической анальгезии. Больные начинали вставать к концу первых суток, со вторых суток получали жидкую пищу. Медикаментозная терапия заключалась в инъекциях анальгина, прокинетики, в/в введении современных ингибиторов протонной помпы с последующим переводом на пероральный проведение эрадикационной терапии после консультации гастроэнтеролога (кларид, амоксициллин, трихопол). **Выводы:** Непосредственные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв свидетельствуют об эффективной ликвидации данной патологии. Послеоперационный период имеет весьма выгодные преимущества перед лапаротомным ушиванием.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ

Эсиргапов С.Н., резидент магистратуры 2 года, Имомов Ш.Ш., резидент магистратуры 1 года обучения СамМИ
Курс урологии (зав. курсом – доц. Шодмонова З.Р.)
Научный руководитель: доц. Шодмонова З.Р.

Цель работы: Оценить целесообразность и эффективность неотложной уретеролитотомии в первые сутки от начала колики в случаях, когда сочетание почечной колики с инфекцией верхнего мочевого тракта сопровождается ознобами. **Материал и методы исследования:** В отделении экстренной урологии СФРНЦЭМП за последние 6 лет (2009-2015 гг.) наблюдалось 918 больных по поводу МКБ. Из них в 377 (41%) случаях имели место камни мочеточника. Возраст больных варьировал от 16 до 72 лет, из них женщин было – 209 (55,4%), а мужчин – 168 (45,6%). У 27 больных имел место многоместный уrolитиаз, в 29 случаях выявлены камни обоих мочеточников. При почечной колике всегда имеется опасность возникновения острого гнойного пиелонефрита, который на высоте колики не всегда легко распознать. Всем больным проводилось комплексное обследование, на основании результатов которого их распределили на 3 группы. Первую группу составили 189 больных с размером камней менее 6 мм и нормальной уродинамикой, вторую группу – 32 больных, с нарушением пассажа мочи из верхних мочевых путей (пиелозктазия), но без признаков пиелонефрита. 156 больных с признаками острого обтурационного пиелонефрита (с ознобом) на фоне нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей, которым предстояло оперативное вмешательство составили третью группу. **Результаты:** По нашим данным, при уретеролитиазе качественные показатели реограммы и доплерографии, показали изменения гемодинамики как в артериальном, так и в венозном русле почки на стороне поражения. Мы придерживались следующей тактики: консервативное лечение проводилось у больных, у которых локализация, размеры и форма конкрементов предполагали самостоятельное отхождение, но отсутствовали признаки острого пиелонефрита. У 189 (50,1%) больных камни отошли самостоятельно после соответствующей комплексной терапии. В 83 случаях пришлось катетеризировать мочеточник и у 32 (8,4%) произве-

дена уретеролитокэкстракция. В 13 (3,4%) случаев произведена перкутанная нефростомия. При этом в 2-х случаях на следующие сутки вследствие атаки острого апостематозного пиелонефрита была произведена декапсуляция почки, нефростомия. При острой обтурации мочеточника камнем производилась неотложная уретеролитотомия. У 59 (15,6%) больных, которых размеры камня были 7 мм и более ургентная уретеролитотомия выполнена в первые 24 часа после возникновения обтурации мочеточника. У пациентов не было признаков острого пиелонефрита до операции. После операции не наблюдалось никаких осложнений. Учитывая тяжесть состояния и наличие других сопутствующих заболеваний у 84 (22,2%) больных неотложная уретеролитотомия была выполнена спустя 24-72 часа от начала заболевания. В послеоперационном периоде у этих больных наблюдались следующие осложнения: в 73 случаях – атака острого пиелонефрита, у 14 больных – нагноение раны, у 6 пациентов – мочевои свищ. У 32 больных, которым операция проводилась спустя более 3-х суток от начала заболевания выявлены: апостематозный пиелонефрит (29), карбункул почки (3), потребовавшие наряду с удалением камня из мочеточника выполнения нефростомии, декапсуляции и резекции почки. **Выводы:** Таким образом, при почечной колике, обусловленной уретеролитиазом, отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения является показанием для неотложной уретеролитотомии. Наиболее благоприятный срок для выполнения неотложной уретеролитотомии – первые 24 часа после возникновения окклюзии. Лишь при тяжелых сопутствующих заболеваниях можно отложить неотложную уретеролитотомию на 2-3 суток для предоперационной подготовки. Применение более длительной консервативной терапии с катетеризацией мочеточника при обтурационном уретеролитиазе необоснованно, так как приводит к инфицированию мочевых путей госпитальными штаммами бактерий, развитию острого гнойного пиелонефрита и ухудшению результатов лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ
Юрлова А.С., интерн кафедры детской хирургии УГМУ
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н., профессор Цап Н.А.)
Научный руководитель: к.м.н. Штукатуров А.К.

По данным ВОЗ, ожоги являются одной из самых распространенных бытовых травм у детей всех возрастных групп. По данным Министерства здравоохранения и Росстата в 2014 году в медицинские учреждения обратилось 72256 ребенка в связи с полученной термической травмой. Данный вид травм ведет к образованию рубцов и контрактур и как исход – инвалидность. **Цель работы:** Проанализировать консервативное и оперативное лечение у детей с последствиями термической травмы кисти. **Материал и методы исследования:** Нами был произведен сплошной ретроспективный анализ обращения 126 детей в ожоговое отделение в период с 2009 по 2015 год в плановом порядке с последствиями термической травмы. Из них у 31 (24,6%) ребенка с термической травмой III степени в остром периоде было проведено раннее оперативное лечение. Их повторная госпитализация была обусловлена ростом костей и появлением незначительных косметических дефектов. У 95 (75,4%) обратившихся детей с термической травмой IIIА в остром периоде проводилось только консервативное лечение. В результате в отдаленном периоде у данной категории больных сформировались грубые контрактуры и рубцы. У 11 (11,5%) детей затруднялось самообслуживание. Такие пациенты требовали обязательного хирургического этапа реабилитации. **Результаты:** Тактика хирургической реабилитации для данной категории была выбрана следующая: для 15 (15,8%) пациентам проведена пластика полнослойным кожным лоскутом; у 7 (7,4%) детей выполнена свободная кожная пластика расщепленным кожным лоскутом; для 51 (53,7%) обратившегося – пластика перемещенным кожным лоскутом; у 23 (24,2%) детей – применялась комбинированная кожная пластика: сочетание пластики перемещенным кожным лоскутом и преимущественно пластики полнослойным кожным лоскутом; у 2-х (2,1%) пациентов – выполнена кожная пластика на питающей ножке (итальянская пластика). Чаще после ожогов, полученных горячими жидкостями применялась пластика перемещенным кожным лоскутом – 18 (18,8%). Последствия термической травмы пламенем требовали пластики полнослойным кожным лоскутом у 3 (3,1%). Для контактных ожогов чаще проводилась пластика перемещенным кожным лоскутом – 28 (29,2%). При термической травме, полученной электрическим током, в равной степени применялась пластика перемещенным кожным лоскутом и свободная пластика расщепленным кожным лоскутом. Для достижения наилучшего функционального и косметического результата в раннем послеоперационном периоде кисть позиционировалась лонгетами и фиксировалась интраоссально спицами в средне-физиологическом положении или в положении гиперкоррекции. В отдаленном послеоперационном периоде детям назначалось консервативное лечение в виде ЛФК, применение противорубцового препарата Контрактубекс, Ферменкол как местно, так и методикой ультрафонофореза, силиконовый пластырь Мепиформ и эластическое бинтование. Все обратившиеся дети находились на длительном динамическом наблюдении в ЕДОЦ. **Выводы:** В результате комплексное лечение детей с последствиями термической травмы кисти IIIА-В степени и ранее оперативное лечение в остром периоде проведено у 25% пациентов – во всех случаях эффективно. Нарушение функции захвата затрудняло самообслуживание у 12% детей, что требовало обязательного хирургического этапа реабилитации. Комплексная реабилитация детей с термической травмой кисти является обязательным этапом для их полноценной адаптации в окружающей среде и повышает качество жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЕНАЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ МАКУЛОПАТИИ ПОСЛЕ ТЭК У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТОЙ

Якубов Г.К., резидент магистратуры 3 года обучения
Кафедра офтальмологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Юсупов А.А.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Бектурдиев Ш.С.

По литературным данным, около 12% пациентов из общего числа прооперированных по поводу катаракты имеют СД. Из них примерно у 51%, не имеющих признаков диабетической ретинопатии, наблюдается клинически значимый КОМ. В связи с этим становится актуальным вопрос профилактики КОМ у пациентов с СД. **Цель работы:** Оценить эффективность применения кеналога для профилактики развития кистозного отека макулы после тоннельной экстракции катаракты у пациентов с диабетической катарактой. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 36 больных с СД, прооперированных по поводу катаракты, из них 7 мужчин и 29 женщины. Возраст пациентов от 48 до 80 лет ($67,15 \pm 10,18$). Плотность катаракты соответствовала I-III ст. Помимо стандартного офтальмологического обследования выполняли общеклинические методы исследования, консультации эндокринолога и других специалистов при необходимости. Всем пациентам была проведена тоннельная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ. По окончании операции в заднее субтеноново пространство вводили 1,0 мл кеналога. В послеоперационном периоде все пациенты получали про-

тивовоспалительную терапию-инстилляцию антибиотика и НПВС. Контрольные осмотры проводили на 1 и 5 сутки, через 10 дней и 1 мес. после операции. **Результаты:** Ранний послеоперационный период в большинстве случаев протекал без осложнений. У 4 пациентов в 1 сутки был выявлен отек роговицы, который полностью регрессировал на фоне проводимого лечения к 5 дню. Острота зрения до операции составляла $0,07 \pm 0,06$. Уже на 5 сутки острота зрения повысилась до $0,47 \pm 0,27$ и продолжала расти в течение месяца, достигнув значений $0,81 \pm 0,21$. Анализ измерений ВГД до операции ($19 \pm 2,83$ мм рт.ст.) и в ранние сроки послеоперационного периода не показал выраженного влияния задней субтеноновой инъекции каналога на его уровень. Была определена тенденция к повышению ВГД на 3 сутки наблюдения в пределах 4 мм рт.ст. ($23 \pm 2,23$ мм рт.ст.). Повышения ВГД более 25 мм рт.ст. не отмечали ни в одном случае. **Выводы:** Анализ результатов исследований позволяет предположить, что однократная интраоперационная субтеноновая инъекция каналога способствует уменьшению степени выраженности микрососудистой реакции тканей, предотвращает значительное увеличение толщины сетчатки в центральной зоне, что способствует более быстрой стабилизации зрительных функций.

SELECTION OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT STENTS FOR CONTROLLING PORTAL HYPERTENSION

Abdullaev B.Sh., junior scientific researcher, 4th years of GP faculty, TMA

Department of faculty and hospital surgery (head of the department – acad. Karimov Sh.I.)

Scientific supervisor: Matkuliev U.I.

Background: TIPS is effective method of creating a portosystemic shunt to decrease or treat portal hypertension. TIPS is a side-to-side shunt of a determined diameter designed to function as a partial shunt that preserves a portion of portal flow to the liver. Flow through the completed shunt is assessed by comparing the degree of privileged filling of the shunt to that of the portal vein branches and portosystemic collaterals (mainly in the gastric veins). The identification of hepatofugal (reversed) blood circulation in portal vein branches (total shunting) is a sign of good flow through the shunt. Technical success is defined as a decrease of the portosystemic pressure incline to 12 mm Hg or less, or a reduction of at least 25-30 %. **Purpose:** To evaluate efficacy of transjugular intrahepatic portosystemic shunt stent for decreasing portal pressure and estimate stent diameter according to the classification and patient condition. **Materials and Methods:** Between 2002 and 2014, 67 patients with cirrhosis (60 males) with a mean age 51.08 ± 12.574 years underwent TIPS in the Tashkent Medical Academy II clinic. 17 patients were infected with hepatitis B virus, 6 patients were with hepatitis C, 1 patient were diagnosed with both of HBV, HCV, and histiocytosis. In 2 patients developed cirrhosis cause of both alcohol and hepatitis B virus. The hepatic function status evaluated by Child-Pugh classification was group A in 24 patients, group B in 28 and group C in 15 patients (Table 1). All patients had complications from cirrhosis and portal hypertension. The indications for using TIPS were uncontrollable ascites ($n=59$) and gastrointestinal bleeding ($n=8$). In 5 patients were cannulation and all of them operations were failed. In 9 patients have developed thrombosis. After surgical treatment, 11 stents were blocked by a clot. Stents were used according to Child-Pugh classification and degree of the liver failure. Retrospective study compared the outcomes of TIPS between cirrhotic patients receiving 6 mm ($n=1$), 7 mm ($n=3$), 8 mm ($n=9$), 9 mm ($n=11$), 10 mm ($n=29$), 12 mm ($n=14$) Wall stents. The first day occlusion rate was significantly higher in the 12-mm stent group than in the 10-mm stent group (21% and 0% respectively). However, the long-term primary and secondary patency rates were similar between the two groups. **Results:** We compared patients' condition and complications of the TIPS according to stent diameter. The first month mortality rate was higher in the 12-mm stent group than in the 10-mm stent group. The 10 mm stents were more effective than the 8 mm stents for reducing portosystemic pressure gradient after TIPS (6.5 ± 2.7 mm Hg and 8.9 ± 2.7 mm Hg, $P=0.007$). A 10-mm stent group was superior to the 8-mm stent group for decreasing the first year rate of remaining free of recurrence and/or persistence of complications due to portal hypertension (82.9% and 41.9%, $P = 0.002$, by Log-Rank test). TIPS altered the portal pressure in all patients after the second operation. The mean portal system pressure prior to TIPS placement was 53.67 ± 4.21 mm Hg, which decreased to 25.10 ± 4.06 mmHg after the first shunt tract was established ($P < 0.001$). The mean portal system pressure prior to the second TIPS was 43.68 ± 3.98 mm Hg and decreased to 25.14 ± 4.67 mm Hg after the procedures ($P < 0.001$). The mean PSG prior to the TIPS placement was 43.80 ± 6.18 mmHg, which decreased to 15.27 ± 3.32 mm Hg after shunt tract was established ($P < 0.001$). The mean PSG prior to the next TIPS was 37.40 ± 2.76 mm Hg and decreased to 16.20 ± 3.17 mm Hg after the procedures ($P < 0.001$). **Conclusion:** The study showed that a 10-mm stent might be effective and brought less complication than an 8-mm or 12-mm stent for the management of PH and the development of shunt patency. Covered stents are better than bare stents for decreasing the shunt dysfunction. The placement of a stent in the left portal vein branch may enhance the hepatic perfusion and decrease the incidence of hepatic encephalopathy.

THE PATIENTS WITH THE PATHOLOGIC DEFORMATION OF THE CAROTID ARTERIES OF PARTICULARITIES OF THE SURGICAL TACTIC AND ANESTHESIOLOGICAL GUIDE

Abdullaev J.S., Adashaliev A.N., TMA

Department of Faculty and hospital surgery

Objective: to improve the results of the surgical treatment of the patients with the pathologic deformation (PD) of the carotid arteries (CA) by the way of working out of new approaches of the anesthesiological guide and surgical tactic. **Materials and methods:** There were analyzed the results of the examination and treatment of 261 patients with the PD of the CA with the different degrees of chronic cerebro-vascular insufficiency (CCVI). They were performed 296 open reconstructive operations. The patients were on the stationery treatment at the 2nd clinic of the TMA from 2010 to 2015 year. According to the Pokrovskiy;s classification (1976) CBVI I degree was found out at 17 (5,7%) patients, II degree – at 30 (10,1%), III degree – at 118 (39,9%), and IV degree – at 131 (44,3%) patients. The patients were separated to 2 groups. The first (control) group contained of 78 patients which were at the stationery treatment from 2010 to 2012 year. The second (basic) group contained of 183 patients which were at the stationery treatment from 2013 to 2015 year. The surgical treatment was performed in both groups. The difference was in that the artificial hypertension was performed to all the patients in the control group, but in the basic group the artificial hypertension was not performed at the patients with the both side PD of the CA. **Results:** At the analyzing of the results of treatment of the patients of the control group it was found out that at 3,6% of the patients was developed an ischemic stroke (IS) at the contralateral side during the operation. Every patient had additional pathology – arterial hypertension and all was them was performed the artificial hypertension. The intraoperative stroke at the ipsilateral side developed at 2 (2,4%) patients and the indicator stroke-lethality was 2,4%. There were no intraoperative ischemic stroke at the contralateral side, the intraoperative ischemic stroke at the ipsilateral side developed at 3 (1,4%) patients and the indicator stroke-lethality was 0,5%. Recurrent stenosis in the area of anastomosis because of the growth of the atherosclerotic mass developed in long term period at 6 (7,1%) patients. There was not lethality from the IS and

MI. The lethality from the IS and MI in long term period was not observed in the basic group. The same time the complications connected with the development of the IS in the ipsilateral carotid pool in 1,07% and MI in 0,53%. The main positive moment in the treatment of the patients of the basic group were reducing of the contralateral intraoperative stroke and stroke+lethality. **Conclusions:** Performing of the artificial hypertension during the operation is not recommended the patients with the both side hemodynamic significant pathologic deformations of the CA to protect the brain from the ischemia. Also we recommend to carry out the additional endarterectomy from the CCA and ECA to the patients with the pathologic deformation of the carotid arteries and hemodynamic not significant stenosis but with II and III types of plaques to prevent the recurrent stenosis in long term period.

STAGE SURGERY RESULTS IN PATIENTS WITH COMBINED CAROTID ARTERY DISEASE AND GALLSTONE DISEASE

Adashaliev A.N.

Department of faculty and hospital surgery of treatment faculty, TMA

Evaluation of stage surgical results correction in patients with concomitant carotid arteries and gallstone disease. **Material and Methods:** The surgical treatment results of 50 patients (male - 13, female - 37) were treated at the department of angioneurology and abdominal surgery of the 2nd-clinic of Tashkent Medical Academy in the period from 2010 to 2015 with combined carotid arteries and gallstone disease. The age of patients ranged from 42 to 69 years (median age 57,41±7,11). In all patients the neurological status was evaluated before and after surgery and in the long term. All 50 patients with gallstone diseases was revealed hemodynamically significant lesion of the carotid arteries. According to the difference of treatment tactics the patients were divided into 2 groups: • I group (basic) - 16 patients who had first stage performed reconstructive surgery on carotid arteries, 2nd stage - laparoscopic cholecystectomy. • II group (control) - 34 patients who abstained from the proposed surgical treatment in the carotid pool, they were underwent only laparoscopic cholecystectomy. **Results:** According to the classification of A. Pokrovsky (1979) asymptomatic (I stage ChCVI) disease was observed in 2 (4%) patients, transient ischemic attack (TIA) - in 7 (14%), encephalopathy - in 32 (64%), and 9 (18%) patients had an ischemic stroke in anamnesis. The indications for reconstructive operations on carotid arteries for symptomatic lesions were - all types of plaque narrows the lumen of the vessel 60% or more. For asymptomatic lesions - homogeneous plaque narrows the lumen of the vessel to 70% or more, and heterogeneous hypoechoic, ulcerated plaques with stenosis of 60% or more. In the control group, in the early postoperative period (30 days), ischemic stroke occurred in 1 (2.9%) patient was done the conservative medical therapy, the patient has marked regression of neurological symptoms. In the long term (to 36 months). This indicator increased to 20.6% (7 patients). In the basic group, in the early postoperative period the ischemic stroke was not observed. In the long term period in 1 (6%) patients with previous ischemic stroke developed repeated ischemic stroke on the contralateral side was developed after conservative measures with a positive result. **Conclusions:** When treating patients with combined carotid artery disease and gallstone disease must adhere to the tactics of the dominant is the carotid surgery for prevention of ischemic stroke. Subsequently, preference should be given to the surgical interventions with the least aggression, including laparoscopic surgery. Priority perform reconstructive surgeries on the carotid in patients with gallstone disease in most cases, to achieve improvement of the patient, to avoid serious complications such as acute stroke disability.

THE STUDY OF NEUROSURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC CHRONIC SUBDURAL HEMATOMAS

Aliiev M.A., senior researcher of department of neurosurgery of SamMI

Department of neurosurgery (head - professor Mamadaliev A.M.)

Scientific supervisor : professor Mamadaliev A.M.

The aim of the scientific investigation was to improve the methods and results of complex treatment of posttraumatic subdural hematomas and subdural hygromas. **Material and methods of investigations:** Scientific investigations have been carried out on the basis of assessment of 167 patients with the diagnosis of posttraumatic chronic and under acute subdural hematomas and hygromas who had surgical operations in the neurosurgical clinic of Samarkand State Medical Institute for the period of 2003 - 2014 years. 142 patients (85%) were men and 25 patients (15%) were women. Hematomas 70-100 ml in size evacuated after surgical operations have been in the most concentration during dividing groups of patients due to the size of the evacuated hematomas. In order to prevent the probability of complications (cerebral arachnoiditis, arachnoid cysts, atrophic-glioz processes) caused by the development of liquorodynamic and hemodynamic disorders in the postoperative period in the 8-9 days of treatment we used endolumbal insufflations and these patients (49) have been included in the first group. 118 patients have been treated by the traditional methods without using endolumbal procedures in the postoperative period and they have been included in the control group. For the present time in the practice of the world neurosurgeons patients' general health and neurological status has been assessed by the widely used "Glasgow Extended Scale of the Outcomes of the Traumatic Brain Injury" (GOSE). General health and neurological status of the investigated patients in 3-6 months after surgical operations has been reassessed by the use of GOSE and we received the following results: in the 1 group of patients after surgical removing of subdural hematomas and hygromas and as a result of complex treatment with using ozone insufflations after surgical operation in 2 patients with vegetative status general health condition and the presented neurological deficits have temporary recovered and in 1 patient it has been observed the improvement of the changes until lower severe disability (LSD), and also in 1 patient his condition has been improved until 8 scale (LGR) "lower good recovery". In the other contingent of the basic group we have been received the positive results, i.e. patients who had 5 scale (USD) "upper severe disability condition" have been decreased in 1 time and patients who had 6 scale (LMD) "lower moderate disability condition" have been decreased in 5 times. The amount of patients' contingent who has been assessed as 7 scale (UMD) "upper moderate disability condition" the recoveries in their general health status and neurological deficits have been determined in 3 times less cases. The amount of patients' contingent who has been assessed as 8 scale "lower good recovery" (LGR) in the contrast of the other patients' contingent who had lower scale it has been observed the improvement of the general health status which has been increased in 2 times, and the amount of patients' contingent who had 9 scale (UGR) "upper good recovery" was 28 (57,1%) which we have not observed before performing complex treatment. **Conclusions.** Posttraumatic chronic subdural hematomas and hygromas should be removed by the use of miniinvasive surgical operation with the put of milling holes or milling chinks; -After surgical operation of the big hematomas and hygromas it should be carried out chlorvinile drainage of subdural cavity and evacuation step by step; -The use of complex endolumbal ozone insufflations procedure which performed step by step in 8-9 days after surgical operation have got positive results and patients' working ability have been restored in the early stages.

USING THE MINI INVASIVE TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Beknazarov I.R., Adashaliev A.N.

Tashkent Medical Academy

Department of Faculty and Hospital Surgery

Objective: Ways to improve the results of using mini invasive technologies in patients with acute cholecystitis. **Material and Methods:** Was performed Laparoscopic cholecystectomy (LChE) during the period from 2014 to 2015 in 79 patients with acute calculous cholecystitis. The age of patients ranged between 26 and 67. Gender structure: women were 58 (76.3%) and men were 18 (23.7%). With acute calculous catarrhal cholecystitis were operated 3 (3.8%) patients, with acute calculous phlegmonous cholecystitis were operated 47 (59.5%) patients and with acute gangrenous cholecystitis were operated 29 (36.7%) patients. With symptomatic cholelithiasis and mechanical jaundice received 9 (11.4%) patients. From them 7 (8.9%) patients after endoscopic retrograde cholangiography (ERChG) were confirmed concrements to the common bile duct and 2 (2.5%) patients were revealed stenosis cholangitis. All of these patients the first step was performed endoscopic papillosphincterotomy (EPST). In 2 patients with choledocholithiasis EPST carried out in 2 phases. One patient was 63 year old woman for the extraction of stones from hepaticocholedochus ERChG with EPST had to perform before and 4 days after the LChE with good early and late results. As a result of clinical examination, ultrasound determined the indications for emergency surgery or conservative treatment was performed within 12-24 hours. When signs of acute cholecystitis decreased, LChE performed 24-48 hours from the time of admission, or 1-3 months in a planned manner after discharge of the patient from the hospital. Patients with choledocholithiasis, LChE performed 2-3 days after ERChG and removing stones from the common bile duct. **Results:** In 12 (15.2%) patients during LChE, we met with a situation where the rear wall of the gallbladder to separate from the liver without damaging of the liver parenchyma was impossible. In these cases the entire rear wall or its parts, which could not be isolated from the liver, were left subsequent electrocoagulation mucosa, with any case post-operative complications. Paravesical abscesses were observed in 1 (1.3%) cases. Syndrome Mirizzi met in 2 patients. Local serous peritonitis was diagnosed in 58 (73.4%) patients and the local-fibrinous peritonitis was diagnosed in 18 (22.8%) patients. Intra-operative complications occurred in 3 (5.1%) patients in the form of bleeding from the cystic artery - 3 (3.8%) and hepatic veins - 1 (1.3%) cases. Postoperative complications were observed in 2 (2.5%) patients: fester umbilical puncture - 1 (1.3%), upper abdominal abscess puncture - 2 (2.5%). **Conclusions:** LChE and ERChG with EPST is the procedure of choice in patients with acute calculous cholecystitis, can improve the postoperative period, to reduce the number of postoperative complications, as well as significantly improve the long-term results of treatment of patients.

SHORT-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Boltaev A.A., Adashaliev A.N., TMA

Department of faculty and hospital surgery

Objective: Assessment of the immediate clinical and angiographic results of coronary artery stenting in patients with stable ischemic heart disease IHD. **Material and methods:** The study includes the results of examination and treatment of patients with IHD, which from September 2015 to November 2015 in the 2nd Clinic of the Tashkent Medical Academy were performed endovascular interventions on the coronary arteries in 26 patients. The indication for intervention was the presence of angiographic and clinical significant stenotic coronary vessels. In most cases, these were male patients - 61,5% (n =16), aged from 44 to 75 years and female patients - 38,5% (10). The duration of ischemic heart disease averaged $5,6 \pm 0,4$ years. From the cardiovascular risk factors most often observed hypertension, dyslipidemia, smoking, and 42,3% (n = 11) of patients had previous myocardial infarction. Patients were mostly with stable angina, functional class 3-4. When echocardiography - study, all patients were evaluated left ventricular ejection fraction, averaged $52 \pm 4,6\%$. In all cases, coronary angiography was performed routinely. According to coronary angiography revealed 46,2% (n = 12) of cases a single vessel disease, 34,6% (n=9) -bilateral vascular, 3 patients three defeat. Stenosis were 80-99% and were determined by measuring the specific software universal angiographic device. Coronary occlusion was observed in 19,2% (n=5) patients. **Results:** All patients were conducted successful endovascular intervention. During the stenting in most cases, 61,5% (n = 16) used the procedure for direct stenting. In 11,5% (n = 3) cases of bifurcation lesions of the anterior interventricular artery with involvement in the mouth of the atherosclerotic process used diagonal branch T-stenting technique. Most were implanted stents coated with antiproliferative drugs - 26,9% (n=7). The remaining patients were implanted with bare metal stents. In 100% of cases managed to achieve good immediate angiographic result. Endovascular interventions and hospital period was uneventful in all cases. Patients were discharged from the hospital in a stable condition. Staying in the hospital patients was 3 to 5 days, 4 days averaged. **Conclusion:** The use of percutaneous coronary interventions in the treatment of coronary artery disease is a relatively safe and effective. Performing percutaneous coronary intervention in the clinic with no cardiac support is acceptable with careful selection of patients, the procedure experienced operator and the availability of highly skilled cardiac team.

RESULTS OF BRAIN ECHINOCOCCUS SURGERY

Dalerov A.D., student of 216 - group of cure faculty of SamMI

Neurosurgery department (head - professor Mamadaliev A.M.)

Supervisor - professor Mamadaliev A.M.

The aim of this method of surgical operation is removal of the full echinococcus cyst without rupture, decreasing of the suspected trauma of the of the brain tissue and by the use of this method to reach prevention of the development recurrences of echinococcus and its complications by not spreading protoscolexes to the health tissue. On the basis of the above presented purpose in the neurosurgical clinic of Samarkand State Medical Institute for the period of 1980-2013 we have scientifically evaluated case histories of the 113 patients with echinococcus of the brain who have been surgically operated. According to the methods of surgical treatment used all patients were divided into two group; there were 38 patients surgically treated by the use of ordinary method during the period of 1980 - 1996 in the first group and there were 75 patients surgically treated by the use of the new proposed method during the period of 1997 - 2013 in the second group. Among evaluated patients all of them were at the age from 3 to 40 years old, 54,3% of them were men and 45,7% of them were women; and 79,0% of them were children and 21% of them were adults. According to the new proposed operative method we have confirmed the diagnosis with the help of neuro-visualization methods, established localization of the echinococcus cyst and in the suitable area with the use ordinary method we have performed plastic-costal trepanation. Dura mater of the brain was cut and opened; corticotomy was carried out on atrophic cerebral cortex in the area with no blood vessels. After estimation of the echinococcus cyst between cyst and brain tissue with care and use of spatulas we have entered in a half distance sterile surgical glove full of physiologic solution then we rhythmically

compressed it and as a result hydrostatic pressure has been found. After it pressure has been increased in the area of hand and as the result of this echinococcus cyst has been gradually separated from the brain tissue and fully removed. During the analyses of the results in the patients of the first group who have been surgically treated by the use of ordinary method in 33,3% of cases it has been observed rupture of the echinococcus cyst during surgical operation, in 21,1% of cases it has been observed recurrence of the cysts, in 28,9% of cases it has been observed purulent-septic complications, in 18,4% of cases it has been observed the presence of hematomas in the areas where echinococcus cysts removed, in 7,9% cases it has been observed brain collapse, in 18,4% of cases it has been observed discharge of the liquor and in 15,8% of cases it has been observed fatal episodes. During the analyses of the results in the patients of the second group who have been surgically treated by the use of the new proposed method in 73 patients (97,3%) it has been observed positive results i.e. it should be mentioned that during surgical operation it took us the possibility to fully remove the cyst without any destruction; only in 1 patient (1,3%) it has been observed rupture of the echinococcus cyst, in 1 patient (1,3%) it has been observed purulent-septic complications and in 1 patient (1,3%) it has been observed recurrence of the cysts. As a **conclusion** we could say that by the use and the help of the new proposed method of the surgical treatment during surgical operation of the echinococcus cyst we have removed solid cysts without any injures of the brain tissues. The effectiveness of the hew method has been presented decreasing recurrences of the disease, purulent-septic complications and lethal outcomes of the diseases. Also we have supplied early rehabilitation in the postoperative period. And we suppose widely use of this neurosurgical mini-invasive operative method in order to remove echinococcus cysts.

OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OCCLUSION OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY

Egamov B.Yu., Adashaliev A.N., TMA
Department of faculty and hospital surgery

The study results of surgical treatment in patients with occlusion of the internal carotid artery (ICA) and to determine effects in surgical rehabilitation. **Material and methods:** Analyzed diagnosis and treatment methods in 42 patients with ICA occlusion who were hospitalized in angioneurological department in II clinical of TMA from 2013 to 2014. 30 (71.4 %) patients were male. The average age was $53,6 \pm 5,9$ years. 7 (16,7%) – patients with CHCVI III degree and In 35 (83.3%) patients was observed CHCVI, IV stage All the patients studied neurological status before and after treatment. For quantify neurological deficit and indynamics we used the scale Hachinsky (1985). 27 (64.3%) patients was performed resection and banding of the internal carotid artery (ICA), endarterectomy from the external carotid artery (ECA) with putting patch ; 3 (7.1%) patients - revision of the ICA, resection and ligation of the internal carotid artery ; 9 (21.4 %) cases - a classic carotid endarterectomy; 1 (2.4%) patient - resection ICA redressationand reimplantation into the old mouth; 1 (2.4%) patient with putting alloprosthesis –to common and external carotid artery in 1 (2.4%) case - endarterectomy of the internal carotid artery, subclavicular and internal carotid bypass.Surgical treatment were performed 6 to 24 hours after onset of clinical signs of ischemic stroke - in 2 patients; from 1 day to 30 days - 4 patients; 1 to 6 months - from 6; from 6 to 12 months - have 7; from 1 year to 5 years - at 14 and more than 5 years - 2 patients. **Results:** The analysis of treatment results showed that 39 (92.9%) patients had a smooth postoperative course. In 2 (4.7%) patients developed recurrent acute cerebra vascular insufficiency (CVI), they held conservative therapy, in the dynamics of the regress of neurological symptoms; in 1 (2.4%) patients developed bleeding from the surgical wound, in that case the patient urgentlywas performed stop bleeding and resection anastomosis of the carotid arteries, with common and external carotid prosthesis. In long term period 13 (30.9%) patients had significant regression of neurological deficit. In 14 (33.3%) patients showed improvement in neurological symptoms.Unfortunatelyinthe late period 2 (4.7%) patients suffered recurrent stroke.After surgery operation Vmax of STA has increased from an average of $1,6 \pm 0,6$ to $2,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), but in the STRA - with $1,1 \pm 0,4$ to $1,8 \pm 0,6$ ($p > 0,05$). The direction of blood flow in the STRA has changed in to retrograde flow ("from the sensor"). **Conclusions:** Reconstruction ECA if it is impossible to restore the blood flow in the occluded ICA predict to prevent subsequent re-stroke, but also has a significant therapeutic effect in terms of surgical rehabilitation of patients with cerebra vascular disorders. The best results are achieved surgery in patients with a high degree of stenosis in the ECA. Results of operations are directly dependent on the degree of stenosis in the ECA,at the time elapsed after an ischemic stroke, the initial degree of neurological deficits.

ABDOMINOPLASTICS OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY OF III-IV DEGREE

Kan S.A., master degree in surgery SamSMI
Department of surgical diseases №1 (head of the department: docent Z.B. Kurbaniyazov)
Scientific adviser: senior teacher S.S. Davlatov

Postoperative hernioplastics of ventral hernia (PHVH) with abdominoplastics remains one of the spreading operatic interference of surgery in patients with expressive obesity of skin-fatty lining. The main cause influencing on the process of formation hernia serves in patients accompanying pathology on the form of disturbances of exchange fat. In now a days abdominoplastics as independent operation is enough spreading in plastic surgery and has esthetic and cosmetic meanings. **Materials and methods:** From 2008 till 2015 years in surgical departments 1st and 2nd clinic of Samarkand Medical Institute were operated 208 patients with postoperative ventral hernia of abdominoanterior walls. Important factors identifying surgical tactic is localization of hernia, size defect and presence of relapsing in amnesia. According to classification of Chervel J.P. and Rath A.M. (1999y) in 67 (32,2%) patients were large (W_3) and giant (W_4) hernia. The patients were separated in two groups. The control group consisted of 29 patients with obesity III-IV stages, they were performed hernia section with plastic autogenous tissue and performed complex operative treatment, including hernia section with abdominoplastic. Carried out general clinic, biochemical examinations, measuring intraabdominal pressure before and after operation. Among 73 (35,1%) patients with obesity III-IV in 61 (83,6%) had extensions down of abdomen form, in 7 (9,6%)- ovoid shape form and in 5 (6,8%)- extension of upper abdomen form. Receiving presented allowed to choose optimal operative approach on hernioplastic and abdominoplastic. On prosthesis plastic transplant fixed according to method of onlay, inlay and sublay. In necessities with aim of increasing capacity of abdominal cavity for prevention of development the syndrome of few abdomen and respiratory failure, the plastic of pre-abdominal walls performed in combination method – in supplementary mobilization of vaginal straight abdomen muscle. The stage of hernia section in patients of main and control group did not distinguished. Particularities of operative treatment in main group patients was included in combination abdominoplastic. The stage of prosthesis hernioplastic with combination of abdominoplastic included the following: After manipulation of operating field on the skin of pre-abdominal walls inserted the picture of type

“Anchor” (cutting on Fleisch), enclosing hernia pulsion, old postoperative scar and dermo-fatty ruga. **The results and discussing:** Altogether, among the examinations (n=208) spreading obesity in various degree consisted 73,1% (n=152). On this III-IV stages obesity (IBM from 36 till 60,9) had 35,1% (n=73). There were detected growing of the rate obesity in the ages. The part of the obesity made up 35,1% in women younger than 45 years, 56,3% in patients on the age from 45 to 55 years and in women older age 80,3%. Estimation of effectiveness results treatment of patients in discussing group in the quality of main criteria used of indication rate in hernia recurrence of pulsion, character and gravity of occurring complications. In dynamic examination separate anthropometric indication: mass of body (MB, kg), index of body mass (IBM, kg/m²). Also investigated the dynamic of intraabdominal pressure, laboratorial results, current concomitant pathology and the level of life quality. From 73 treated patients one case (3.4%) finished by fatality result in control group. The cause of death was acute cardiovascular failure. Postoperative period in patients of control groups observed on 9 complications (31,0%), (infiltrate in 3, hematoma in 2, seroma in 2, lymphorrhea in 1 and purulence of wound in 1 patient. Bronchopulmonary complication observed in 7 patients, phenomena of heart failure in 5 patients, the last manifestation was in low indication of arterial pressure, acceleration of pulse, dyspnea. On dynamical observed in further kept higher number AD, with tendency of transition in more severe degree of arterial hypertension. In patients of main group were detected decreasing higher number of AD, with tendency of transition in more mild degree of arterial hypertension. In both group patients on the stage of treatment, in dynamic measured the level of intraabdominal pressure. Proceeding from receiving results were detected well-formed changes of indication intrarabdominal pressure on the side of their increasing on stages of operation associated dipping hernia content and hernioplastics. Performing combination methods with mobilization straight muscle on Ramirez, using 12 patients of control group and 10 patients of main group, who get enlarge capacity of abdominal cavity, allowed to avoid increasing of intrabdominal pressure. The results of analysis research which estimated the indication of quality of life in patients of both group, with the help of inquirer did not stated appreciable differ between the condition before operation in main and control groups. In main group patients, postoperative after 3 months were detected improvement the quality of life on all component of research. **Conclusions:** Abdominoplastic is not only cosmetic operation in patients suffering from obesity on excessive fat of deposit of abdominal wall, but also presence of postoperative ventral hernia – technical surgery using, allowing to improve results of hernioplastics. Combination of herniological operation with abdominoplastic corrective form of body and removable esthetic inconvenience, brings in large deposit in psychological and social rehabilitation patients obesity and is good stimulus for elaborated motivation in decreasing body mass.

PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE IN COMBINATION WITH ATHEROSCLEROTIC CAROTID ARTERIES

Karimov R.A., Adashaliev A.N., TMA

Department of faculty and hospital surgery

Objective: Define the role and evaluate the effectiveness of surgical treatment in patients with coronary heart disease(CHD) combined with atherosclerotic lesions of carotid arteries. **Material and methods:** The results of the study and surgical treatment of 45 patients with combined atherosclerotic lesions of coronary artery and carotid bed, were hospitalized in the 2nd Clinic of Tashkent Medical Academy with August 2015 by October 2015. Of these, 32 (71.1%) patients were male. The average age of patients was 58,2 ± 3,3 years. In all patients, the cause of the lesion of the vessels was the atherosclerosis. **Results:** One- or three-vessel lesion was detected in 23 (51.1%) patients. From this number, to 15 patients were performed stenting of coronary arteries, to 3 patients with recurrent transitory ischemic attack (TIA) and embologenic plaques on a background of cardiotropic therapy at the first stage were performed reconstructive interventions on carotid arterial beds. Multivessel atherosclerotic lesion was detected in 20 (43.3%) patients. Thereby, to 28 (62.2%) patients had been performed classic carotid endarterectomy (CEAE) with applying overlay patch, to 12 (26.6%) patients had been performed eversion carotid endarterectomy, to 2 (4.4%) patients were with plastic of external carotid artery. 2 (4.4%) patients abandoned open interventions on the carotid arteries. One patient were performed carotid angiography emerged transitor ischemic attack (TIA), we link the cause of that complication with presence of embologenic plaque in the internal carotid artery (ICA). In the early postoperative period in 2 (4.4%) occurred ischemic stroke. In 2 (4.4%) patients emerged hematoma at the after punctured area. **Conclusions:** 1. If there embologenic plaques of the carotid arteries and atherosclerotic lesion of coronary arteries, is not recommended selective carotid angiography, otherwise there is a high risk of ischemic stroke and TIA. 2. If the patient with continued or repeated TIA, at the first stage is preferable to the reconstruction of the carotid arteries, then at the second stage is recommended to carry out interventions on the coronary arteries. 3. When the prevalent lesion of carotid arteries and progressive angina pectoris, with stable plaques of the carotid arteries, the first step should be carried out coronary intervention, then, as soon as possible to make the carotid reconstructive surgery.

PREVALENCE OF COLORECTAL CANCER BY GENDER AND AGE IN ALMATY, KAZAKHSTAN

Khaldarova M.F., student of 013-48/1group, faculty of general medicine, KazNMU.

Department pathology (head of department- associated professor Iskakova E.E.)

Academic supervisor: associated professor Iskakova E.E.

Colorectal cancer is the third most common cancer found in men and women and the fourth most common cause of death around the globe. Nowadays, colorectal cancer cases remain higher in men than women. Therefore on the behalf of this, in Kazakhstan screening check up is conducted in every 2-3 years between people who are above their 40s. **Purpose:** To evaluate colorectal cancer prevalence by sex, age and to determine cancer grade, its invasion to other layers of intestine by sex and gender. **Material and methods:** we analyzed medical records of 119 patients who were diagnosed with colorectal carcinoma between July and December 2015 and the acquired data recorded. All emphasized cases have been recorded from the Oncology Center of Almaty City, Kazakhstan. **Result:** This study included 46 (38.5%) male and 73 (61.3) female patients who diagnosed with colorectal carcinoma. Greater than one-third of patients (15.9% men and 19.3% women) diagnosed with colorectal cancer at the age of 61-70, 5% of men and 10% women are diagnosed before 50s, and 2.5% men and 1.7% women had colorectal carcinoma at their 80s. 10% of patients were found metastasis to lymph nodes. More than half of patients (85.7%) were found grade 2 colorectal carcinoma, while 9.2% patients had grade 1 and 3% patients had grade 3 colorectal carcinoma. Colorectal carcinoma invasion to all layers of intestine was found in 92.4% of investigated patients. **Conclusion:** This study showed that the prevalence of colorectal carcinoma is higher among female than the male in Almaty, Kazakhstan. Greater than half of the patients have colorectal carcinoma grade 2 and carcinoma invasion to all layers of intestine. Also, it was determined that more than one third of patients was diagnosed with colorectal carcinoma at their 61-70 s.

THE MODELING FEATURES OF SELECTION OF TREATMENT MANAGEMENT
OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA DURING THE BLOOD DISEASES

Khushvakova N.J. - associate professor, head of the department

Assistant professor: Khamrakulova N.O., Pediatric faculty, 515 group: Turgunov B.Sh. SamSMI

One of the actual problems of the modern otorhinolaryngology continue to be the problem of treatment and prevention of chronic purulent otitis media (PCOM) which as before have a significant specific gravity and not only led to decreasing social and professional activities, but also to impairment of the patients' quality of life (Fanta I.V. 2000). In spite of the success in the study of etiology, pathogenesis of the purulent otitis, introduction in the practice new methods of treatment acute purulent otitis media most often transited to the chronic form and relapsed. According to the carried out investigations for the last time the morbidity of the purulent otitis for 1000 people have been increased almost in 3 times and make-up 12-14,5% of population. **The aim of investigation** – study of landscape of microorganisms from the different parts of the middle ear in chronic purulent otitis media with the investigation of sensitivity of the isolated bacterial flora, and also development of the differentiated diagnostic-treatment approach during destructive chronic purulent otitis media. **Patients and methods.** We examined 115 patients at the age from 1 to 45 years old with chronic purulent otitis media in the exacerbation stage. All patients were locally washed the external auditory canal, ozonation sterile antiseptic solution "Dekasan" was performed with the ozonator "OZONATOR- IM". The procedure was carried out daily during 5 minutes for 5-6 days. The dosage was 6 mcg/l per minute. One session was carried out per each concentration of 6 mcg/l per minute for 5 minutes was 30 mcg/l. The duration depends on the dynamics of the disease. The effectiveness of treatment was assessed on the basis of otoscopy, microbiological, cytological investigation, and also the time of patient's hospital stay. In addition, the discharge from the ear has been examined in all patients during the admission, and the material was transported to the microbiological laboratory. Thus, the received data have been indicated about the need for differential interpretation of the receiving results of microbiological investigations of the microflora separated from the external acoustic meatus. According to our data, among micro-organisms colonizing the middle ear cavity in conditions of chronic inflammation it has been dominated by staphylococcus aureus and gram-negative flora.

VIMENTIN EXPRESSION OF MIOEPITHELIAL CELLS IN TUMOUR AND AREAS AROUND
THE TUMOUR OF DUCTAL BREAST CARCINOMA

Lazaruk O.V.¹, Lazaruk T. Yu.²

Department of Pathology anatomy¹

Department of Internal medicine² Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Mentor: prof. of med. science Davydenko I.S.

Mioepithelial cells are an integral component of breast cancer, which together with lactocytes 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 changes of mioepithelial 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 of invasive ductal breast carcinoma and beyond it. **Materials and methods:** Investigated 30 cases of histological sections of ductal breast cancer tissue. Specimens prepared in accordance with requirements to perform immunohistochemical techniques (defined expression of vimentin). For immunohistochemical diagnostic method 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 area outside 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 in tumour and zone around the tumour and expressed positive staining cells arranged around groups of tumour cells. Histological characteristics of these cells correspond to mioepithelial cells.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF VIMENTIN EXPRESSION OF DUCTAL BREAST CARCINOMA
(PARENCHYMAL AND STROMAL CELLS)

Lazaruk O.V.¹, Lazaruk T. Yu.²

Department of Pathology anatomy¹, Department of Internal medicine²

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Mentor: prof. of med. science Davydenko I.S.

Many scientists are working on a study of the mechanisms of invasion and tumour transformation. Not fully investigated changes in the epithelial cells of the breast ducts, mechanisms of spread or invasion of adjacent tissue, which then form the stroma of tumour site. Process is not limited by one tumour node. Under the influence of tumour tissue, a number of changes occur in the surrounding tissue. To study the transformation in tissue around the tumour is widely used immunohistochemical detection methods, including vimentin. Vimentin is a protein that is expressed in normal cells of mesenchymal origin. Increased expression of vimentin is observed in a variety of epithelial tumours. This, in turn, shows the epithelial-mesenchymal transformation, by which the tumour acquires different characteristics: fast growth, capacity for invasion, metastasis, tumour resistance to treatment and prognosis. **The aim of the study:** Compare features of vimentin expression in the parenchyma and stromal tumour node structures affected ductal breast carcinoma obtained by mastectomy. **Materials and methods:** Investigated histological sections of tissue 30 cases of ductal breast cancer. Specimens were prepared in accordance with requirements to perform immunohistochemical techniques (defined expression of vimentin). **Research results:** In studies conducted in cell division group: vimentin-negative and vimentin-positive. Among the tumour cells in the parenchyma of about 60% cells are vimentin-negative, 40% - vimentin-positive. In the stroma by a large number of different types of cells, these figures differ. Clearly marked expression in the vessels and cells of lymphocytic infiltration. **Conclusions:** The most obvious changes of vimentin expression are observed in young cells and cells of the microvasculature.

VIMENTIN EXPRESSION IN VESSEL CELLS OF TUMOUR SITES INVASIVE DUCTAL BREAST CARCINOMA:
IMMUNOHISTOCHEMICAL COLORING VARIABILITY

Lazaruk O.V.¹, Davydenko I.S.¹, Lazaruk T. Yu.²

Department of Pathology anatomy¹, Department of Internal medicine²

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Mentor: prof. of med. science Davydenko I.S.

Over the last 30 years, breast cancer quickly entered the top three on the morbidity and mortality of women of reproductive age. It is of great importance to the implementation of new and improvement of known diagnostic methods. Vimentin is a protein, together with microfilaments (actin) and mikrotubulins (tubulin) is involved in the formation of the cytoskeleton. Vimentin is expressed mainly in mesenchymal cells and is a major component of their cytoskeleton. Thus, vimentin is often used as a marker of cells of mesenchymal origin or cells that have undergone epithelial-mesenchymal transition during physiological processes or malignant transformation, as well as mixed cell marker histogenesis. **The aim of study** was to determine the expression of vimentin in arteries, veins and vessels of the microvasculature, which were located among tumour cells of invasive ductal breast carcinoma. **Materials and methods:** Studied 58 histologic sections of breast tissue, who struck invasive ductal breast cancer, which perform immunohistochemical determination of the expression of vimentin. **Research results:** In immunohistochemical processing agents found that the tumour sites invasive ductal breast cancer can be identified at least eight types of vimentin-positive cells of various locations, that are not related to the cancer cells. However, we should point out that the actual cancer cells or mostly vimentin-negative or minimal expression in them that can be assessed no more than one point on a six-point scale (0 to 5 points). Regarding the arteries, the vimentin-positive cells were found: 1) among all of endothelial staining variability 2-5 points 2) about a third of leiomyocytes - color variability of 2-5 points, with characteristic is that the inner layers of painted leiomyocytes most intense, the rest leiomyocytes not painted (0 points) - are located mainly in the outer layers, and 3) in the cells that are verified as pericytes, variability of coloration in 1-3 scores. In the veins of vimentin expression was recorded only in endothelial staining variability of 2-5 points. **Conclusions:** Vimentin expression in cells of vascular tumour sites invasive ductal breast carcinoma is characterized by considerable variability, which allows you to apply the methods of differential counting method with the ability to attract subsequent statistical analysis (non-parametric methods).

ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES

Matsapaev A.Yu., Adashaliev A.N., TMA

Department of faculty and hospital surgery

Objective: to evaluate the effectiveness of endovascular treatment for multilevel defeat of arteries of lower extremities in patients with critical ischemia. **Material and methods:** we studied the results of endovascular treatment of 32 patients (20 men and 12 women, aged 57.4 ± 5.1 years) with critical ischemia of the lower extremities for the period 2013-2015 timeframe. According to the pre-operational studies (USDG of arteries of the lower limbs, CT Angiography) 14 (43.7%) patients had multilevel defeat of arteries above and below the joint space of the knee, 5 (15.7%) patients had lesions of arteries at only femoro-popliteal segment and 13 (40.6%) patients with isolated stenoses and occlusions of the leg arteries. To restore patency of arterial bed there was used balloon angioplasty, in case of its inefficiency – stenting of dilated segments of arteries. When multilevel defeat we performed the restoration of arterial lumen at only proximal hemodynamically significant lesions. In 9 cases the effectiveness of the procedure has not been achieved in connection with the unsuccessful attempts of recanalization of long occlusions. **Results:** the clinical success of endovascular treatment was reported for 23 patients. Of these, at two patients, due to suboptimal results of balloon angioplasty, stenting was held with self-expanded stents. As at 14 (60.9%) patients with recanalization only proximal vascular lesions, and 9 (39.1) patients with complete revascularization, already in the first day after surgery clinical improvement was noted: disappearance of pains at rest, in the subsequent demarcation of necroses, healing of ischemic wounds and ulcers. At one patient with occluded tibial artery on the first step recanalization of occlusion of the superficial femoral artery. Despite the stabilization of pyonecrotic process we observed lack of pronounced positive dynamics. Through 1 month to this patient was performed the second stage of recanalization of occlusion of tibial arteries, resulting in the intensification of reparative processes and wound healing. Limb amputation was avoided in all 23 patients. Complications associated with the procedure, and deaths in the early postoperative period was not observed. All the patients were discharged in a satisfactory condition. **Conclusion:** the use of endovascular treatment is effective in patients with critical ischemia of the lower extremities. Implementation of the first phase of endovascular treatment for most patients with multilevel lesions demonstrates the best immediate results, sufficient for compensation of reparative processes of limb and rescue it from amputation. Necessity for a second phase of endovascular treatment is minimal (7.1%). This approach allows you to reduce the volume and complexity of the operation and, consequently, reduces the risk of complications.

IMPROVEMENT TECHNOLOGY RADICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS

Mahmatkulov S.M., 319 groups of medical faculty, Rashidov B.B., 302 groups of medico-pedagogical faculty,

Yakubova L.I., 320 groups of medical faculty, Salimova D.E., 317 groups of medical faculty of SamMI

(of department - PhD, Associate Professor Mustafakulov I.B.)

Supervisor: Assistant Saydullayev Z.Ya.

Introduction: Hemorrhoids is a common disease that affects 10 to 25% of the population throughout the world, and among people older than 50 years the incidence of hemorrhoids is close to 50%. Based on the clinical picture, providing 4 stages of chronic hemorrhoids. We are interested in stage 3 and 4 hemorrhoids, which employ a radical correction methods. In chronic hemorrhoids third and especially the fourth stage, most commonly used variety of surgical treatments that do not always bring the desired effect and have a number of drawbacks: the high level of injuries and inability to remove external hemorrhoids, the development of early and late postoperative complications, and most importantly the high frequency of relapses, which ranges from 3 to 15%. In recent years, there have been reports of a new, sparing surgical techniques - the impact of radio wave in which the wave emanating from the electrode, as it "pushes" the cells, coagulating small vessels and has little damaging effect on surrounding tissue. In proctologic practice has now become a high-frequency radio wave used a scalpel hemorrhoidectomy. **Aim of the study:** Explore the early and late results of operations improved by Whitehead hemorrhoidectomy, using radiofrequency scalpel. **Materials and methods:** The object of the study were patients suffering from long time running hemorrhoids III - IV Art. This is confirmed by history and objective data in the studied patients. Over the past 5 years, our technique, surgical treatment of 23 patients. Of them, males were 9 female - 14. The age composition is as follows: 31-40 years - 5 patients, 41-50 years - 7 persons 51-60

years - 7 patients, and 61-70 years - 4 people. In 18 patients there were various kinds of diseases of the cardiovascular system: coronary heart disease, myocardial infarction, hypertension, diabetic angiopathy. The disease was: over 20 years - at 14 and more than 30 years in 9 patients. **Results:** In 18 patients the operation results are rated as satisfactory. Complaints in the early and late postoperative period, they did not show, disorders of defecation was not. In 2 patients in the early postoperative complications were observed in the form of flatus and fecal discharge of difficulty, due to partial stricture of the anal canal, which had been successfully removed. All 23 patients were observed for disease recurrence and quality of life improved significantly. **Conclusions:** In chronic hemorrhoids stage III - IV, using high technology, such as radio wave a scalpel can be performed - hemorrhoidectomy operation of the modified method of Whitehead, the most radical method of treatment of this disease. In this operation, in the late period (observation period of 3 to 5 years) is not been no recurrence. To carry out this operation, elderly age and concomitant cardiovascular diseases, are not a reason for refusing to surgical treatment.

FEATURES EPIDEMIOLOGY OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN SURGARY

Murodov A. Mirzaboev S., Students 7-cours treatment faculty of TMA

WBI, epidemiology, prevention (attached to a chair the msd. Matnazarova G.S.)

The ass. of epidemiological chair Ne'matova N.O.

Nosocomial infection (HAI) - are an urgent problem modern medicine and in recent decades it attracted attention health care workers around the world. This is a significant level of the incidence of hospital-acquired infections (HAI) in different types of treatment institutions, as well as great economic damage to HAI society. **Materials and methods of research:** The work on the basis of the surgical offices Tashkent hospitals. Materials research were statistical Republican CSES data on the incidence of nosocomial infections for 2003-2013 gg. The paper apply epidemiological and statistical research methods. **Results and discussion:** As a result of epidemiological analyzes the incidence of HAI HAI identified 38 nosological units. Incidence HAI in Uzbekistan is 3.7%. The observed level hospitals the incidence was 21.6 per 100 operirovannyh.denyah. We have found that in the department of emergency surgery morbidity surgical wound infections (HRI) was 3.3 times higher than the Department of elective surgery. Established different rates of development of the epidemic process HRI offices emergency and planned surgery. Thus, in the emergency department of surgery in 64% operated patients postoperative septic complications were recorded in mainly in early postoperative period from the 5th to the 8th day after surgery and in the department of surgery scheduled later mentioned their development and in 60.5% cases of surgical wound infections occurred after the 8th day of the operation. Like circumstance is due, apparently, a long stay operated patients in the department of surgery planned and ongoing postoperative wound infection during dressings and other procedures. It was also found influence the duration of stay of the patient in the planning department Surgery before and after surgery on the incidence of CXR. Patients who were a separation of less than 5 days before and after surgery, postoperative wound acquired infection in 4.4% of cases, and for longer stays, the figure was to 25% (vol. e 5.7 times higher). **Conclusions:** 1.Ustanovleno that the source of infection in surgical hospitals were Patients with HRI, due to a large number of patients and high the concentration of pathogens in the lesion. 2.Mehanizm infection and the development of endogenous HRIH appeared for most Patients with acute appendicitis and exogenousinfection type of mechanism appeared typical for patients with routine operations. 3.Mehanizm transmission with exogenous penetration of bacteria was contact-household, transfer factors were the hands of "dressing" of health sisters, contaminated health products and medical equipment. 4.Vyyavlennye patterns of the epidemic process in surgical WB HRIH allow hospitals to develop proposals for improving the system surveillance and guidelines for prevention of these diseases.

VALUE OF CONCENTRATIONS OF THE COENZYME Q10 AND ANTIOXIDANT STATUS OF BREAST CANCER

Nishonov T.Sh, Salomov M.S. 4th year students, treatment faculty

Pathology department TMA

Scientific Supervisor: MD. Murod Salomov

Objectives: An increasing amount of experimental and epidemiological evidence implicates the involvement of oxygen derived radicals in the pathogenesis of cancer development. Oxygen derived radicals are able to cause damage to membranes, mitochondria, and macromolecules including proteins, lipids and DNA. Accumulation of DNA damages has been suggested to contribute to carcinogenesis. It would, therefore, be advantageous to pinpoint the effects of oxygen derived radicals in cancer development. **Materials and Methods:** In the present study, we investigated the relationship between oxidative stress and breast cancer development in tissue level. Breast cancer is the most common malignant disease in Western and Eastern women. Twenty-one breast cancer patients, who underwent radical mastectomy and diagnosed with infiltrative ductal carcinoma, were used in the study. We determined coenzyme Q10 (Q) concentrations, antioxidant enzyme activities (mitochondrial and total superoxide dismutase (SOD), glutathione peroxidase (GSH-Px), catalase), and malondialdehyde (MDA) levels in tumor and surrounding tumor-free tissues. **Results:** in tumor tissues significantly decreased as compared to the surrounding normal tissues ($p < 0.001$). Higher MDA levels were observed in tumor tissues than noncancerous tissues ($p < 0.001$). The activities of MnSOD, total SOD, GSH-Px and catalase in tumor tissues significantly increased ($p < 0.001$) compared to the controls. **Conclusion:** These findings may support that reactive oxygen species increased in malignant cells, and may cause overexpression of antioxidant enzymes and the consumption of coenzyme Q10. Increased antioxidant enzyme activities may be related with the susceptibility of cells to carcinogenic agents and the response of tumor cells to the chemotherapeutic agents. Administration of coenzyme Q10 by nutrition may induce the protective effect of coenzyme Q10 on breast tissue.

PREVALENCE OD DEEP VEIN THROMBOSIS AND PULMONARY EMBOLISM IN PATIENTS WITH SUPERFICIAL VEIN THROMBOSIS: REVIEW AND METS-ANALYSIS

Nomanov A., Khamidova Yu.V., TMA

Department of faculty and hospital surgery of the medical faculty

Background: Some studies suggest that patients with superficial vein thrombosis (SVT) have a non-negligible risk of concomitant deep vein thrombosis (DVT) or pulmonary embolism (PE) at the time of SVT diagnosis. Unfortunately, available data on this association are widely variable. **Objectives:** A systematic review and meta-analysis of literature was performed to evaluate the prevalence of concomitant DVT/PE in patients with SVT of the lower limbs. **Methods:** Studies reporting on DVT/PE presence in SVT patients were systematically searched in the PubMed, Web of Science, Scopus and EMBASE databases. Weighted mean prevalence (WMP) of DVT and PE was calculated using the random effect model. **Results:** Twenty-one studies (4,358 patients)

evaluated the prevalence of DVT and eleven studies (2,484 patients) evaluated the prevalence of PE in patients with SVT. The WMP of DVT at SVT diagnosis was 18.1% (95%CI: 13.9%, 23.3%) and the WMP of PE was 6.9% (95%CI: 3.9%, 11.8%). Heterogeneity among the studies was substantial. Selection of studies including out-patients only gave similar results (WMP of DVT: 18.2%, 95%CI: 12.2, 26.3% and WMP of PE: 8.2%, 95%CI: 3.3%, 18.9%). A younger age, female gender, recent trauma and pregnancy were inversely associated with the presence of DVT/PE in SVT patients. **Conclusions:** Results of our large meta-analysis suggest that the prevalence of DVT and PE in patients presenting with SVT is not negligible. A screening for a major thromboembolic event may be worthy in some SVT patients to plan the adequate anticoagulant treatment. Other high quality studies are warranted to confirm our findings.

OPTIMAL DRAINING OPERATIONS IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF CANCEROUS GENESIS

Oripov D.Y. II- year master in department of Oncology and Radiology in TMA

Department of Oncology and Radiology (head of department- MD, PhD Professor Atakhanova N.E.)

Scientific supervisor: MD, PhD Mirzaraimova S.S.

Goal and objective: To select the place of conducting optimal draining operations of treatment and in obstructive jaundice of cancerous genesis and reduce postoperative complications. **Materials and methods:** During the period from 2014 to 2015 in the abdominal department of Tashkent City Cancer Clinic in 74 patients, who had obstructive jaundice, performed surgical interventions. The level of bilirubin in these patients ranged from 63 to 360 mil mol/l. All patients underwent preoperative preparation, consisting from 2 to 5 days. In 22 patients, tumor located in the pancreas, in 17 patients tumor detected – in the extra-hepatic bile ducts, in 16 patients tumor detected in Vater's ampulla, in 9 cases had cancer of the liver and in 4 cases tumor detected in gallbladder and 6 patient diagnosed stricture of the distal common bile duct. In 54 patients revealed progression of cancer different localizations. Single-stage radical operation was performed to patients at the level of bilirubin up to 150 mil mol/l, only 2 patients underwent gastropancreatoduodenal resection with a more high level of bilirubin. From 43 radical operation gastropancreatoduodenal resection was 27, also performed 9 resection hepaticocholedochus, in one case with right hemicolectomy in 7 cases made of right hemihepatectomy with gastropancreatoduodenal resection and total pancreatectomy. Performed 31 palliative operation, including 29 biliary duct drainages under ultrasound control. **Results:** In 8 cases developed complications: bleeding in 1 patients, the failure of anastomosis occurred in 2 patients, pancreatonecrosis in 2 patients, commissural intestinal obstruction in 2 patients and in 1 case eventration and outflow of bile from the bed of gall bladder. One patients died after the gastropancreatoduodenal resection including cholecystectomy (insolvency of pancreatojejunal anastomosis); in 3 patients who have a IV stage cancer, carried out palliative surgery. **Conclusions:** 1. Our experience indicated that in order to reduce mortality and postoperative complications it is vitally important to apply single-stage gastropancreatoduodenal resection in patients who have obstructive jaundice with the level of bilirubin is not exceeding 200 mil mol/l. 2. Percutaneous transhepatic drainage of the biliary ducts and gall bladder under ultrasound control should be the operation of choice in patients with IV stage cancer and also applying percutaneous transhepatic drainage of the biliary ducts is vitally important before performing gastropancreatoduodenal resection in these patients.

THE FREQUENCY OF THE DIFFERENT TYPES OF PERIPHERAL RETINAL DYSTROPHIES ON PATIENTS WITH COMPOUND MYOPIC ASTIGMATISM

Oripov O.I., the student of group № 701. treatment faculty of TMA

The Department of Eye diseases (the head of department-prof. Bilalov E.N.)

Scientific supervisor: assistant Hodjaeva U.Z.

Nowadays, the peripheral retinal dystrophies (PRD), which develop on patients with myopia and astigmatism, are regarded as the main cause of retinal detachment. Their early diagnostics and timely limitation with the help of laser coagulation for many years became necessary procedure indicated for all patients with refraction abnormalities. **The aim of the study:** The purpose of the study was to compare the rate of occurrence of different PRD on patients with compound myopic astigmatism. **Materials and methods:** The study was carried in private ophthalmological clinic "VISUS" in Andijan. The study included 80 patients, 34 males (42,5%) and 46 females (57,5%), with the middle age $26 \pm 2,5$ years. They were divided in 2 groups: 1st group included 48 patients with compound myopic astigmatism (refraction: sph (-1,0)-(-4,5) cyl (-1,0)-(-2,5)); 2nd group included 32 patients with combination of compound myopic astigmatism and high degree of myopia(refraction: sph $>(-6,0)$ cyl (-1,0)-(-4,5)); All patients were examined by visometry and indirect ophthalmoscopy with Goldman's three-mirror lens. According to information from literature, during study there were determined three most dangerous PRD: lattice degeneration (LD), "snail trail" dystrophy (ST) and "cobblestones" dystrophy (CSD). **Results:** It was found, that on patients of 1st group with high degree of myopia PRD were met in 84% of patients, at the same time LD was found in all cases, the combination of LD and CSD in 50% of cases. As for 2nd group, the rate of PRD accounted for 75%, on 55% of patients took place only different size LD, 10% had combination of LD and CSD, and on 10% of them was revealed ST. **Conclusion:** Based on this study it can be said, that in present time peripheral retinal dystrophies meet in the majority types of refraction abnormalities regardless from their degree. This inference one more time justifies the need of compulsory examination of eye fundus involving ora serrata on all patients for timely diagnostics and prevention of retinal detachment.

THE EPIDEMIOLOGY OF SEVERE SEPSIS, CAUSED BY SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY ON WESTERN PART OF UKRAINE

Perezivnyk B.O., 4th-course Medical faculty student of group 22, Ternopil SMU

Department of anesthesiology and reanimatology (head of the department - MD, PhD, DSc, prof. Oliynyk O.V.)

Scientific Supervisor: MD, PhD, DSc, prof. Oliynyk O.V.

Severe traumatic brain injury (STBI) is one of the most prominent mortality and disability causes all over the world. STBI stays one of the main reasons of humans' mortality until the age of 40. Despite of the achievements of contemporary clinical medicine, the treatment results of this pathology are not improved. Among the complications of STBI the prominent role is given to multiple organ failure and severe sepsis. **Goal of the study** was to analyze the epidemiology of severe sepsis cause by STBI in and evaluate the treatment effectiveness of this pathology. **Materials and methods:** We implemented the analysis of treatment results of patients with STBI, who were treated at intensive care unit of Ternopil University Hospital, Khmelnytsk and Ivano-Frankivsk Regional Hospitals during 2013-2014. Severe sepsis diagnosis was established based on Berlin Guidelines (2011) and verified by determining the levels of procalcitonine and C-reactive protein. Microbiological research and evaluation of results were

accomplished according to Bergey's classification. The analysis was implemented using the semiautomatic analyzer «Vitek – 2». **Results:** During past 2 years the total amount of patients in 3 hospitals, who had a surgery for STBI equaled 1691. In 314 patients (28,44%) STBI was followed by severe sepsis. It was 23,9% of the total amount of patients with STBI, who were treated at those hospitals during 2013-2014. Taking into consideration the fact that total amount of population at these territories is 3757704 citizens, the STBI frequency in 2013-2014 equaled 1 case per 1111 people, or 22,5 per 100 000 a year. The STBI mortality in the following hospitals during 2013-2014 was 48,7%. This number fluctuates from 40 to 80% all over the world. The highest mortality rate, which equals 80-90%, is described in patients' group with septic shock. Among the intensive care unit patients, who had STBI and a surgery, sepsis developed in 28,44% persons. Among the intensive care unit patients in Europe and USA, sepsis develops in 20-40% of cases. In 70,8% of cases, sepsis was gram-negative and its mortality is much higher than from gram-positive. ARDS, which complicates sepsis, was developed in 44,9% of patients, ventilator-associated pneumonia – in 67,83%, acute renal failure – in 34,39%. 21,34% of patients had the duration of ventilation over 30 days, 40,76% - from 20 to 30 days. After accomplishing microbiological research of 1567 isolates of patients with sepsis we found the presence of *A.baumani* in 25,2% patients, *P.aeruginosa* – in 19,0%, *K. pneumoniae* – in 19,4%. In 70,8% of patients sepsis was gram-negative. In 75,86% of gram-negative flora was resistant to Meropenem. **Conclusion:** STBI, followed by sepsis, is still a very difficult pathology to cure. It is the main mortality cause for a big amount of patients at intensive care unit. A great attention should be given to the prescription of adequate antibiotic therapy in case of treatment target group of patients. As the majority of microorganisms in described intensive care units are gram-negative, the drugs of choice should be Meropenem, Tienam, Amikacin, Colomycin.

DIAGNOSIS OF LYMPHADENOPATHY IN CHILDREN.

Raufov F.M., the 2 grade master of medical oncology, samarkand state oncology dispensary

Department of medical oncology (head of the department - prof. Khasanov Sh.R.)

Scientific adviser: PhD. Akramov A.R.

Lymphadenopathy - is one of the early symptom of many infectious, allergic, cancer and other diseases. To diagnose the cause of lymphadenopathy from pediatrician requires knowledge in the field of borderline pathology. **Objective:** To develop a diagnostic algorithm of lymphadenopathy in children. **Materials and Methods:** We included 70 children tumor-like enlargement of peripheral lymph nodes (PLN): 20 children with lymphomas, 50 children benign lymphadenopathy. The patients were examined from 2012 to 2014. The material was primarily outpatient card of attenders and medical history of sick children. Methods of examination: clinical, objective, laboratory, ultrasound (US), radiological, morphological. **Results:** We have developed a three-step diagnostic algorithm of lymphadenopathy in children. At the **first stage** of history-taking, clinical examination and had performed laboratory blood tests, X-rays of the chest. In identifying multiple, small LN, the patient consulted phthisiatrician. If one group showed an increase in painful on palpation LN, in the general analysis of blood leukocytosis and accelerated erythrocyte sedimentation rate or an increase of one group of LN (2 cm) we passed to **second stage** of the survey and conducted ultrasound of LN. When conducting ultrasound LN we have identified three options for the image: 1. A single LN, larger than 2 cm., heterogeneous, low echogenicity; 2. Single or multiple LN larger than 1.5 cm, non-uniform, low echogenicity with smooth contours and oval; 3. Multiple LN, larger than 2 cm often with the formation of conglomerates. When first variant of ultrasound pictures LN requires puncture of LN. In the presence of pus opening and drainage of abscess. In the absence of pus passed to the **third stage** of diagnosis, as in option 2 and 3 ultrasound picture posed indications for biopsy LN with the purpose to verify the diagnosis, such ultrasound picture is characteristic of malignant lesions LN. **Conclusion:** The proposed algorithm can reduce the time of examination of children with lymphadenopathy various origins, to define the indications for biopsy in order to LN morphological verification and early diagnosis of lymphoma in children.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF COLON CANCER ACCORDING SAMARKAND ONCOLOGY DISPENSARY

Raufov F., 2nd grade master in medical oncology in Samarkand State medical institute

Faculty of medical oncology (head of the department - prof. Xasanov Sh.R.)

Scientific adviser: assistant Asatulayev A.

In spite of such widespread conducting primary preventive measures, the number of patients diagnosed with colon cancer (CC) is increasing annually. In the structure of morbidity colon cancer is in the ninth place in the Samarkand region and the eighth in the Republic of Uzbekistan. The study aimed the determination of common clinical and morphological types of CC. **Methods:** The analysis of the medical records of 103 patients diagnosed with CC received treatment in our dispensary from 2010 to 2012. And 53 (54.6%) of those patients representatives of the female and 50 (51.5%) male. **Results:** The peak of incidence CC in the age group 50-60 years (43 patients (44.3%)). It was found that the localization of colon tumors were as follows: caecum - 24 (24.7%), ascending colon - 13 (13.4%), hepatic angle - 3 (3.9%), the transverse colon - 3 (3.9%), splenic angle - 3 (3.9%), descending colon - 3 (3.9%), and most often localized in sigmoid colon - 53 (54.6%). Histological study of CC rarely encountered such aggressive variants of cancer as solid form - 2 cases (2.06%), whereas the other forms: adenocarcinoma - 57 (58.7%) and squamous type 6 (6.2%). Grade of the CC more frequent moderately differentiated forms: grade 1 - in 28 cases (28.84%), grade 2 - 43 (44.3%), grade 3 - 31 (31.93%). Undifferentiated forms of CC found only in 1 case (1.03%). When studying the disease staging, it was found that 57 patients (58.7%) was set III stage of CC. In 19 patients (19.2%) the II stage of the disease and 27 patients (27.81%) with IV stage of the disease. **Conclusions:** The most frequent localization of CC is sigmoid and caecum. From the histological forms in CC mainly determine adenocarcinoma. When determining the degree of malignancy (grading) the most common type moderately differentiated. In most cases, patients with a diagnosis of CC comes with advanced stages of the disease.

THE ROLE OF MORPHOLOGICAL MODIFICATIONS IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Rakhmanov K.E., senior fellow researcher of surgery department of SamSMI, Mardonov B.A.

Department of surgical diseases №1 (head of the department: docent Z.B. Kurbaniyazov)

Scientific adviser: docent Z.B. Kurbaniyazov

Relevance of the topic. The study of morphological modifications of the human tapeworm are described in JA Shamsieva (2015). The author has studied mainly morphology of germ cells echinococcus (lavrotsist, brood capsules and protoskoleksov) and morphological changes occurring in diseased human organs echinococcosis. In light of the current appears to clarify issues related to morphological modifications echinococcosis. Which form of the parasite existence of the most aggressive and leads to multiple

forms of organ damage? In some morphological modifications should be most afraid of disease recurrence? Do these morphological forms in the surgical approach? These questions gave rise to our research. **Objective:** To find ways to optimize diagnostic and therapeutic measures in patients with liver echinococcosis in view of the morphological forms of parasitic cysts. **Materials and methods.** The study is based on a study of the results of the application of different options for surgical interventions in the treatment of 305 patients with liver echinococcosis. All patients in the last 10 years (2005-2015) have been treated in the II Clinic of the Samarkand State Medical Institute. A morphological study of chitin shells of hydatid cysts of the liver removed during surgery, to study their structure depending on the stage of the parasite life. We found that there was echinococcus veterenorum in 150 (49.2%) patients, echinococcus hominis in 109 (35.7%) patients, echinococcus acephalocysticus in 35 (11.5%) patients and the association echinococcus hominis + echinococcus veterinorum was noted in 11 (3.6%) patients. To determine the morphological modifications echinococcosis we have analyzed the results of imaging studies (ultrasound CT) and studied surgical material. Each of these morphological modifications of hepatic echinococcosis is characterized by specificity of development, invasiveness, as well as various forecasts of results of surgical treatment and rehabilitation. Knowledge of the characteristics and preoperative diagnosis of morphological modifications of the liver echinococcosis provides the clinician information that has a significant value in the planning of surgery and subsequent rehabilitation of patients. **Results of the study.** In studying the long-term results after 3 and 6 months and 1 year after radical surgery, the main attention was focused on those facts that allow to evaluate the surgical treatment of recurrent pulmonary echinococcosis. Poor results occurred in 17 of 236 patients observed in the long term (7.4%). In 7 patients with recurrent echinococcosis in the lungs and liver hydatid disease in the late postoperative period was due dissemination echinococcus process in patients operated on for complicated echinococcosis break into the peritoneal cavity and bile ducts. In 10 patients with echinococcosis relapse was observed in patients who refused chemotherapy in the postoperative period. Thus in the relapse prevention of echinococcosis, select how important regular operation depending on the nature and type of complications of organ damage parasitic process. **Conclusions:** 1. The results of surgical treatment of hydatid cysts of the liver is largely dependent on a differentiated approach to the choice of an adequate method of surgery, taking into account the morphological forms of hydatid cyst and the principles apazitarnosti and anti-parasitic. 2. In the late period of echinococcosis relapse was observed in 2.9% of patients operated on for complicated echinococcosis, and in 4.2% of patients who refused chemotherapy in the postoperative period.

THE ROLE OF AUTO-OSTEOPLASTY IN TREATMENT OF PSEUDARTHROSIS ON LONG BONE

Saatova U.M.

Tashkent Medical Academy

Objective of investigation is to improve results of long bone pseudoarthrosis treatment with the help of different reconstructive-reductive operation methodologies. During **the material and method of investigation**, over the period of 2010 to 2014, we studied the results of 20 patients' treatment. These patients were operated in the department of traumatology and orthopedic 2nd clinic of Tashkent Medical Academy. 13 (65%) patients of them were performed an operation by osseous autoplast, taken from anterior surfaces proximal metaphyseal of tibial bone. 7 (35%) patients were operated without osseous autoplast. Herewith, the following results were obtained: among 20 patients, osseous autoplasty, taken from anterior surfaces proximal metaphyseal of tibial bone, along with osteosynthesis was used for 13 patients that was observed 100% consolidation; only osteosynthesis without osseous autoplast was used for 7 patients. However, consolidations of bone tissue did not happen for 3 patients out of 7 patients. Osteo-autoplasty with its quality maintains the leading position among other osteoplastic materials, which explains the lack of incompatibility of interstitial cells. **Results:** The success of the operation depends on the quality of the precision accuracy in taking autograft and its mutual adaptation of recipient. Variety of methods and apparatus, used to improve the quality of surgical interventions in the long bones of the limbs, are preferred in providing optimal, mechanical and biological conditions of reparative osteogenesis. During the treatment of patients with pseudoarthrosis on long bone with auto-osteoplasty transplant taken from proximal metaphysis of tibial bone i.e., a red bone marrow is existed within metaphyseal area. The transplants are stacked intramedullary and extra medullary of the long bone. Together with this, contained elements of bone marrow, which is possibly consisted of stem cells, fibroblasts, osteoblasts and biological active substance, stimulate regeneration of bone tissue. Meaning of stem cells properties are considered one of the most important factors in the process of regeneration. The following stem cells appear in embryonic period that can be turned into any tissue of organs. **Conclusions:** Moreover, these cells optimize and improve reparative regeneration. More opportunities in receiving positive results and reducing the disability among the patients are created through the methods mentioned above.

TO THE QUESTIONS OF RECURRENT BRAIN GLIOMAS AFTER COMBINED TREATMENT

Shukurov F.M., resident of neurosurgery, Aliev M.A., senior fellow researcher of neurosurgery department of SamMI

Neurosurgery department (head - professor Mamadaliev A.M.)

Supervisor: professor Mamadaliev A.M.

Leading positions in the modern methods of treatment of malignant gliomas takes complex approach that includes surgery, radiation therapy and chemotherapy. Carrying postoperative course of beam radiation therapy to the resected tumor region or residual tumor volume in the dose 60 Gy significantly increases overall survival and reduces recurrences. **The aim** of the work was to study the long-term results of complex treatment of patients with recurrent brain gliomas after surgery in the neurosurgical department of SamMI. **Materials and methods:** The study included 75 patients with intracerebral tumors of the cerebral hemispheres of the brain, operated in the neurosurgical department of the clinic of the Samarkand Medical Institute in the period from 2012 to 2015 years. Men were 54% and women - 46%. The age of patients ranged from 10 years to 64 years, an average of 37 years \pm 6 months. In 24 (33%) patients tumors were localized in the frontal lobe, in 28 (39%) - in the temporal lobe, in 17 (22.7%) - and in the parietal lobe 6 (8%) - in the occipital lobe. Of these, in nine patients (12%) were revealed recurrent gliomas. To all patients were performed MSCT and MRI studies. **Results:** On the basis of morphological classification of WHO (2007) was carried out histological studies which revealed that 10 patients (14.5%) pylocytic astrocytomas, 24 (34.8%) protoplasmic and fibrillary astrocytoma, 8 (11.6%) - oligodendrogliomas, 18 (26.1%) - anaplastic astrocytoma, in 4 (5.8%) - anaplastic oligodendroglioma, in 2 (2.9%) - anaplastic ependymoma, in 2 (2.9%), glioblastoma, and 1 patient chorioid plexus carcinoma. Surgery was performed to all 75 patients, 68 operations with primary tumors and to 9 patients were performed surgery for recurrent tumors. Surgery+radiotherapy was performed to 42 (56%) patients. This category mainly consisted of patients with low-grade gliomas. Patients with high-grade gliomas after surgical treatment, in addition to radiation therapy were also subjected to chemotherapy.

the scheme surgery (S)+radiotherapy (RT)+chemotherapy (CTh) were treated with 16 (21.3%) patients, and the scheme S+RT+PCTh 13 (17.3%) patients received a multimodality therapy. In 4 cases, because of the giant size and depth of localization of tumor was taken biopsy. Of these, 2 patients with histologically was verified glioblastoma multiforme, and they underwent RT+CTh, and two patients with histological diagnosis of "fibrillar astrocytoma" after biopsy scheduled radiation therapy. Study of catamnesis showed that the median survival of patients with gliomas consisted 26.6 weeks. Catamnesis from 6 months to 4 years, studied in all the 75 patients who received radiation therapy at a total dose of 56-60 Gy and chemotherapy. Of these, 9 patients with glial tumors in the control MRI detected tumor recurrence. In one of them was glioblastoma and he was appointed to radiotherapy, which he did not accept. He underwent a second operation, 4 days after the operation he died. In the remaining 8 patients, in spite of the multimodality treatment, including radiation therapy, was revealed recurrence. These patients assigned to chemotherapy. 5 of them received combination chemotherapy in the PCV mode - lomustine, procarbazine, vincristine, and 3 patients received monochemotherapy mode with Temodal. Lethal outcome was observed in 8 (10.6%) patients, 2 of them died in the early postoperative period due to respiratory and cardiovascular diseases efficiency. Remaining 6 patients died in the late postoperative period after $12,8 \pm 1,47$ months. **Conclusions:** Thus, the study of patients catamnesis with glial brain tumors has shown that carrying out of multimodality treatment helps to improve the quality of life of patients in the postoperative period.

APPLICATION OF THE MODIFIED SCALE "MANNHEIM PERITONITIS INDEX" FOR FORECASTING CHILDREN'S POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER APPENDICULAR PERITONITIS

Shvalyov F.M., student of 602 groups of pediatric faculty, USMU
Department of pediatric surgery (head of department - MD Tsap N.A.)
Scientific adviser: MD Tsap N.A.

Objective: Using of the modified scale "Mannheim Peritonitis Index" for forecasting the risk of children's postoperative intra-abdominal complications after operations about appendicular peritonitis (AP). **Materials and Methods:** 125 case histories of children with the AP aged from 1 to 15 years old that were retrospectively analyzed in 2013 - 2015. All the children have been treated at Yekaterinburg Children's Clinical Hospital №9. **Results:** Boys' AP was observed more often - in 62% (n=78) children with AP. The clinical picture dominated by the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Younger children - from 1 to 3 years old (n=18) were observed in 14.4%, were of which 42.9% of cases had clinic of total peritonitis. Complications in this age group occurred in 2 (11.1%) children. Children of 4-6 years age have been suffered from AP more often (24.8%) and complications occurred in this age category were observed in 16%. Children's of 7-11 years old and 12-15 years old rate of complications ranged from 8.9% to 9.5% respectively. Postoperative complications have been observed in 11.2% (n = 14) of cases, more often in boys (n = 9; 64.3%). Abscesses of the abdominal cavity and pelvis - the most severe complication of postoperative period, were accounted in 35,8% (n=5) complications. The early adhesive obstruction was observed in 3 (21.4%) cases. Postoperative abdominal infiltration occurred in two patients. Detailed analysis of the course of postoperative period in the group of children with postoperative complications allowed us to develop the "Mannheim Peritonitis Index" scale for children based on risk factors and points assessment points and use it to calculate the risk of intra-abdominal complications for children operated about the AP. Risk factors were chosen according to the literature data and information obtained in the course of the work. The Modified scale "Mannheim Peritonitis Index" includes 6 criteria and evaluated by the sum of points (P): 1 - Age of children (up to 3 years - 3P, 4-6 years - 5P, older than 6 years - 0P); 2 - Patient's gender (Male - 5B, Female - 0P); 3 - SIRS (SIRS availability - 7P); 4 - The duration of peritonitis (more than 24 hours - 4P, Less than 24 hours - 0P); 5 - Form of peritonitis (Local peritonitis - 0P, Local peritonitis with abscesses or infiltrates - 3P, Total peritonitis - 6P); 6 - Type of peritoneal exudate (Serous - 0P, seropurulent - 3P, purulent - 6P). The Modified scale "Mannheim Peritonitis Index" was used to analyze the risk of occurrence of postoperative complications. The maximum amount was 33 points. If value is less than 16 points, risk of complications is minimal and amounted to 6.9%, while in the range of 16 to 26 - the probability of 10%. With more than 26 index points - the incidence of complications increases to 57.1%. **Conclusions:** 1. The modified scale "Mannheim Peritonitis Index" is publicly available and easy to use. 2. Values of the index, based on the sum of points of the modified scale, can be used to predict the risk of children's postoperative intra-abdominal complications, refine the indications for the choice of tactics of the patient after operations about appendicular peritonitis. 3. More than 1/2 of patients with peritoneal Mannheim 26 index points or more, postoperative complications arise that calls for preventive measures and monitoring to prevent their development.

NEUROPROTECTIVE EFFECT OF CITICOLINE TO PREVENT POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION AFTER CHOLECYSTECTOMY UNDER GENERAL ANESTHESIA

Uzoqov A.D. Student of 6 grade, Andijan state medical institute
Department of anesthesiology and intensive care medicine
Scientific adviser Mamatov B.Yu.

Background and Goal of Study: Cognitive dysfunction can occur after cholecystectomy under general anesthesia. In a series of clinical studies it could be shown, that the perioperative administration of Citicoline had favorable effects on delirious symptoms. Therefore, the aim of this prospective, double-blind study was to assess a possible positive influence of perioperative Citicoline administration on cognitive dysfunction after cholecystectomy. **Materials and Methods:** After approval of the regional ethics committee, informed consent was obtained by 48 patients undergoing cholecystectomy. They were randomized into a Citicoline-group (n = 25) (1000 mg i.v.during the surgery, 1000 mg i.v. × 2 daily onpostoperative days 1 to 3) and a placebo-group (n = 23). All patients underwent cognitive testing with a validated battery of neuropsychological tests the day before, 1 week and 3 months after surgery in order to assess cognitive dysfunction. Possible learning-effects were taken into consideration by a healthy control-group (n = 20). From the neuropsychological tests a combined Z-score was calculated, indicating cognitive dysfunction. **Results and Discussions:** Postoperatively, patients in both groups developed cognitive dysfunction. The most significant changes occurred in the first day after surgery. There were differences regarding demographic data, duration of general anesthesia, ventricular fibrillation and MAP < 50mmHg. Patients in the Citicoline-group had a significant trend towards ad decreased rate of cognitive dysfunction 3 months postoperatively compared to the placebo group. A possible explanation for these results could be the improved cerebral performance due to Citicoline during the intraoperative phase of insufficient brain-perfusion. **Conclusion:** Citicoline is suitable to prevent perioperative cognitive dysfunction after cholecystectomy. Our results even suggest a positive effect of use of citicolineregarding cognitive dysfunction 3 months postoperatively in the verum group.

PREVENTION AND TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS SYNDROME MIRIZZI

Xidirov Z.E., master degree in surgery SamSMI

Kurbaniyazova F.Z. student of 2 grade, Kurbaniyazova A.Z. student of 1 grade of SamSMI

Department of surgical diseases №1 (head of the department: docent Z.B. Kurbaniyazov)

Scientific adviser: docent Z.B. Kurbaniyazov

Relevance. Mirizzi syndrome frequency detected at surgery for gallstone disease, varies from 0.4 to 3.6% of cases. In clinical practice, this pathology is relatively rarely diagnosed preoperatively, despite the use of modern methods of investigation as ultrasonography (US), computed tomography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Objective: To evaluate the results of diagnostics and surgical treatment of syndrome Mirizzi I and type II. Materials and methods. The study was conducted on the basis of the clinic of the Samarkand Medical Institute. At the core of the work is the clinical observation of 56 patients with the syndrome Mirizzi, operated from 2005 to 2015. The main group of patients were women - 52 (92.8%) were males - 4 (7.2%), aged from 43 to 72 years. The study we followed McSherry classification (1982), which proposed to divide Mirizzi syndrome into two types: I-type stricture caused by compression of the bile duct stone impacted cystic duct or gallbladder neck; Type II - gallbladder with choledoch fistula formation which occurs as a result of long-term presence of concretions in the neck of the gallbladder or cystic duct. Among patients studied patients with predominated Mirizzi syndrome type I - 48 (85.7%), with the type II was 8 (14.3%) patients. In the preoperative period, clinical and ultrasound data, diagnose Mirizzi syndrome type I succeeded in 34 (60.7%) patients, Mirizzi syndrome type II in 2 (3.6%), the remaining 20 (35.7%) - syndrome was identified during surgery. Mechanical jaundice in the preoperative period was observed in 17 (30.3%) patients, cholangitis in 6 (10.7%). Results and discussion. Possible surgical interventions were defined according to the type Mirizzi syndrome. So, during laparoscopic cholecystectomy performed an autopsy Hartmann pocket and removing the stone through the lumen with subsequent cholecystectomy, which was performed in 6 cases. If it is impossible to break into the laparoscopic removal of the gallbladder neck stone we made the transition to minilaparotomy cholecystectomy in 5 cases, and the diagnosis of the syndrome Mirizzi II type passed to laparotomy - 2 cases. When using minilaparotomy cholecystectomy was performed an autopsy the bottom of the gallbladder, with the removal of its contents, and then carried out the removal hook into the neck of the gallbladder calculus. With this method, we were able to remove calculus and perform cholecystectomy in 23 patients with type I Mirizzi syndrome. If, however, even after opening the bottom of the gallbladder we were unable to remove the wedged concrement we made a further opening of the gallbladder wall towards its neck, together with the opening of Hartmann, which is much easier removal of wedged concrement - 8 cases. In 11 patients, we combined this method of operation with the common hepatic duct drainage for Halstead - 7, for Wisniewski - 4. It was associated with the presence in this group of patients with a combination of Mirizzi syndrome type I with obstructive jaundice. Conversion runtime minilaparotomy cholecystectomy, the diagnosis of type II Mirizzi syndrome was made in 6 cases by expanding minilaparotomy wounds. The main difficulty, both in terms of diagnosis, and in terms of surgical treatment were patients with type II Mirizzi syndrome. When the diagnosis of this type of syndrome, we made: the defect of not more than 1/3 of the circumference of the common bile duct (CBD) in 3 cases, the pathological tissue anastomosis plastic cystic duct after cholecystectomy and external drainage of the common bile duct; with more than 1/3 of the defect CBD circle made reconstructive surgery, 2 - and 3 hepaticoduodenostomia - hepatoyeyunoanastomosis by Roux. Patients with the syndrome type I Mirizzi complications in the postoperative period were observed in 3 (6.25%) cases. 2 In the case of bile leakage from the drain tube that is spontaneously stopped at 4-11 hours, and in 1 case, bile peritonitis, the patient was made relaparotomy cause was the failure of the cystic duct stump. In the late period, when Mirizzi syndrome type II, complications were observed in 3 (37.5%) patients, 2 patients after the imposition hepaticoduodenoanastomosis in the postoperative period was observed reflux cholangitis, about which patients are often treated conservatively. In 1 patient after plastic pathological tissue anastomosis cystic duct stricture developed RFP that require re-reconstructive surgery, imposing hepatoyeyunoanastomosis by Roux. Conclusions. Thus, in most cases Mirizzi syndrome is type II intraoperative finding. Preference in the presence Mirizzi syndrome type I need to give minilaparotomy cholecystectomy, allowing to keep the main advantages of minimally invasive access and, if necessary, allow to make the conversion to the expansion of the access to and implementation of the necessary spectrum of surgical interventions on the hepatobiliary system. The advantage of the proposed treatment of us, unlike other techniques under Mirizzi syndrome type II is the imposition of a wide precision biliodigestive anastomosis without tension and without the use of a removable transhepatic drainage. It is necessary to give preference to this method, when a defect takes more than 1/3 of the CBD circle.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ЯХШИ СИФАТЛИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Абдуллаев Н.К. пед. факультети 512-гуруҳ талабаси, Ғайратов Қ.Қ.- магистратура резиденти, Аҳмедов А.И. ассистент
Педиатрия факультети хирургик касалликлари кафедраси
Илмий раҳбар: доц. Бабажанов А.С.

Бугунги кунда қалқонсимон без патологияларида медикаментоз терапия самараси нотўлиқ бўлиб, консерватив даводан сўнг тиреоид тўқималардан тугунли ҳосилаларнинг стабил равишда ўсиши кузатишмоқда. 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. Қалқонсимон без яхши сифатли касалликларида хирургик тактикани белгилашдаги қарашларнинг ҳар хиллиги ва операциядан сўнгги асоратларнинг профилактикасини инобатга олган ҳолда хирургик даволаш тактикасини такомиллаштиришни олдимизга мақсад қилиб қўйдик. **Текшириш материаллари ва усуллари:** 2014-2015 йилларда Самарқанд ШТБ хирургия бўлимида даволанган 122 та тугунли бўқоқ билан оғриган беморларни таҳлил қилдик. Барча беморлар оператив даволанган. Шу беморлардан 52таси 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 УТГ, 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 бўлақ ҳам 6-8 г гача тиреоид тўқима қолдирилади. Гемитиреоидэктомия – 67та (54,9%) беморда бажарилди. Бунда битта бўлақ тўлиқ олинади, иккинчи бўлақ 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 10-12г гача тиреоид тўқима қолдирилади. Қалқонсимон без иккала бўлаги субтотал резек-

цияси- 13та (10,2%) беморда бажарилди. Бунда қалқонсимон без иккала бўлаги олиб ташланади. Иккала томондан 6-8 г 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 гипотиреознинг 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 тўғри 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.

ҚОН АЙЛАНИШИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОРЛАР ОПЕРАТИВ ТУҒРУҒИДА КОМБИНИРЛАНГАН СПИНАЛ-ЭПИДУРАЛ АНЕСТЕЗИЯ ШАРОИТИДА СТРЕСС КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Акрамов Б.Р., 2 йил магистратура резиденти, Насриев С.А., 1 йил магистратура резиденти,
Пардаев О.Ш. тиб. пед факультети 704-гр талабаси
Анестезиология ва реаниматология кафедраси (каф.муд.- доц. Маглубов М.М.)
Илмий раҳбар: т.ф.н., доц. Пардаев Ш.К.

Ишнинг мақсади: Қон айланиши етишмовчилиги бўлган ҳомиладорларда оператив туғруқ вақтида комбинирланган спинал-эпидурал анестезия (КСЭА) шароитида стресс кўрсаткичларини аниқлаш ва баҳолаш. **Материал ва текшириш усуллари:** Қон айланиши етишмовчилиги (ҚАЕ) туғма ва ортирилган юрак туғма нуқсонли бўлган 30 та ҳомиладорлар текширилди, ёши 18 дан 33 гача, беморларнинг гестация муддати ўртача 36-40 ҳафтани ташкил қилди. Ҳомиладорларда бир қанча стресс кўрсаткичларни баҳолаш мезонлари, К.Ю Шейх-Заде тавсиясидан фойдаланилди, яъни қуйдаги формулага $PC=TM \times IOUC \times \text{пульсАБ} \times 0,000126$ асосланган ҳолда олиб борилди. Бу ерда (ТМ) тана массаси, (IOUC) юрак уриш сони, (пульсАБ) пульс артериал босим, ва 0,000126 ўзгармас сон. Бу кўрсаткич 1,5-2,0 норма, 2,0-2,5 ўртача, >2,5дан юқори бўлса жуда юқори ҳисобланади. Ҳамма касалларда премедикация учун атропин 0,5-0,7мг, димедрол 10мг, дексаметазон 4мг. Умумий қабул қилинган усули эпидурал анестезия (ЭА) L₁-L₂ бел умуртқалари орасидан 2%-200мг лидокаин эритмаси, Туохи G 18 x 90 игнаси ва спинал анестезия, (СА) L₃-L₄ белумуртқалари орасига 25-27G калибрли спинал игна ёрдамида ўтказилди. **Текширишнинг натижалари:** Текширишлар шуни кўрсатдики, операция олди даврда ҳомиладорларда стресс кўрсаткичлари баҳоланганда аниқланди. Дастлаб бу кўрсаткич текширилган ҳомиладорлардан операциядан олдинги даврда 18та (60%) 2,0-2,5 ўртача, қолган 12та (40%) >2,5 юқори кўрсаткични берди. Комбинирланган спинал-эпидурал анестезия (КСЭА) самарасидан сўнг бу кўрсаткичлар деярли дастлабки нормал ҳолатга қайтди, шулардан 26та (88%) 1,5-2,0ни ва 4та, (12%) ҳолларда ўртача 2,0-2,5га тенг бўлиб турди. **Хулоса:** Қон айланиши етишмовчилиги бўлган ҳомиладорларда комбинирланган спинал-эпидурал анестезия шароитида операция олди стресс кўрсаткичларини ўрганиш ва баҳолаш, анестезиологик қўлланмани танлашда ва ҳавфсиз ўтказишда, операциядан кейинги даврни силлиқ кечишини таминлайди.

ОШҚОЗОН ВА ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ ПЕРФОРАЦИЯСИДА МИНИИНВАЗИВ ХИРУРГИК ТЕХНОЛОГИЯНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Исмоилова З.Р., пед. факультети 713-гуруҳ талабаси, Исмоилов А.О. кафедра асс.
педиатрия факультети хирургик касалликлари кафедраси (кафедра мудири-доц. Бабажанов А.С.)
Илмий раҳбар: доц. Бабажанов А.С.

Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яра касаллиги-ошқозон ичак трактини кенг тарқалган касалликларидан ҳисобланади. Бу ҳасталик билан дўнёдаги катта ёшдаги кишиларнинг 2-5% ҳасталанади, ушбу ҳасталик оқибатида ўлим кўрсаткичи 1% ни ташкил қилади. Бу эса мавзунинг долзарблигини кўрсатади. Аҳолининг 10% да бу ҳасталикка чалиниш эҳтимоли юқори бўлиб эркаклар ва аёлларда учраш нисбати 4:1. **Текшириш мақсади:** Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яраси перфорациясида беморларда миниинвазив эндовидеохирургия операциясини куллашни асослаш, имкониятини ва эффективлигини баҳолаш. **Текшириш вазифалари:** 1. Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яраси тешилиши туфайли операция қилинган беморларда ретроспектив анализларни ва ҳавф омилларини таҳлил қилиш. 2. Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яраси тешилган беморларда инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш. 3. Ошқозон ва ён икки бармоқ яраси перфорацияси билан традицион ва миниинвазив тикилган беморларда натижаларни таҳлил қилиш. Ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яраси перфорацияси диагностикасини ва даволашни мукамаллаштириш. Текшириш объекти булиб СамШТБ ва РШТЎИТМСФ да 2014-2016 йилларда 18-55 ёшдаги ошқозон ва ён икки бармоқ ичак яраси тешилиши билан операция қилинган беморлар касаллик тарихи таҳлил қилинди, шулардан 45 та аёл, 23 та эркак. **Натижа:** Натижалар аниқ мақсад билан қуйилган вазифага асосланиб етарли даражада кўриклардан, замонавий инструментал текширув методларини қўллаган ҳолда келтирилди. 1. Операциядан кейинги чурралар 15% дан 3% гача камайди. 2. Беморларни стационарда бўлиш кунлари ўртача 3-4 кунга камайди. 3. Операциядан кейин реабилитация даври қисқарди. **Хулоса:** Ошқозон ва ён икки бармоқ ярасини перфорациясида замонавий инструментал текшириш методлари диагностика таҳлили шуни кўрсатадики ушбу патологияда диагнозни эрта аниқлаб ўз вақтида миниинвазив усулда операция қилиш ва даволаш эффективлигини оширади.

НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМАНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ДАВОСИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Қосимов Р.Э., 2 курс магистратура резиденти, Кушаков А.У., 1 курс магистратура резиденти,
Мамаюсов С.С, 3 курс магистратура резиденти
Офтальмология кафедраси (каф.мудири - т.ф.д., проф. Юсупов А.А.)
Илмий раҳбар: т.ф.д. проф. Юсупов А.А.

Глаукома замонавий офтальмологияда қайтариб бўлмас кўрликка сабаб бўлиб, давоси эса қийинлиги билан муаммо бўлиб қолмоқда. Шунинг учун неоваскуляр глаукомада комбинациялашган даво усулини клиник самарасини ўрга-

ниш долзарб ва амлиётга керакдир. **Ишнинг мақсади:** Неоваскуляр глаукоманинг комбинациялашган даво усулини ишлаб чиқиш ва клиник баҳолаш. **Текширув материали ва методи:** Бизлар текширувимизни СамМИ клиникасининг Кўз булимидан 25 касални неоваскуляр глаукома ташхиси билан даволанган беморларда ўтказдик. Ҳамма касаллар икки гуруҳга ажратилди: биринчи (асосий) гуруҳ-14 та бемор (18 та кўз), иккинчи (назорат) гуруҳ-11 та бемор (14 та кўз). Асосий гуруҳда эркаклар 6 та (46,15%), аёллар 8 та (53,84%), 19 дан 70 ёшгача, ўртача 47±5. 13 та беморда қандли диабет касаллиги аниқланди, шундан 2 (17%) тасида компенсация, 8 (62,2%) тасида субкомпенсация, 3 (20,8%) тасида декомпенсация босқичи аниқланди. КИБ да максимал гипотензив режим 44,84±1 мм.сим.уст, кучли оғриқли синдром 15 (82%) ни ташкил этди. Оптик муҳитлар 11 (59%) та беморда тиниқ эмас. Гониоскопия қилинганда 7 (41%) та кўзда олдинги камера бурчаги ёпиқ. Бунга сабаб фибро васкуляр мембрана (ФМВ) ретракцияси ва тўлиқ (44%) ёки қисман (15%) гониосинехиялар. Назорат гуруҳда эркаклар 3 (27,27%), аёллар – 8 (72,72%), 20 дан 73 ёшгача, ўртача 37,4±17,07. 9 та беморда қандли диабет билан касаллиги аниқланди, шундан 1 тасида (11%) компенсация, 8 (89%) тасида субкомпенсация босқичи аниқланди. КИБда максимал гипотензив режим 45,11±1 мм.сим.уст, кучли оғриқли синдром 13 (91%) ни ташкил этди. Ҳамма касаллар стандарт бўйича текширилди: умумий қон, сийдик таҳлили, биохимик қон таҳлили. Мутахассислар кўриги: эндокринолог, терапевт, невропатолог. Традицион офтальмологик текширув: визиометрия, биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия, тонометрия, тонография. **Олинган натижалар:** Асосий гуруҳ касалларига склеранинг икки квадратидан орқа трепанация операцияси ўтказилди: лимбдан 5 мм ташқарида юқориги-ички ва пастки-ташқи секторларда цилиар тананинг криодеструкцияси қилинди. Конъюнктива лимб атрофида 3-4 мм диаметрда ажратилди ва икки қатор қилиб склерада криоапликацияси ўтказилди. Операциядан кейин иккала гуруҳ беморларга кортикостероид ва антибиотик томчилари буюрилди. Назорат гуруҳидаги беморлар операциягача простогландин гуруҳига кирувчи дори воситаларини (Латамед 1 томчидан 1 марта суткасига) ва 0,5% тимолол 1 томчидан 2 маҳал суткасига томизиб юришган. Асосий гуруҳда кўз ичи суюқлиги (КИС) 14 ҳафта давомида пасайганини курдик ва 3-6 ой мобайнида кузатганда суюқлик миқдори кўпайиши кузатилди. Назорат гуруҳда 3 ой давомида КИС ошди (с 0,93±0,65 дан 2,10±1,19 гача) кейинчалик пасайди (1,34±0,96 гача) ва кутилган натижага эришилди. **Хулоса:** 1) Склеранинг орқа трепанацияси ва цилиар тананинг криодеструкция операциясини иккиламчи терминал оғриқли неоваскуляр глаукомада оғриқ синдромини бартараф этишда ва косметик кўзни асрашда қўллаш мумкин. 2) Бу усулни чандиқ кўп пайдо бўлиш хавфи бўлган ва бундан олдин бир неча бор жарроҳлик йўли билан даволанган беморларда қўллаш мумкин; 3) Комбинациялашган даво муолажасидан кейин кўз ичи босими юқори бўлган беморларнинг 69,5% да кўз ичи босими нормаллашди ва яхши натижага эришилди.

БОЛАЛАРДА ЛАНДРИ-ГИЙЕНА-БАРРЕ СИНДРОМИНИ КОМПЛЕКС ИНТЕНСИВ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Насриддинов Б., Шарипов С., Худойбердиев А., пед. факультети 502-гуруҳ талабаси.

Анестезиология ва реаниматология каф. (каф. муд. - доц. Матлубов М.М.) СамМИ

Илмий раҳбар: ассистент Шарипов И.Л.

Ишнинг мақсади: Болаларда ўткир полирадикулоневропатия, яъни «Ландри-Гийена-Барре»ни юқорига кутарилувчи параличи синдроми сабабларини таҳлил этиш ва уларни реанимация булимида даволаш усулларини такомиллаштириш. **Материал ва услублар:** Самарқанд вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт маркази (СВКТБТМ) нинг реанимация булимида охириги беш йил давомида 22 та полирадикулоневропатия Ландри-Гийена-Барре диагнози билан беморлар даволанган бўлиб, 14 тасини угил болалар, 8 тасини кизлар ташкил қилади. Беморлар ўртача ёши 3,5-11,2 ни ташкил этди. Касалликни ўрганиш давомида, аниқландики ушбу каслик 7 беморда гриппдан, 6 беморда кизамиқдан, 13та беморларда бактериал ва инфекциян касалликлардан сўнг асорат сифатида ривожланган. Барча беморларда касалликни бошланиш аломатлари ухшаш бўлиб танада оғриқ, хароратни кутарилиши, қўл-оёғларда нерв буйлаб оғриқ, гипорексия, қарахтлик, парезлар қўл панжаларида «қулқоп симптоми», оёғ панжаларида «пойпок симптоми»ни мусбат бўлиши билан бошланган. Беморларни 12таси реанимация булимига дисфагия ва нафас етишмовчилиги билан тушган, қолган беморлар дастлаб неврология бўлимига ётқизилган, 2-3 кундан сунг ахволи оғирлашиб реанимация булимига ўтказилган. Реанимацияга тушган беморларни 80% нафас етишмовчилиги боис 1-2 суткасида сунъий нафас олдириш(СНО) апаратыга уланган. Тахлилридан маълум бўлдики, 1чи 7 кунда оротрахеал интубацияда, сунгра эса 25-30 кун трахеостома оркали СНО да булган. Барча беморларни интенсив даво режасида О₂-терапия, антивирусли терапия (зовиракс 0.2мг/кг, линеомат оркали киритилган), НСЯК препарати, глюкокортикоидлар, иммуностимуляторлар, антибиотиклар, парентерал озиклантириш, дезинтоксикация, нафас йуллари санацияси, физиотерапия муолажалари, 4 беморга курсатмага асосан плазмозерез муолажаси ўтказилди. **Хулоса:** Текширишлар натижасига кура «Ландри-Гийена-Барре»ни юқорига кутарилувчи параличи болаларда ўтказилган инфекциян касалликларини самарасиз даволаниши натижасида асорат сифатида кечиби, беморларни реанимация булимга тушишга сабаб бўлади. Ушбу беморларга малакали ва комплекс интенсив терапия ўтказилганда қисқа муддатларда ижобий узгаришлар: сезгилар, ҳаракатлар, рефлекслар, мустақил нафас олиш фаолияти, нафас системасини фаолияти асоратсиз тикланиб борди. Энг муҳими эса кузатилган ва даволанган беморлар уртасида улим холати аниқланмаган.

МЕХАНИК САРИҚЛИҚДА МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ

Очиллов Б.К., пед. фак. 614-гуруҳ талабаси, Мухиддинов Б.Х., магистратура резиденти, Исмоилов А.О. ассистент

Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (кафедра мудири - доцент Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: доц. Бабажанов А.С.

Механик сариқлик ўт йўллари нинг ўтказувчанлигини бузилиши натижасида келиб чиқадиган оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Бугунги кунда механик сариқликни эрта диагностикасида ва даволашда эришилаётган ютуқларга қарамадан, улим курсаткичи 12,-27% ни ташкил қилмоқда. **Мақсад:** Механик сариқлик билан оғриган беморларда миниинвазив даволаш усулларини қўллаш билан хирургик натижаларни яхшилаш. **Текшириш материаллари ва усуллари:** Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси I-II хирургия бўлимида 2014-2015 йиллар давомида даволанган 51 нафар механик сариқлик билан оғриган беморлар таҳлил қилинди. Уларни текширишда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасида турли инструментал текшириш усулларидан: УТТ, ЭРПХ, ТЖХГ, диагностика лапароскопия, ҳамда механик сариқлик ва эндотоксикознинг даражасини аниқлаш учун умумий ва махсус лаборатория ва замонавий қўшимча текшириш усулларидан фойдаланилган. Асосий гуруҳдаги беморлардан 12 (48%) нафари эркаклар, 13 (52%) нафари аёллар, назорат гуруҳидаги беморлардан 11 (42,3%) нафари эркаклар, 15 (57,7%) нафарини аёллар ташкил этди. Механик сариқликни сабаби назорат гуруҳидаги 26 нафар бемордан 15 (57,7%) нафар беморда ўт-тош касаллиги, 4 (15,3%) нафаридан ўт йўлларида

ялтиғланиш натижасида келиб чиқадиган стриктуралар, 7 (27,0%) нафарида жигар эхинококкози. Механик сариқликни оғир даражаси назорат гуруҳидаги 8 (30,7%) нафар беморда кузатилди. Шулардан 25 нафари асосий гуруҳидаги беморлар, 26 нафари назорат гуруҳидаги беморлар ташкил қилди. Механик сариқлик оғирлик даражасига қараб асосий гуруҳидаги беморларнинг 8 нафари енгил, 10 нафари ўрта оғир, 7 нафари механик сариқликнинг оғир даражасидаги беморларни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг механик сариқликнинг оғирлик даражасига қараб улар енгил (7), ўрта оғир (11), оғир (8) гуруҳларга бўлинди. Механик сариқликнинг оғир даражасидаги беморларга ўт йўллари билан бирламчи декомпрессия қилиш муолажалари ўтказилган. Оғир даражали механик сариқликда ўт йўллари билан бирламчи декомпрессия қилиш мақсадида: ТЖХС- 3 (37,5%) нафар беморга, ЭПСТ- 2 (25%) беморга ва лапароскопик микроолецистостомия- 3 (37,5%) нафар беморга бажарилди. **Натижа:** Анализлар шуни кўрсатадики, механик сариқликнинг оғир даражасида ўт йўллари билан бирламчи декомпрессия қилиш холими эндотоксемияни сезиларли даражада камайтириб, радикал операциядан кейинги даврда беморларнинг стационарда бўлиш кунларини 15,3% дан 8,1% га, ўлим кўрсаткичини 4,2% дан 2,5% га қисқартиради. **Хулоса:** Механик сариқлик билан оғирган беморларни радикал операциягача бўлган даврда ўт йўллари билан бирламчи миниинвазив йул билан декомпрессия қилиш оптимал танлов эканлигини кўрсатади.

ҚОРИН ЁН ДЕВОРИ ВА БЕЛ РЕЦИДИВ ЧУРРАЛАРИДА ХИРУРГИК АМАЛИЁТНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Саидмуродова Н.Б., пед. фак. 601-гуруҳ талабаси, Обидов Ш.Х., магистратура резиденти, Аҳмедов Ғ.К. ассистент
Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси (каф. мудири - доц. Бабажанов А.С.)

Илмий раҳбар: доц. Бабажанов А.С.

Қорин ён девори ва бел соҳа чурралари анатомик тузилиши билан бошқа чурраларидан ажралиб туради ва рецидивлар сони кўплиги натижасида ҳозирги замонавий герниологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. **Мақсад:** Қорин ён девори ва бел соҳалари рецидив чурраларида хирургик даво натижаларини яхшилаш. **Текшириш материаллари ва усуллари:** 2012-2015 йилларда Самарқанд ШТБнинг I ва II хирургия бўлимларида қорин ён ва бел соҳа рецидив чурралари сабабли 24 нафар бемор даволанган. Улардан 21 (87,5%) нафари аёллар ва 3 (12,5%) нафари эркеклар бўлиб, уларнинг ёши 25 дан 71 ёшгача, уртача 39 ёшни ташкил қилади. 19 (79,2%) беморда тўғриланидиган, 5 (20,8%) нафар беморда тўғриланидиган рецидив чурралар кузатилган. 15 (62,5%) беморда биринчи марта, 8 (33,3%) нафар беморда иккинчи марта ва битта (4,2%) беморда учинчи марта чурра рецидиви кузатилган. Барча беморларга стандарт лаборатор ва инструментал текширишлар қилинган. 18 (75%) нафар беморда ҳамроҳ касалликлари (юррак-қон томир касалликлари, қандли диабет, семизлик ва бошқа) аниқланиб, улар операцияга мутахассислар тавсияларига асосан тайёрланган. Беморларни саралашда биз Chevrel J.P., Rath A.M. (1999) бўйича халқаро классификациядан фойдаландик. Бу классификацияга асосан бемор чурралар жойлашуви, чурра халқаси ўлчами ва рецидивлар сонига қараб тақсимланган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: 17 (70,8%) нафар беморга (асосий гуруҳ) аллотрансплантат ретромускуляар бушлиқ, яъни қорин ташқи ва ички қийшиқ мушаклари орасига спигель чизиғидан бел мушакларигача ва коврўга ёйининг пастки қиррасидан ёнбош суягигача «tension-free» услубида қўйилган. Синов гуруҳидаги 7 (29,2%) нафар беморга аутогерниопластика бажарилган. **Текшириш натижалари:** Операциядан кейинги даврда (4 ойдан 2 йилгача) асосий гуруҳ беморларида чурра рецидиви кузатилмади, 3 (17,6%) беморда маҳаллий асоратлар (серома) кузатилиб, ўз вақтида бартараф қилинди. Синов гуруҳидаги 2 (28,6%) нафар беморда чурра рецидиви ва 3 (42,3%) беморда бошқа маҳаллий асоратлар кузатилди. **Хулоса:** Қорин ён ва бел соҳа рецидив чурраларида қўлланилган хирургик усул натижасида нафақат чурра рецидиви камайиши, балки бемор қорни ва қоматининг деформацияларини йўқотиб, ижобий косметик натижага эришиш мумкин.

РЕКТОВАГИНАЛ ОҚМАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Хайритдинов А.А., даволаш факультети 3 курс талабаси

Умумий хирургия, нурли диагностика ва терапия кафедраси (кафедра мудири - м.ф.н., доцент Мустафақулов И.Б.)

Илмий раҳбар: ассистент Дусяров М.М.

Ишнинг мақсади: Тўғри ичак-қин оқмасида хирургик даволаш усулларини яхшилаш. **Материал ва методлар:** СамМИ клиникаси проктология бўлимида 2010 - 2015 йил оралиғида тўғри ичак-қин оқмаси билан мурожаат қилиб келган 10 та беморда текшириш ва даволаш ишлари олиб борилди. Олинган натижалар таҳлил қилинди. Беморларнинг ёш кўрсаткичи 20 ёшдан 50 ёшгача ташкил қилди. 20-30 ёш (30%), 30 - 40 ёш (40%), 40 ёшдан юқори (30%). Тўғри ичак-қин оқмалари туғруқдаги асоратлар ва туғруқдан кейинги даврда йиртилган оралиқни нотўғри тикиш, боғлов ишларининг яроқсизлиги натижасида кўпроқ учради. Туғруқдан кейин 7, жаррохик амалиётлари натижасида 2, жароҳатланиш натижасида 1. Туғруқлар сони I - II туғруқ (30%), III - IV туғруқ (60%), V тадан кўп туғруқ (10%). Касалликнинг илк белгилари пайдо бўлгандан то шифохонага келгунча (47%) бемор 6 ойдан 1 йилгача, (20%) бемор 1 йилдан 3 йилгача, (23%) бемор 3 йилдан 5 йилгача, (10%) бемор 5 йилдан 7 йилгача бўлган вақтни ташкил қилади. Шу билан бирга беморларда сфинктер фаолияти текширилди. Сфинктернинг I даражали етишмовчилиги 2 (20%), II даражали етишмовчилиги 6 (60%) беморда ва III даражали етишмовчилик 2 (20%) беморда кузатилди. Барча беморларда ректовагинал оралиқдаги нуқсоннинг ўлчами, шунга мос оралиқдаги ўзгаришлар ҳам ҳисобга олингандан сўнг оқма девори ва чандиқли ўзгарган тўқималар кесилгач синтетик тикув ишлари ёрдамида сфинктеролеваторопластика бажарилди. Операциядан сўнг асоратлар кузатилмади. **Хулоса:** Боғлов материалларидан тўғри фойдаланиш операциянинг мувоффақиятли чиқишини таъминловчи асосий омиллардан бири ҳисобланади. Биз операция жараёнида қўллаган полидиоксанон, монофиламинт, монокрил боғлов материаллари оқманинг битиш жараёнини тезлаштириши ҳамда, касалликнинг қайталанишини камайтиришга эришилди.

БОЛАЛАРДА ЛАЙЕЛЛА СИНДРОМИНИ РЕАНИМАЦИЯ БУЛИМИДА
ИНТЕНСИВ ДАВО УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Шарипов С.И., пед. факультети 502-гуруҳ талабаси, Орипова Д., 2 курс кл. ординатор,
Анестезиология ва реаниматология каф. (каф. муд. - доц. Матлубов М.М.) СамМИ

Илмий раҳбар: ассистент Шарипов И.Л.

Ёш болаларда катталарга нисбатан дори препаратларни қуллашни узига хос хусусиятлари мавжуд. Охириги вақтларда болалар организмни хусусиятларини билмаган ҳолда, ота-оналар томонидан уз фарзандларини даволаш учун врач тавсиясини олмасдан турли хил касалликларни уй шароитига даволаш мақсадида сироплар, суюқликлар, мазлар, таблеткалардан кенг фойдаланиш ҳолатлари кузатилмоқда. **Ишнинг мақсади:** Препаратларни ножужа таъсирида

ривожланган «Лайелла синдроми» ни сабабларин урганиш ва уларни даволаш усулларини такомиллаштириш. **Материал ва услублар:** Айнан турли хил дори дармонлар билан даволаш натижасида ривожланган дориларни ножа таъсирлари ва огир ҳолатлар билан 2011-2015 йиллар давомида Самарканд вилоят куп тармоқли болалар тиббий марказини реанимация бўлимига мурожаат қилган беморларни таҳлил қилганимизда жами беморлар сони 139. Мурожаат этган беморларни 10 (7.1%) тасини Лайелла синдроми ташкил қилади. Касалликни сабабини урганиш учун анамнезга эътибор қаратилди. 3 та бемор тана хароратини тушириш мақсадида Сироп Ибуфен ва Цинепар Кид, Аналгин+ димедрол инъекциясидан сунг ривожланган. 2та беморларга стрептоцид ва пенициллин группаси препаратидан сунг ривожланган. Этасига тетрациклин ва эритромицин таъсирида, 1-тасига Амоксациклин таблеткаси таъсирида, 1та беморга Ибупрофен таблеткасидан сунг ривожланганлиги аниқланди. Бу беморлар асорат ривожлангандан сунг 2-4 сутка утиб тиббий марказга мурожаат этганлар. **Натижалар:** Барча беморларни огир ахволда эканлигини инобатга олиниб дарҳол реанимация бўлимига ётқизиб диагнозни асослаш мақсадида барча тахлилалардан сунг, аллерголог, токсиколог, дерматовенеролог, педиатр мутахасислар куриги ташкил этилди. Беморларни изолятор хонасида ётқизиб шошилич ёрдам сифатида кислородтерапия, глюкокортикоидлар юкори дозада, антигистамин воситалар, инфузион ва антибиотикотерапия, интракорпорал детоксикация усулларидан (ошқозон ва ичаклар диализи, энтеросорбция, кучайтирилган диурез) утказилди. Интоксикация белгилар кучли ва ёши катта беморларда экстракорпорал детоксикациянинг плазмаферез усули утказилди. Бу беморларни интенсиф давоси болани ахволига караб 8 суткадан то 15 суткагача давом этди. Мурожаат этган беморларни реанимация бўлимига интенсиф даволашни олиб бориш натижасида, барча беморларни ахволи динамикада яхшилаиб борди. Гемодинамик, нафас ва тахлилалардаги курсатгичлар барқарорлашгандан сунг аллергология бўлимига утказилди. **Хулоса:** 1) Ота-оналар уртасида дори дармонларни бемор фарзандларига тартибсиз бериш, ножа таъсирлари ва уни олдини олиш чоралар мавзусида тушинтириш ишларини олиб бориш. 2) Бемор болани тез орада врачга курсатиб, врач тавсиясини олишни ота-оналарга тушунтириш. 3) Дори дармонларни беришдан олдин йуриқномаси билан танишиб чиқиш. 5) Болаларда даволаш учун тавсия беришда, аллергик ҳолати бор-йуқлиги тутрисида врач томонидан чуқур анамнез йиғиш.

БОЛАЛАРДА УТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТЛАРНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ

**Шарипов С.И., Насриддинов Б.В., педиатрия факультети 502 гуруҳ талабаси., СамМИ
Анестезиология ва реаниматология кафедраси (каф. муд. - доц. Матлубов М.М.)
Илмий раҳбар: ассистент Шарипов И.Л.**

Статистик маълумотларга кура болалар уртасида учрайдиган касалликларни 64-86%-ни нафас йулларининг уткир ялигланиш касалликлари ташкил этади. Касалликни асосий кузгатувчилари вирусли инфекциялар бўлиб, асорат сифатида ўткир обструктив бронхит (УОБ) ва бронхитлар, стенозловчи ларинготрахеит (СЛ), ўта огир пневмониялар (УОП) ни ривожланишига олиб келади. **Ишнинг мақсади:** Кўкрак ёшдаги болаларда асоратланган уткир нафас йуллари касалликларини даволашда «Умкалор» препаратини қўллаш ва самардорлигини баҳолаш. **Материал ва услублар:** Самарқанд вилоят куп тармоқли болалар тиббий маркази (СВКБТМ) нинг реанимация бўлимида 2014-2015 йилнинг киш мавсумида 38 бемор ўрганилди. Беморларни ўртача ёши $1,2 \pm 2,6$ ёшни ташкил этди. Бу беморлар тиббий марказнинг реанимация бўлимида УОБ (16), УОП (10) ва СЛ(12) синдромлари билан ётқизилган. Бу беморларга диагноз клиник, физикал ва рентгенологик текширишлар хулосасига асосланган ҳолда қўйилди. Барча беморларда маниторли кузатув ёрдамида PS , sPO_2 , AB , HOC , T^0 курсатгичлар «UM-300 Patient Monitor» (Украина) ёрдамида назорат қилиб борилди. 20 (53%) беморларда: 16 қиз бола, 4 ўғил бола (1-чи гуруҳ назорат) бўлимда одатдаги стандарт O_2 терапия, ингалиция, спазмолитиклар, глюкокортикоидлар, антибиотиклар, антивируслар, антипиретиклар беморни умумий ахволи ва НЕ аломатларига караб тавсия этилган. 18 (47%) беморлар: 10 қиз бола, 8 ўғил бола (2-чи гуруҳ асосий) одатдаги стандарт даволаш режасида, яъни O_2 терапия ва антипиретиклар билан бирга, «Умкалор» (ИПП) экстрактидан бола ёшига мос дозада бериш қўшилди. Экстрактни дозаси: 1-5 ёшгача 10 томчи 3 марта, 5-12 ёшгача 20 томчи 3 марта. 1-чи гуруҳдаги беморларда гемодинамик курсатгичлар 4 чи суткада барқарорлашиб умумий ахволи яхшилланган, 2-чи гуруҳ беморларида эса бу курсатгичлар 2-чи суткада барқарорлашиб обструкция ва интоксикация аломатлари юқолиб SPO_2 тезда ошиб боргани аниқланди. **Хулоса:** 1. Комбинациялашган антивирусли, антибактераль, ялигланишга қарши, бронхолитик, муколитик хусусиятига эга булган «Умкалор» экстрактидан асоратланган уткир нафас йуллари касалликларини даволашда монотерапия сифатида кенг қўллаш мумкин. 2. Бемор томонидан қабул қиладиган дориларни сонини камайтиради. 3. Қўллаш давомида аллергик ҳолат ва атипик касалликларни авж олиши кузатилмади.

GASTRDUODENAL YARA TESHILISHIDA BEMORLARLARNING O'LIM TAHLILI

Namozboyeva D.X., To'xtamutod Z.Z.

TOSHPTI

Материаллар ва текшириш усуллари: Изланишлар xirurgiya bo'limidagi 1 yilgi qorin bo'shlig'ining o'tkir xirurgik kasalliklaridan o'limi oqibatlarini tahliliga asoslangan. 1688 bemor shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra kasalxonaga yotqizilgan, shularning 49 nafari vafot etgan. Umumiy o'lim 2.9%ni tashkil qildi. Ulardan 37 tasida operatsiya o'tkazilgan. Xirurgik aktivlik 51%ni tashkil qildi. Peritanit va oshqozon- o'n ikkibarmoq ichak perforativ yarasiga asoslangan 30 ta qabul qilingan bemordan 5 kishi o'lgan (16%). Ularning 8 nafari (27%) perforativ yaraning keyin 24 soat o'tib og'ir ahvolda toksik va gipovolemik shok ko'rinishida olib kelingan. Kasalxonaga olib kelish va operatsiya muddatlariga qarab perforativ yarani kesib olish va pilaropastika, teshilgan yarani tikish operatsiyalari o'tkazilgan. Bunda bemorning umumiy ahvoli, yoshi, yondosh kasalliklar, operatsion havf darajasi hisobga olinadi. Peritanit oqibatida og'ir ahvoldagi bemorlarda teshilgan yara tikildi va drenj o'rnatildi. 5 nafar bemorning barchasi kasalxonaga og'ir ahvolda keltirildi. Kasalxonaga kech murojat qilishgan, bir nechta yondosh kasalliklarga ega. Shulardan 2 tasi o'tkir yurak qon tomiri yetishmovchiligidan, qolganlari toksik va gipovolemik shokdan o'ldi. O'lim holatlarida yondosh kasalliklar sezilarli ro'l o'ynashini e'tiborga olish kerak. O'lgan bemorlar har xil ba'zan bir nech yondosh kasalliklar bilan og'irgan. Ko'pincha asosiy emas, o'sha yondosh kasalliklar o'linga sabab bo'lgan. Olingan ma'lumotlar shoshilinch xirurgiyada organizatsion taktik va davolash-dagnostik masalalarni yaxshilashga qaratilgan. **Xulosalar:** 1. Qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklaridan o'lim strukturasi yondosh kasalliklarga ega va kech muolaja qilingan bemorlar ma'lum qismini tashkil qiladi. 2. Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir kasalliklari bilan og'irgan bemorlarga yordam ko'rsatishda doimiy sanitar-targ'ibot ishlariga bog'liq. 3. Profilaktika va perferativ gastraduodenal yordam, o'lim soni kamayishining eng yaxshi chorasi bu bemorlarni vaqtida kasalxonaga yotqizish va bemorlarni rejimli sog'lomlashtirish hisoblanadi.

СТОМАТОЛОГИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Ахрорхужаев Н.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии

Зав. кафедрой: профессор Бекжанова О.Е.

Заболевания органов и систем значительно увеличивают риск развития воспалительной патологии пародонта. Особое внимание в оказании стоматологической помощи требуют больные бруцеллезом. В связи с этим ведутся поиски новых эффективных методов лечения пародонтита и профилактики его обострения. **Цель работы:** Совершенствование лечебно-профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта у больных бруцеллезом. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находилось 10 больных бруцеллезом и пародонтитом средней степени тяжести. В зависимости от использования схем лечения, больные были разделены на две группы, по 5 человек в каждой. Контрольная группа – больные бруцеллезом. Получавшим традиционное лечение пародонтита и основная группа – группа больных, получившая традиционное лечение пародонтита в сочетании с биодобавкой американской компании «Виталайн» - «Ультра Кальций Кремний Формула» (КоКаМид) и комплекса средств «Здоровые десна» серии «Асепта». Состояние пародонта оценивали при помощи пародонтальных индексов: папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА в модификации Parma (1960), индекса PI и индекса кровоточивости ИК Muhlemann Н.Р. (1971). Обследование проводилось с помощью пародонтального зонда. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью индексов Грина-Вермиллиона (УИГР). **Результаты:** Как в контрольной, так и в основной группах наблюдение за пациентами проходило в динамике в течение трех месяцев. Анализ пародонтального статуса, проведенный по окончании лечения, продемонстрировал уменьшение значений пародонтальных индексов в разной степени у основной и контрольной групп. УИГР в основной группе после комплексного лечения составил 0,83, а в контрольной после традиционного лечения 1,28, что в 1,5 раз ниже чем в основной. ПИ в основной группе после лечения снизился в 4,5 раза, а в контрольной группе в 2.6 раз. Индекс кровоточивости в основной группе составил 0,92, что в 1.6 раза меньше, чем в контрольной-1,46. РМА в основной группе 18,60, а в контрольной 32,63. **Выводы:** Лечение пародонтита у больных бруцеллезом должно включать в себя комплексное лечение с применением препаратов как местного, так и общего действия.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Ахрорхужаев Н.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии

Зав. кафедрой: профессор Бекжанова О.Е.

Цель работы: Повысить эффективность лечения ХГП применяя комплексную терапию включающую помимо антимикробной, иммуностропной и восстанавливающей микробиоценоз компоненты. **Материал и методы исследования:** Для выполнения поставленной цели пациентов с ХГП 24 человека в возрасте от 36 до 58 лет разделили на две группы по 12 человек. В каждой группе проводили комплексное обследование включающее определение гигиенического состояния полости рта с использованием следующих индексов: - упрощенный гигиенический индекс Грина-Вермиллиона (GreeneVermillion, 1964) - УИГР - папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА) (Shour, Massler, 1947) модифицированный Parma (1960) - комплексный пародонтальный индекс (КПИ) (Леус П. А., 1987) Определяли подвижность зубов, глубину пародонтального кармана, проводили рентгенологическое исследование. В слоне определяли содержание S-IgA и цитокинов. Мы разработали следующий алгоритм комплексного лечения: 1) Профессиональная гигиена 2) Антимикробная терапия 3) Детоксикационная терапия 4) Антиоксидантная терапия 5) Иммуномодулирующая терапия 6) Препараты восстанавливающие микробиоценоз ротовой полости Учитывая, что полиоксидоний обладает полифункциональным действием для выполнения 3, 4, 5 позиций комплексного лечения, возможно использование его одного, вместо нескольких препаратов. Для восстановления микробиоценоза на ткани десны накладывали коллагеновые губки с нанесенными на них лактобактериями. **Результаты:** По мнению подавляющего большинства авторов большая часть патогенной бактериальной флоры представлена облигатными анаэробами и микрофильными стрептококками мы в своем исследовании использовали полусинтетический препарат Аугментин 825 мг 2 раза в сутки, воздействующий на аэробную микрофлору. После проведения профессиональной гигиены и антибиотикотерапии во второй группе больных назначали полиоксидоний сублингвально 10 дней один раз в сутки 12 мг, а затем коллагеновые губки с лактобактериями или лингвально Ацелакт в таблетках, что приводило к субъективному и объективному улучшению состояния тканей пародонта по результатам лабораторного и клинического обследования. **Выводы:** Комплексное лечение позволило добиться длительной стабилизации тканей пародонта в два раза превышающей сроки ремиссии при традиционной терапии.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Аширов М.У., резидент магистратуры II курса СФ ТГСИ

Шодиев С.С. асс., Максудов Д.Д. вр. ординатор отд. ЧЛХ Самаркандского ГМО

Кафедра детской стоматологии (зав. каф. асс. Шадиев С.С.)

Научный руководитель: ассистент Шадиев С.С.

Частота гнойно воспалительных процессов ЧЛЮ у беременных увеличивается из года в год, что является предметом постоянного исследования хирургов-стоматологов. Беременность является особым состоянием организма женщины, сопровождающийся повышением нагрузок на адаптивные ресурсы организма, повышением уязвимости организма к инфекции, вызывая изменения в организме женщины, способствующие снижению резистентности к кариесу и заболеваниям пародонта. **Цель работы:** Повысить эффективность лечения беременных больных с флегмонами челюстно-лицевой области на основе ступенчатой антибиотикотерапии. **Материал и методы исследования:** Произведено обследование 41 беременной женщины с различными сроками беременности. Пациенткам проводили клинические, лабораторные и микробиологические исследования. Обязательно проводилась консультация гинеколога. Материал для микробиологического исследования забирали из раны сразу после вскрытия гнойника стерильным ватным тампоном. Исследуемой группе

больных применяли ступенчатое введение антибактериального препарата Мергасеф, сначала по 750 мг 3 раза в день в/м, в/в - 3 дня, далее препарат назначали в с таблетках 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в день во время или после еды. **Результаты:** В группе с традиционным лечением в первые сутки после вскрытия флегмон из ряда бактерий преимущественно высевались *Str. viridans* - 36 (34,29 %) и *Staph. aureus* - 27 (25,7%), реже высевались - *Str. salivarius* - 16 (15,23%), *Str. pyogenes* - 7 (6,66%), *Staph. epidermidis* - 1(0,95 %) и грибы *Candida* - 18 (17,14%). Наибольшим было количество бактериальных клеток *Staph. aureus* (10^6 КОЕ/мл), *Str. viridans* и *Str. pyogenes* (10^5 КОЕ/мл), количество остальных аэробных организмов было ниже «критического уровня». Через трое суток определялись *Str. viridans* - в 33 (50,00%) посевах, *Staph. aureus* - 25 (37,87%), *Staph. epidermidis* - в 8 (12,12%). Неопределялись при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida*по отношению к предыдущему сроку исследования. Пациентам второй группы, использовали ступенчатое применение препарата «Мергасеф». Наиболее часто высевался *Str. viridans* - в 39 (42,85 %) посевах, *Staph. aureus* - 18 (19,78%), *Str. salivarius* 14(15,38%), *Staph. epidermidis* - не высеився. *Str. pyogenes* - 8 (8,79%), дрожжеподобные грибки *Candida* - 12 (13,18%)случаевсоответственно.Через трое суток высевались бактерии *Str. viridans* - в 25 (56,81%) посевах, *Staph. aureus* - 17 (38,63%), *Staph. epidermidis* - в 2 (4,54%). Неопределялись при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida*по отношению к предыдущему сроку исследования. **Выводы:** Ступенчатое применение препарата «Мергасеф», способствует снижению обсеменённости раны, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофлоры в ране. Положительные клинико-лабораторные показатели у беременных пациентов по данным микробиологических исследований способствовали сокращению сроков госпитализации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Аширов М., резидент магистратуры II курса СФ ТГСИ

Кафедра хирургической стоматологии (и/о зав. кафедрой: ас. Ибрагимов Д.Д.)

Научный руководитель: ас. Исхакова З.Ш.

Цель работы: Изучение порогов вкусовой чувствительности и функциональной мобильности рецепторов полости рта при сахарном диабете в зависимости от тяжести заболеваний. **Материал и методы исследования:** Для оценки вкусовой чувствительности и функциональной мобильности рецепторных элементов полости рта исследовано восприятие вкуса у 27 больных сахарном диабете. В зависимости от степени нарушения обмена глюкозы обследованные разделены на 3 группы: с компенсированным (51,9%), суб-(39,0%), и декомпенсированным течением сахарного диабета (9,1%) (соответственно 1-я, 2-я, 3-я группа). Для качественной характеристики сенсорной вкусовой функции определяли абсолютные пороги вкусовой чувствительности к сладкому методом пороговой густометрии. Использовали методику капельных раздражений. Для исследования применяли 0,1, 0,25, 0,5, 0,75, 1,0, 1,25, 1,5, 1,75, 2,0, 5,0, и 10% растворы сахара. **Результаты и обсуждение:** Показатель пороговой густометрии до комплексного лечения основного и стоматологического заболевания у больных с компенсированной формой сахарного диабета варьировал от минимального (2,61%) до максимального (10%); в среднем воспринимался $5,1 \pm 0,7\%$ раствор сахара. С изучением сенсорного компонента вкусового восприятия сладкого у больных сахарным диабетом нашей задачей было исследовать эффекторный компонент вкусового восприятия. С этой целью определяли функциональную мобильность вкусовых сосочков языка; исследования проводили натошак у больных всех трёх групп. Выявлено, что определяемый показатель был ниже от возрастной нормы, причем это снижение у больных с декомпенсированной формы сахарного диабета было более выражено ($64,7 \pm 3,5\%$) чем в группе с наличием компенсированным ($73,6 \pm 1,9\%$) и субкомпенсированным ($68,6 \pm 2,2\%$) сахарного диабета исследовалось натошак. **Выводы:** Исследование сенсорного компонента вкусового восприятия сладкого, дает основание предположить что у больных сахарным диабетом развивается вкусовая сенсорная нейропатия.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Бахридинов Ш.Д., студент 305 группы стом. факультета СФ ТГСИ

Кафедра хирургической стоматологии (зав. каф. - Ибрагимов Д.Д.)

Научный руководитель: ассистент Ибрагимов Д.Д.

Цель работы: Оптимизация хирургической лечебно-диагностической тактики у больных с сочетанной краниофациальной - абдоминальной травмой (СКФАТ). **Материал и методы исследования:** Нами обследованы 48 больных с СКФАТ, поступивших в экстренном порядке после травмы. Причиной травмы были следующие: автотравма-25, падение с высоты-9, уличная драка-14. При обследовании больных участвовали челюстно-лицевые хирурги, хирурги, травматологи, нейрохирурги, реаниматологи. При этом обращали внимание на наличие жалобы, общего состояния, сознание, частоту дыхания, артериальное давления. Оценки сознания определяли по Зильбергу. Больным проводили следующие диагностические процедуры: исследование общего, биохимического анализа крови, анализа мочи, цитологическое и биохимическое исследование лапароцентезной жидкости, изучение групповой и резус-принадлежности крови; рентгеновское исследование черепа, легких, брюшной полости, костей скелета; ультразвуковое исследование головного мозга (эхоэнцефалоскопия), органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства; магнитно-резонансную томографию головного и спинного мозга; диагностический лапароцентез, диагностический торакоцентез; пункцию спинномозгового пространства. В зависимости от тяжести общего состояния больных разделили на 2 группы: 1-я группа, 26 больных без нарушения сознания; 2-я группа, 22 больных с нарушением сознания. 100% обследованных больных мы отмечаем повреждение черепно-лицевого скелета и внутренних органов. У 12 (46%) больных 1 -группы отмечаем ушиб головного мозга, у 16 (61%) отмечаем травмы черепно-лицевого скелета и внутренних органов (перелом черепа-4, перелом верхней челюсти - 5, травма мягких тканей лица-9). У больных этой группы диагностированы следующие виды травм внутренних органов: ушиб внутренних органов-5, разрыв печени-3, разрыв селезенки-3, ушиб почек-8. 100% больных 2-группы были в бессознательном состоянии, из них у 11 (50%) отмечался ушиб головного мозга разной степени, у 6 (27%) больных выявили травму черепно-лицевого скелета и внутренних органов (перелом черепа-2, перелом верхней челюсти -3, травма мягких тканей лица-6). **Результаты исследования и выводы:** Таким образом, 52 % больных с СКФАТ были в сознании, у 48% больных отмечаем нарушение сознания в виде сопора, комы и оглушения. Из 48% больных в бессознательном состоянии у 23 % проводили диагностическую лапароскопию. При этом у 15% отмечаем повреждения паренхиматозных органов (разрыв печени, селезенки, почки). Оптимальным методом скрининга больных с СКФАТ является УЗИ и МРТ брюшной полости.

СТАНОВЛЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ЛУНКИ ЗУБОВ

Бобобекова А.А., студентка 307 группы стом. факультета СФ ТГСИ

Кафедра хирургической стоматологии (и/о заведующий кафедрой: ас. Ибрагимов Д.Д.)

Научный руководитель Мусурманов Ф.И.

Цель работы: Анализировать методы лечения альвеолита лунки зубов. **Материал и методы исследования:** Для лечения альвеолита предлагалось использовать следующий метод: после промывания лунки зуба растворами антисептиков до освобождения от остатков пищи, свободно лежащих осколков и продуктов распада, острой хирургической ложкой удаляют поверхностный (некротизированный) слой сохранившегося сгустка крови на стенках лунки. После этого альвеолу заполняли лечебной пастой следующего состава: 5 мл 1% дикаина, 5000 ЕД гепарина, 25 мг преднизолоновой мази, 50 г 5% линимента синтомицина, 12 г окиси цинка. При отсутствии эффекта больным рекомендовалось вновь посетить врача. Предлагался способ лечения альвеолита с помощью мази ируксол. В предварительно очищенную лунку с помощью специально изготовленного наконечника, навинчивающегося на тубик с мазью, заполняли лунку ируксомом до десневого края. При необходимости процедуру повторяли. Недостатками данного метода являются: необходимость изготовления специальных наконечников для введения мази в лунку зуба, а также необходимость повторных посещений в обоих случаях. Предлагался метод лечения альвеолита с помощью заполнения лунки биоконпозиционными материалами на основе гидроксипатита (коллапан, колапол). Недостатком данного метода является наличие в этих препаратах антибиотиков (линкомицина или гентамицина), что предопределяет возможность развития аллергических реакций. **Результаты:** Следует отметить, что вышеизложенные методы лечения альвеолита не являются общедоступными для широкого практического применения. Учитывая недостатки описанных ранее способов лечения альвеолита, был предложен принципиально новый метод, суть которого заключается в том, что после удаления зуба проводится тщательный кюретаж и в кровоточащую лунку вводится стерильная коллагеновая губка, пропитанная приготовленным с раствором бакстимс. Эффективность данного метода профилактики альвеолита челюсти подтверждена микробиологическими исследованиями, в ходе которых было установлено увеличение концентрации представителей нормальной микрофлоры в области лунки удаленного зуба (*Streptococcus spp.*) и снижение количества патогенных обитателей полости рта (*Enterococcus spp.*, *Candida spp.*, *Moraxella spp.*). **Выводы:** Таким образом, наиболее простым по исполнению, эффективным и доступным для широкого клинического применения является предлагаемый автором способ профилактики и лечения альвеолита путём местного использования бакстимса.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Волошина А.А., Сотиболдиева З.А., студенты 4 курса 12-007-1 группы стом. факультета

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра хирургической стоматологии (зав. каф. - д.м.н. Мирзакулова У.Р.)

Научный руководитель: д.м.н. Мирзакулова У.Р.

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является распространенным заболеванием, и среди всей патологии слюнных желез составляет 30 до 78%. Наиболее часто конкременты локализуются в поднижнечелюстных (90-95%), реже - околоушных (5-8%) слюнных железах. Слюннокаменная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Как известно, к норме в слюнных железах происходит постоянное образование микросиалолитов, которые с током слюны свободно вымываются в полость рта. Ранее считали причиной СКБ нарушение минерального обмена, гиповитаминоз витамина А. Успех комплексного лечения слюннокаменной болезни зависит от точного определения расположения слюнного камня. Среди различных методов диагностики заболеваний слюнных желез значительное место отводится лучевым исследованиям: рентгенография, магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковая сонография высокого разрешения и другие, которые значительно расширили возможности диагностики многих заболеваний слюнных желез. Несмотря на высокую информативность данных методов исследования, в некоторых случаях они не полностью удовлетворяют требованиям врачей при топической диагностике слюнного камня. **Цель работы:** Составление алгоритма диагностики слюннокаменной болезни и обобщение результатов использования мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). **Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением на кафедре хирургической стоматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова находились 28 больных со слюннокаменной болезнью в возрасте от 18 до 67 лет, из них 18 мужчин и 10 женщин. Для обследования больных использовались общеклинические, специальные и лучевые методы диагностики. **Результаты исследования:** При локализации слюнного камня в переднем и среднем отделах выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы достаточно информативной являлась рентгенография дна полости рта. Возникли трудности в топической диагностике, когда конкремент располагался в дистальных отделах протока или верхнем отделе поднижнечелюстной слюнной железы, а также при наличии рентгеннегативных камней. В таких случаях предпочтительно использовать мультиспиральную компьютерную томографию. Этот метод нами использовался также при исследовании околоушных слюнных желез для более точного определения локализации слюнного камня. У больных со слюннокаменной болезнью МСКТ позволила выявить количество, точное местоположение; форму; плотность; объем конкремента; точно оценить степень расширения протока железы, что позволило составить оптимальный план лечения и способ оперативного вмешательства. **Выводы:** Применение МСКТ в алгоритме диагностики слюннокаменной болезни позволило проводить органосохраняющие операции на слюнных железах с удалением слюнного камня. Разработанный нами алгоритм диагностики позволил практическим врачам выбрать оптимальное количество исследований для топической диагностики слюнного камня.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Джураев Д.Т., Хасанов Х.Ш., СФ ТГСИ

Научный руководитель: к.м.н. Усмонов Р.Ф.

В настоящее время проблема медицинской реабилитации приобретенных деформаций лицевого скелета не утрачивает своей актуальности. Среди всех деформаций костной системы ведущее место занимает анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Это связано, в первую очередь, с нарушением жизненно важных функций, таких как питание, дыхание, речь, с развитием эстетических нарушений, что приводит к плохой социальной адаптации больных. **Цель работы:** Совершенствование методов хирургического лечения анкилоза височно-нижнечелюстного сустава. **Мате-**

риал и методы исследования: В основу работы положены результаты обследования и лечения 24 больных с анкилозом ВНЧС, находившихся на стационарном лечении в взрослой челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандском Городском Медицинском Объединении, в период с 2011 по 2015 годы, с целью сравнительного анализа результатов хирургического лечения и выявления частоты развития осложнений. Возраст больных составил от 16 до 40 лет. В контрольную группу вошли 15 больных, лечившихся традиционным методом лечения. В основную группу вошли 9 больных, у которых применяли армированный стеклокристаллический имплантат из биоситалл. **Результаты исследования и выводы:** 1. Согласно ретроспективному анализу по данным взрослой челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандском Городском Медицинском Объединении, количество осложнений после операций по поводу устранения анкилоза в 2002-2010 гг. находилось на стабильно высоком уровне по сравнению с исследованиями проводимыми в течении последних лет. 2. Для достижения наиболее лучшего результата устранения анкилоза и деформации ВНЧС является совместная работа челюстно-лицевого хирурга и ортодонта. 3. Компьютерная томография является методом выбора при первичной диагностике анкилоза ВНЧС, планировании хирургической операции и изучении отдаленных результатов лечения.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБА В ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Джураев Д.Т., Усманов П.Р., СФ ТГСИ

Научный руководитель: к.м.н. Усманов Р.Ф.

Одной из частых причин осложнений, возникающих как в процессе лечения переломов нижней челюсти, так и в позднем посттравматическом периоде и в более отдаленные сроки, является сохраненный зуб в плоскости перелома. В отношении зуба, находящегося в линии перелома, разные авторы высказывают противоречивые мнения. Некоторые специалисты солидарны в том, что депульпированные зубы являются латентными очагами инфекции, способствуют сенсибилизации организма и у ряда больных приводят к развитию хронического травматического остеомиелита. **Цель работы:** определение врачебной тактики при наличии зуба в линии перелома нижней челюсти. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилась 70 пациентов, находившихся на стационарном лечении в взрослой челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандском Городском Медицинском Объединении, в период с 2013 по 2015 годы. Это были больные с одно- и двусторонними переломами нижней челюсти, плоскость которых проходила через зубы, не имевшие кариеса и его осложнения. Во всех случаях применяли консервативно – ортопедический метод лечения – наложения назубных шин Тигерштедта с межчелюстным вытяжением. Для профилактики гнойно – воспалительных осложнений и ускорение заживления переломов нижней челюсти у 31 больного, кроме обще принятых комплекса профилактических мероприятий, использовали метод физического воздействия – вибромассаж на частотах, соответствующих собственной частоте сердечно-сосудистой системе, что способствует улучшению регионарного кровообращения. В зубах, находящихся в линии перелома, исследовали чувствительность пульпы к электрическому току. **Результаты исследования и выводы:** Таким образом, мы пришли к заключению, что в случаях, когда зуб, имеющий отношение к линии перелома, может быть полезным для иммобилизации костных отломков или когда дополнительная травма не желательна, а зуб сохранил надежную связь с фрагментом кости и не препятствует репозиции отломков, при осуществлении эффективных мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений его можно не удалять до консолидации перелома. Если зуб, находящийся в линии перелома нижней челюсти, представляет особую ценность для сохранения функции зубочелюстной системы при проведении комплекса лечебно-профилактических мер, его можно сохранить при условии диспансерного наблюдения за больным.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АКРИЛОВАЯ ПЛАСТМАССА ДЛЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Мелибаев Б.А., ассистент Шукуров Ф.Я., резидент магистратуры 1 года обучения СФ ТГСИ

Цель работы: является изыскание биологически индифферентного материала для изготовления базисных зубных протезов и приемлемых для практического здравоохранения, методов профилактики протезных парестезий. **Материал и методы исследования:** Для выполнения этой цели поставлены конкретные методы: Изучить зависимость возникновения симптомокомплекса непереносимости от выбора материала для изготовления базисных зубных протезов. 1. Разработать и внедрить метод получения базисных стоматологических пластмасс полимер - олигомерной композиции. 2. Изучить физико-химические параметры базисных стоматологических пластмасс полимер - олигомерной композиции. 3. Дать клиническую оценку пластинчатым зубным протезам, изготовленным из стоматологической пластмассы полимер - олигомерной композиции. **Результаты:** В работе дан анализ причин отказа больных от пользования пластиночным зубными протезами, изготовленными на основе акриловых стоматологических пластмасс. Проведено сравнительное изучение частоты развития симптомокомплекса непереносимости в зависимости от выбора материала для изготовления базисных зубных протезов. Проведено изучение и дана оценка роли повышенного содержания в зубных протезах остаточного (несвязанного) мономера. Впервые разработан и апробирован метод получения стоматологической пластмассы на основе полимер - олигомерной композиции. В условиях эксперимента доказана биологическая индифферентность полимер - олигомерной композиции и изучены ее основные физико-механические параметры. **Выводы:** На основе проведенных исследований сделано заключение о целесообразности использования этой новой стоматологической акриловой пластмассы для изготовления базисных зубных протезов. Было установлено, что съемные зубные протезы, изготовленные из акриловой стоматологической пластмассы, полимер - олигомерной композиции, не вызывают у больных каких-либо осложнений. На основе изучения патоморфологических и специальных исследований впервые доказана возможность почти полного устранения «остаточного мономера» в базисных зубных протезах. Благодаря достаточно высокой биологической индифферентности и оптимальных физико-механических параметров пластмасса полимер - олигомерной композиции может с успехом использоваться у больных с симптомокомплексом непереносимости к акриловым пластмассам.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ПРИМЕНЕНИИ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Мелибаев Б.А., ассистент Шукуров Ф.Я., резидент магистратуры 1 года обучения СФ ТГСИ

Цель работы: Усовершенствование методов ортопедического лечения у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава болевым синдромом при полном и частичном адентии. **Материал и методы исследования:** Проводились анализы результатов комплексного обследования и лечения 150 больных БДВНЧС, наблюдавшихся в областном стоматологическом поликлинике отделении ортопедической стоматологии с 2015 по 2018 гг. Всем больным про-

извели комплексное обследование, включавшее • осмотр врача стоматолога-ортопеда с определением вида прикуса, измерением высоты среднего и нижнего отделов лица, оценкой особенностей окклюзии, состояния зубных рядов по данным анализа диагностических моделей, наличия протезов и их адекватности на момент осмотра, гнатологическое исследование с определением углов Беннета и углов сагиттального суставного пути при помощи лицевой дуги и индивидуально настраиваемого артикулятора, пальпацию жевательных и шейных мышц, пери артикулярных тканей ВНЧС, проведение функциональных проб для выявления болезненности латеральной и медиальной крыловидных мышц. • клинко-неврологическое обследование с описанием неврологического статуса. • рентген и магнитно-резонансная диагностика состояния височно-нижнечелюстного сустава и периартикулярных мягких тканей, • ультразвуковое исследование жевательных и шейных мышц с определением эхоструктуры мышечной ткани. Эхографическое исследование выполнялось в В-режиме на ультразвуковом сканере с использованием мультисекторного линейного датчика с частотой 5,0 - 7,5 - 9,0 МГц. Данные комплексного обследования больных будут занесены в разработанную нами таблицу с рисунком головы в прямой и боковой проекциях для нанесения индивидуального «рисунка боли», и графами для записи результатов клинических и параклинических методов обследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи компьютерной программы. В соответствии с задачами исследования - уточнение механизмов развития боли у больных БДВНЧС - все больные были разделены на 2 группы 1 группа 68 человек, не страдающих артрозом ВНЧС и 2 группа 82 человека с артрозом ВНЧС. **Результаты:** Разработанная в нашем исследовании методика комплексного обследования больных применяется в ортопедическом отделении областной стоматологической поликлиники, предложенная нами индивидуальная модифицированная эластичный протез используется в лечебной работе кафедр неврологии и ортопедической стоматологии Самаркандского филиала ТГСИ. Результаты исследования включены в курс лекций кафедр ортопедической стоматологии и неврологии Самаркандского филиала ТГСИ. **Выводы:** Предложенная в работе методика комплексного обследования больных, включающая гнатологическое, клиническое и ультразвуковое исследование, позволяет выявить индивидуальные особенности развития болевого синдрома при БДВНЧС и разработать на основе полученных данных оптимальный комплекс медицинской помощи больным купирование боли, ортопедическую коррекцию, лечение аффективных расстройств, профилактику обострений. Полученные в работе данные об изменении эхоструктуры жевательных и шейных мышц у больных БДВНЧС могут служить объективными критериями диагностики и эффективности лечения больных данной патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Мирсалихова Ф.Л.

Кафедра детской терапевтической стоматологии, ТГСУ

Несмотря на определенные успехи стоматологии, в последние годы наблюдается ухудшение показателей стоматологического здоровья детей, увеличивается количество осложнений кариеса, преждевременно удаленных постоянных зубов. Актуальными остаются вопросы особенностей лечения кариеса зубов у детей. В частности, традиционные методы лечения кариеса постоянных зубов с незавершенной минерализацией твердых тканей недостаточно эффективны. **Цель работы:** Изучение кариеспрофилактической эффективности метода глубокого фторирования и фторлака у детей. **Материал и методы исследования:** обследованы 95 детей в возрасте 6 - 12 лет, обратившиеся в детскую стоматологическую поликлинику Ташкентского Государственного Стоматологического института, 11 детей составили контрольную группу практически здоровых детей того же возраста. Были сформированы 3 группы детей: 1 группа – 49 детей. В этой группе для лечения применялось глубокое фторирование. 2 группа – 44 детей, проводилось стандартное стоматологическое лечение фторлаком. 3 группа – контрольная группа. **Результаты:** При стоматологическом обследовании было установлено, что начальная стадия кариеса очаговая деминерализация эмали в первой группе детей встречается у 23,4% детей, во 2 – у 21,9% детей в среднем составило 22,9%. Распространенность кариеса и ОДЭ в первой группе 71,9%, во второй 69,8% в среднем равно 71,0%. В двух изучаемых группах распространенность кариеса и ОДЭ в основном на одном уровне, то есть группы равнозначны. В первой группе лечение ОДЭ начинали с определения с определения уровня гигиены полости рта и применения комплекса кариеспрофилактической программы состоящей из: обучение гигиены полости рта; контролируемая чистка зубов, - удаление зубных отложений, - лечение и профилактика ОДЭ методом; лечение кариозной полости глубоким фторированием, препаратом глюфторэд; изучение микрофлоры ротовой жидкости до и после лечения и через 1 месяц после лечения. Во второй группе лечение ОДЭ проводилось стандартно: удаление зубных отложений; гигиена полости рта; обработка фторлаком; лечение кариозной полости; изучение микрофлоры ротовой жидкости в те же сроки. 3 – контрольная группа: динамические наблюдения. **Выводы:** В результате проведенных обследований было установлено: при начальной стадии кариеса применение фтористых препаратов способствует эффективной профилактике, доказали позитивное воздействие на кариесогенную флору методом глубокого фторирования препаратом Глүфторэд. Установлено что снижение кариесогенной микрофлоры полости рта приводит к восстановлению некариесогенной флоры и способствует стабилизации прогрессирования кариозного процесса у детей.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ МИКРОГНАТИЯМИ

Пантус А. В., доцент кафедры хирургической стоматологии

Ковальчук Н. Е., ассистент кафедры анатомии человека, ОХТА

Кафедра хирургической стоматологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Пюрик В. П.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пюрик В. П.

Цель работы: Изучить клинко-рентгенографические особенности вторичных изменений костей лицевого скелета и установить наличие общесоматических заболеваний у пациентов с врожденными верхними и нижними микрогнатиями. **Материал и методы исследования:** Из обследованных 52 пациентов с врожденными формами аномалий челюстей было 19 (36,53±5,3) % пациентов с нижними микрогнатиями и 33 (63,46±5,3) % детей с верхними микрогнатиями. Возраст обследованных составил от 1 до 3 и от 3 до 7 лет. **Результаты:** Таким образом, полученные результаты клинко-рентгенографического обследования позволили судить, что среди контингента пациентов с врожденными пороками челюстей доминируют не только изменения лицевого скелета, но и наличие соматических пороков развития в виде нарушений нервной системы, патологии ЛОР органов 10 (52,63±5,54) и офтальмологических патологий 23 (69,69±5,1). Выявлен-

ные недостатки развития обуславливали нарушения ряда важных функций: дыхания $23 (69,69 \pm 5,1)$, глотания $10 (30,30 \pm 5,1)$, жевания и речи. Кроме того, значительно отягощает состояние пациентов наличие соматогенетичных синдромов с нарушениями развития и обменных процессов $10 (30,30 \pm 5,1)$, что требует оптимального и многогранного подхода к реабилитационным мероприятиям. Параметры трехмерной цефалометрии лиц с врожденными аномалиями зубочелюстной системы в возрасте от 1 до 3 и от 3 до 7 лет свидетельствуют о наличии многочисленных диспропорций лицевого скелета в виде дисморфий всей средней зоны лицевого скелета, которая сочетается со значительным сокращением передней черепной ямки $49,79 \pm 1,685$ мм в сочетании с недоразвитием и деформированием основания черепа. Изменения в лицевом комплексе отражаются в западении средней зоны лица в сочетании с экзорбитизмом, нарушением соотношения верхней челюсти и основания черепа, что сопровождалось уменьшением размеров верхней челюсти и изменением показателей лицевого треугольника $57,73 \pm 2,007$ мм и уменьшением глубины глазниц $32,91 \pm 1,171$ мм. Верхнечелюстная микрогнатия также сопровождалась уменьшением глубины носоглотки $6,33 \pm 0,584$ мм и величины костной глотки из-за ретропозиции верхней челюсти в черепе и супрапозиции ее базиса. Врожденные дисморфии нижней трети лицевого скелета в основном касались нарушения развития как симметрично двух сторон нижней челюсти, так и одной стороны, в сочетании с компенсаторной деформацией альвеолярного отростка верхней челюсти. **Выводы:** 1) Результаты клинико-рентгенографического обследования пациентов с врожденными зубочелюстными аномалиями установили изменения лицевого скелета преимущественно в виде верхней микрогнатии у $33 (63,46 \pm 5,3)$ % и, в меньшей степени, нижней микрогнатии у $19 (36,53 \pm 5,3)$ % больных. 2) Частота и спектр сопутствующей соматической патологии зависели от характера зубочелюстных аномалий. У всех больных с верхней микрогнатией наблюдали краниостеноз с деформациями мозгового черепа и глазниц. Среди больных с нижней микрогнатией у всех обследованных определяли нарушения развития ЛОР-органов.

ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ФИКСИРУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Салимов О.Р.

Кафедра госпитальной ортопедической стоматологии, ТГСУ

Повышение эффективности комплексного лечения больных с приобретенными дефектами челюстей остается одной из актуальных проблем современной стоматологии. У больных с приобретенными дефектами челюстей формируются сложные клинические условия для проведения рационального ортопедического лечения, при этом, по данным ВОЗ, 100 % пациентов, имеющих указанную патологию, нуждаются в протетическом лечении. В докладе ВОЗ «Глобальные цели стоматологии 2020» отмечается, что профилактика и лечение приобретенных дефектов челюстей должны стать важнейшей стратегической задачей современной стоматологии. На сегодняшний день современное решение проблемы протезирования при данной патологии возможно только с использованием дентальных имплантатов. При этом наиболее оптимальной конструкцией является съемный протез с опорой на имплантаты, который полноценно заменяет отсутствующие зубы и уменьшает убыль костной ткани альвеолярного отростка вокруг имплантатов. Наиболее простым и экономически эффективным методом фиксации съемных протезов являются два имплантата с замками в виде сферы, которые будут располагаться на стороне отсутствующих зубов, тем самым обеспечивая хорошую фиксацию и стабилизацию съемного протеза на челюсти. При такой установке имплантатов с замками в виде сферы исключается травматическое опрокидывание и раскачивание протеза. В нашей стране в настоящее время ощущается бурное развитие потребности в протезировании с использованием замковых креплений, однако, в связи с недостаточным количеством информации, до сих пор применение аттачментов и подбор конкретного замкового соединения в зависимости от конкретной клинической ситуации ставит практикующего врача в затруднительное положение. Наиболее распространенным случаем протезирования на аттачменах является применение комбинированных протезов. В качестве соединения в комбинированных протезах кроме замковых креплений могут быть использованы телескопические коронки. Основным показанием для применения замковых креплений и телескопических коронок в комбинированных протезах является повышение эстетических результатов протезирования. Использование аттачментов возможно и в случаях отсутствия параллельности осей опорных зубов. Эстетика протезирования далеко немаловажный фактор, но он, несомненно, должен сочетаться с функциональностью, включающей и биомеханические аспекты, сочетающие в себе множество факторов, способствующих адаптации и длительному периоду пользования протезом. Используемые отечественными стоматологами замковые крепления являются продукцией зарубежных компаний. Импортная продукция из-за валютной дороговизны практически не доступна для лечебных учреждений и больных. Проведенные исследования среди отечественных производителей медицинской продукции выявили возможности локализации производства аттачментов в нашей республике. Предварительные расчеты показали удешевление себестоимости продукции в 5-6 раз по сравнению с зарубежными аналогами. Таким образом, актуальность исследуемой темы обусловлена потребностью системы здравоохранения в исследованиях по созданию и развитию системы обеспечения качества стоматологической реабилитации пациентов. Разработанные рациональные конструкции отечественных замковых креплений с применением биологически инертных материалов, сделают их доступными широкому кругу пациентов.

ТОНЧАЙШИЕ НАНОПЛЕНКИ МОГУТ ВЕРНУТЬ МЕРТВЫЕ ЗУБЫ НАЗАД К ЖИЗНИ

Узакова Ё.У., Умрзокова М.А., Махмудова М.М., студенты 102 группы стом. факультета СФ ТашГСИ
Кафедра биофизики, информатики и информационных технологий (зав. кафедрой - доц. М.Р. Маликов)
Научный руководитель: ассистент Бахрамов Р.Р.

Болезни зубов сопровождают человека всю жизнь и поэтому их лечению посвящено много исследовательских работ. Эта одна из работ с использованием новейших достижений физики и технологии. **Цель исследования:** Использование новых материалов для лечения и восстановления пораженных участков зуба. Когда Вы посещаете своего врача-дантиста, то меньше всего вы хотите услышать фразы "удаление нерва" и "обработка канала". Но, как бы то ни было, ежегодно миллионы зубов подвергаются этим процедурам. Эти процедуры являются совершенно обычными стоматологическими операциями и имеют очень высокий процент положительного результата, но, в любом случае, несмотря на успех, зуб во рту остается мертвым. Такая ситуация сможет измениться в ближайшем будущем благодаря группе ученых, разработавших тончайшие нанопленки, использование которых позволит избежать удаления нерва и вернуть больной зуб в здоровое состояние. Зубной канал - это часть зуба, обычно расположенная в его центре, которая состоит из мягких тканей. По этому каналу проходят нервы и кровеносные сосуды, обеспечивая его жизнедеятельность. Повреждение нервов или

мягких тканей канала зуба обычно приводит к возникновению инфекции и воспаления, которые могут вызвать обширный нарыв и поражение близлежащих тканей. Ученые использовали материал, называемый alpha melanocyte stimulating hormone (alpha-MSH), обладающий ярко выраженным противовоспалительным и восстанавливающим действием. Этот материал был смешан с широко используемым в медицине полимерным материалом, из которого были изготовлены тончайшие пленки. Вводя эти пленки, содержащие alpha-MSH, в ткани поврежденного зубного канала удалось не только остановить воспаление в больных зубах, но и инициировать регенерацию новых тканей в "мертвом" зубе, вернув его в обычное "живое" состояние. Главной отличительной особенностью практических методов, основанных на этой концепции, является то, что электрические поля создаются не традиционными электротехническими источниками энергии с сетевым или аккумуляторным электропитанием, а функционирующими автономно электретыми пленками, нанесенными на имплантаты различного назначения, широко применяемые в медицине. Попадая вместе с имплантатом в организм человека, электретная пленка своим полем оказывает дозированное локальное воздействие на поврежденный орган, способствуя его лечению в оптимальных биофизических условиях. В основе этого процесса лежит природный эффект, состоящий в том, что внешнее близкодействующее электрическое поле определенной величины и знака, действуя на клеточном уровне, является катализатором здоровых процессов в живых тканях. В настоящее время положительные результаты применения электретных пленок уже получены в следующих областях медицины: - Ортопедическая стоматология; - Травматология и ортопедия; - Челюстно-лицевая хирургия; - Хирургия; - Кардиохирургия; - Косметология. **Выводы:** Результатом проведенных исследований стал комплекс принципиальных технологий нанесения в вакууме био- и химически инертных, обладающих заданными электретыми свойствами, пленок на поверхности медицинских имплантатов для использования в различного областях медицины.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ НА ОСНОВАНИИ ИЗМЕРЕНИЯ ЭЛЕКТРО ВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ

Фазилов Ж.У., магистр 1-курса ортопедической стоматологии СФ ТГСИ
Курс ортопедический стоматология (зав. курс - Хожимуродов Б.Р)
Научный руководитель: доц. Сафаров М.Т.

Цель работы: Изучить порог болевой чувствительности зубов у студентов медиков. **Материал и методы исследования:** У 95 студентов добровольцев обучающихся в Самаркандском филиале ТГСИ в возрасте от 19 до 25 лет (56 юношей и 39 девушек), было проведено 200 исследований электровозбудимости пульпы интактных зубов аппаратом Эндэст 5F фирмы Geosoft-Denta (Россия, 2012) по стандартной методике. **Результаты:** Изучая структуру стоматологических заболеваний, нами было установлено, что студенты Сурхандарьинской области – 18 (18.6%) случаях обращались в стоматологическую поликлинику по поводу глубокого кариеса, пульпита и периодонтита, в сравнение со студентами из других регионов. Результаты наших исследований позволяют изучить распространенность кариозных и нокариозных полостей у студентов нашего филиала ТДСИ. Выявлено что в сурхандарьинской области распространение кариозных и нокариозных полостей выше по сравнению с показателями других областей. Результаты исследований электровозбудимости у всех обследованных нами студентов выявлена следующая картина: Сурхандарьинская область - 18 (18.6%) случаях обращались в стоматологическую поликлинику по поводу глубокого кариеса, пульпита и периодонтита, в сравнение со студентами из других регионов, Самаркандская область в 16 (16.3%), Джизакская-12 (13.9%), Наваинская область-13 (15.1%), Кашкадарьинская область-15(17.4%), Ташкентская область – 10 (8.6%), Сырдарьинская область – 11 (12.7%). По результатам исследования нами были получены следующие данные: в сурхандарьинской области премоляры верхней челюсти – 2-10 мкА, моляры нижней челюсти – 2-15 мкА, моляры верхней челюсти – 2-18 мкА. Средние значения электровозбудимости пульпы различных групп зубов у сурхандарьинцев имели следующие показатели, премоляры нижней челюсти – 4,02±1,09 мкА, премоляры верхней челюсти – 4,98±0,6 мкА, моляры нижней челюсти – 6,16±1,04 мкА, моляры верхней челюсти – 6,97±1,06 мкА. Совокупность полученных результатов и проанализированных данных позволяют сделать. **Выводы:** Средние показатели электровозбудимости пульпы зуба у сурхандарьинцев зависят от групповой принадлежности зуба. Нормальные показатели электровозбудимости пульпы зуба у сурхандарьинцев находятся в широком диапазоне (2-18мкА).

НАШ ОПЫТ В ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ХЕЙЛОПЛАСТИКА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Хасанов Х.Ш., резидент магистратуры 3 года обучения ТГСИ СФ
Кафедра хирургической стоматологии (зав. каф. - асс. Ибрагимов Д.Д.)
Научный руководитель: ассистент Исхакова З.Ш.

Цель работы: Проведение операции хейлопластика в период новорожденности и ранняя реабилитация в послеоперационном периоде. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось с 2014-2015 гг в детском челюстно-лицевом хирургическом отделении Областной детской многопрофильной больнице. В течение 6 месяцев было произведена 12 операции новорожденным по поводу врожденных расщелины верхней губы. В отделении используется широко распространённые способы первичной хейлопластики, по методу Tennison-Обуховой. В качестве анестезиологического пособия был применен метод низкочастотной анестезии, что способствовало быстрому пробуждению ребенка после операции, в среднем через 45 минут. **Результаты:** В 100% случаях отмечалось заживление послеоперационной раны со снятием швов на 5 – 7 сутки, что свидетельствует о быстрой регенеративной способности тканей в данном возрасте. Все дети были приложены к груди матери на 2 сутки и выписаны на 6 – 7 сутки после операции. По истечению 6 – 8 месяцев послеоперационный рубец мало заметен. У новорожденных имеет место более выраженная, чем в раннем детском возрасте, способность к заживлению ран, что свидетельствует о сохранении регенерирующих способностей в период новорожденности. **Выводы:** 1. В процессе наблюдения было выявлено, что ранее проведение хейлопластики создает условия для симметричного развития тяги носогубных мышц, позволяет устранить патологическое смещение верхнечелюстных сегментов в области альвеолярных отростков, а также способствует быстрому восстановлению сосательного рефлекса и позволяет избежать развития вторичных воспалительных явлений риноглоточной области. 2. Все вышесказанное доказывает необходимость раннего проведения хейлопластики детям с расщелиной верхней губы. Хотелось бы отметить, что при ранней хирургической коррекции верхней губы особое значение имеет обеспечение высококвалифицированного анестезиологического пособия (низкочастотной анестезии) и послеоперационное выхаживание новорожденных.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ (ВАКУУМОТЕРАПИЯ) ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Холбаев А.А., Равшанов И.Р.

Самаркандский медицинский институт, ФУВ курс стоматология

Цель работы: изучение результатов вакуумотерапии на слизистой десны, которые будут определяться по мере улучшения стойкости капилляров и улучшения клинической картины визуально, пробами Шиллера, Писарева, Кулаженко, данными рентгенологического исследования, индексами ПМА и ПА. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением в период с 2011 по 2014 год находились 50 больных с заболеваниями пародонта, из них 38 женщин и 12 мужчин. По возрасту больные распределялись: до 40 лет-2; 41-50 лет-9; 51-60 лет-26; старше 60 лет-13. До начала вакуумотерапии и вакуумомассажа местные лечебные мероприятия предусматривали консервативные и терапевтические действия. Начинали с санации полости рта, удаления зубных отложений, избирательные шлифование и устранения дефектов пломбирования. Хирургическое лечение было проведено 11 больным, 4 гингивотомия, 6-кюретажи 1 ампутиация небного корня. Экстракция зубов проводилось по показаниям – при подвижности зубов 4 й степени. Группу обследуемых мы разделили на 2 группы по 25 человек. 1-группа получившие консервативное лечение без вакуумотерапии, 2- группа получившие консервативное лечение+ вакуумотерапию. **Результаты:** Установлено что состояние десен после окончания лечения у второй группы оказалось более результативным. По результатам вышеуказанных проб и обследования улучшение микроциркуляция и клиническая картина десневого края и состояния пародонта значительно улучшалось у II-группы больных. **Выводы:** комплексная консервативная терапевтическая лечения в сочетании вакуумотерапией и вакуумомассажем дает значительное положительные результаты лечение (II-гр), чем консервативное лечение без физиотерапевтических процедур в частности вакуумотерапии.

ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

Шамсиев Р.А. резидент магистратуры

Самаркандский филиал Ташкентского Государственного стоматологического института

Введение: К наиболее распространенным врожденным порокам развития относятся врожденные расщелины верхней губы и неба. Частота рождения детей с данным пороком составляет примерно 86% аномалий челюстно-лицевой области и 20-30% всех пороков. **Цель исследования.** Выявить сопутствующие пороки развития у детей с врожденными расщелинами губы и неба. **Материалы и методы:** Во 2-клинике СамМИ за период 2004–2014 гг. находились на обследовании и коррекции 122 пациента, из них с врожденными расщелинами губы 55,7%, неба –10,7%, губы и неба 33,6%. Из них с расщелиной губы всего 100%, с односторонней 88,1%, с двухсторонней 11,9% пациентов; девочек – 43,1%, мальчиков соответственно 56,9%. **Результаты и обсуждения.** У детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба сопутствующие пороки развития регистрировались в области головы и шеи, на конечностях и туловище и чаще были комбинированными. Основными из них являлись короткая уздечка губы или языка у 76, низкий ИМТ у 97, деформация позвоночника у 6, косолапость у 19, врожденное плоскостопие 5, врожденная дисплазия тазобедренного сустава у 7, девиация мизинца кисти у 5, гипермобильность суставов у 2, пороки развития мочевыделительной системы у 19, перинатальная энцефалопатия у 46, врожденная мышечная кривошея у 5 детей. В процессе исследования функции почек установлена пиурия у 19 детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Данным пациентам было проведено специальное урологическое обследование, которое выявило врожденную стриктуру прилоханочного (8) и тазового отдела мочеоточника (6), проведено УЗИ мочевыделительной системы. **Выводы.** Выявленные у детей с расщелиной верхней губы и неба внешние стигмы дизэмбриогенеза – врожденные пороки развития конечностей, почек и другие изменения в органах, имеют системный характер, развитие которых обусловлено дисплазией соединительной ткани. Для оказания комплексной помощи и обеспечения полной реабилитации пациентов с врожденными расщелинами губы и неба необходима скоординированная работа специалистов: генетика, логопеда, гематолога, оториноларинголога, ортодонта, педиатра, психиатра, ортопеда, хирурга для своевременного выявления сопутствующих пороков развития и заболеваний с целью проведения полноценной, активной дооперационной подготовки и квалифицированной поэтапной коррекции всех пороков развития.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ

Шодиев С.С. асс. кафедры детской стоматологии

Фозилова Д.У., резидент магистратуры II курса СФ ТГСИ

Кафедра детской стоматологии (зав. каф. - асс. Шадиев С.С.)

Цель работы: Идентификация вида микроорганизмов в гнойной ране у больных детей с флегмонами челюстно-лицевой области методом ПЦР-диагностики. **Материал и методы исследования:** К исследованиям были привлечены 138 больных детей (девочек 48, мальчиков 90) с флегмонами челюстно-лицевой области различных локализаций. В качестве материала использовались отделяемое из раны после вскрытия флегмон ЧЛО. Забор материала осуществлялся в асептических условиях. ПЦР-диагностика, проведена с ДНК потенциальных возбудителей. **Результаты:** При бактериологическом исследовании высевалась следующее количество штаммов микробов: Бактероидов (*Prevotella melaninogenica* P. oralis B. Fragilis) 73 (14; 57; 2) - в 22,9 %, пептострептококков (*P. anaerobius*, *S. intermedius*, *P. micros*) 61(19;38;4) - в 19,1%, Стафилококков (*epidermidis*, *aureus* *S. hominis*) - 47(10;33;4) в 14,7 %, Obligatно-анаэробных бактерий 119 (53;129;9) - у 59,9%, Микроаэрофильных стрептококков (*Streptococcus*, *sanguiis* *S. milled* *S. mitis*) 35(15;20;0)- у 11%, Пропиониобактерии 17(2;15;0) у 5,3%, Энтеробактерий (*Escherichia coli*, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, *Proteus* spp) 1 0 (2;8;0) - 3, 2 %. *Neisseria* spp 2(0;2;0) – 0,6 %, Факультативно-анаэробных и аэробных бактерий 9 3(32;53;8)– 29, 1%. При исследовании микробиценоза методом ПЦР выявлено следующее: цитомегаловирус - у 29,6 % обследуемых пациенток, *Mycoplasma hominis* - у 8,9 %, вирус простого герпеса - у 26,4 %; *Chlamydia trachomatis* - у 5,1%, *Ureaplasma urealyticum* – у 9,8% обследованных. У ряда обследуемых пациентов был отмечен массивный рост бактериальной флоры при бактериологическом методе на фоне идентифицированной вирусной инфекции методом ПЦР. Исходя из вышеизложенного, можно констатировать тот факт, что культуральными методами можно определить многие микроорганизмы, но данный метод занимает 48-72 часа и состоит из этапов выращивания на средах обогащения, идентификацию по характеру ферментации тех или иных субстратов - все это является недостатком метода. Методом ПЦР в нашем исследовании выявляли возбудителей, которые трудно культивируются бактериологическими методами, ПЦР-диагностика позволяет диагностировать наличие всех вирусных, хламидийных, микоплазменных, уреоплазменных и большинства других бактериальных инфекций. Достоверность исследования

достигает 100%. ПЦР-диагностика обнаруживает наличие возбудителей инфекционных заболеваний даже в случаях, когда другими методами (иммунологическими, бактериологическими, микроскопическими) это сделать невозможно, позволяет выявлять даже единичные клетки бактерий или вирусов. **Выводы:** Выявлено, что микробиологические и ПЦР методы определения типа микроорганизмов при флегмонах ЧЛО у детей дают идентичные результаты с ошибкой до 3-5%. Типирование микроорганизмов методом ПЦР диагностики можно использовать при оценке качества и количества микроорганизмов, а также контроля лечебных мероприятий.

АНАЛИЗ ЭТАПОВ ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Шукуров Б.К., Эшонкулов У.Х., резиденты магистратуры 1 года обучения СФ ТГСИ

Кафедра детской стоматологии (зав. каф. - асс. Шадиев С.С.)

Научный руководитель: ассистент Шадиев С.С.

Цель работы: Совершенствование лучевой диагностики на всех этапах стоматологической имплантации. **Материал и методы исследования:** Произведено рентгенологическое обследование у 46 больных которым планировалась стоматологическая имплантация. Из них мужчин 21 (45.6%), женщин 25 (54.4%). Имплантация на верхней челюсти планировалась у 12 (26.2 %) на нижней челюсти у 16 (34.7%) на верхней и нижней челюсти у 18 (39.1%) больных. Ортопантомография проводилась на ортопантомографе Genuray (Корея), микрофокусная рентгенография на дентальном аппарате MaxF1 (Япония). Рентгенологические исследования проводились при планировании операции дентальной имплантации, интраоперационно и сразу после операции. **Результаты:** Динамический рентгенологический контроль состояний после костно-реконструктивных операций на челюстях перед дентальной имплантацией должен осуществляться с помощью высокотехнологичных методов лучевой диагностики с учетом свойств и лучевой семиотики применяемых костнопластических материалов. Показатели диагностической эффективности - чувствительности, специфичности и точности - в планировании и контроле дополнительных костно-восстановительных операций в случаях дефицита костной ткани при стоматологической имплантации составили для ортопантомографии 63,2%, 58,7%, 61,8%. Диагностическая эффективность микрофокусной рентгенографии на интраоперационном этапе стоматологической имплантации: чувствительность - 88,9%, специфичность - 79,4%, точность - 82,3%. Показатели диагностической эффективности - чувствительности, специфичности и точности - в оценке послеоперационных состояний и осложнений составили для ортопантомографии 76,8%, 77,1%, 76,5%. **Выводы:** 1. Всем пациентам на предоперационном этапе стоматологической имплантации должна выполняться ортопантомография. 2. Микрофокусная рентгенография при интраоперационном контроле установки имплантатов должна выполняться не менее трех раз: до формирования имплантационного ложа, при формировании имплантационного ложа, после установки имплантата.

О ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА

Юсупалиходжаева С.Х., доцент кафедры факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии (зав. кафедры - профессор, д.м.н. Бекжанова О.Е.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Бекжанова О.Е.

Цель работы: Оценка клинической эффективности флунола в комплексном лечении кандидоза ассоциированного пародонтита. **Материал и методы исследования:** Больные в возрасте от 30 до 55 лет с генерализованным пародонтитом, ассоциированным с *Candida spp.*, были разделены на 2 группы. 14 больных (из них 8 женщин и 6 мужчин) 1-й группы (контрольная) получали общепринятое лечение. 15 больных (из них 9 женщин и 5 мужчин) 2-й группы (основная), наряду со стандартной терапией, принимали флунол в дозе 50 мг 1 раз в сутки 14 дней. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью следующих тестов: ОНIS по Грину - Вермилиону (1965); определение степени кровоточивости десны (Cowell I., 1975), оценка РМА (Раппа G., 1960); пародонтального индекса (Russel A., 1967); измерение глубины пародонтальных карманов (ВОЗ, 1989); определение патологической подвижности зубов (Fleszar T.J. et al., 1980); определение рецессии десны (Миллер, 1985), микробиологическое исследование. Идентификацию грибов рода *Candida* до вида производили с помощью коммерческих хромогенных сред HiCrome *Candida* Differential Agar Base, Modified M1 456A производства HiMedia (Индия), позволяющих дифференцировать следующие виды по окрашиванию и морфологии. Все исследования у больных проводилось с этического разрешения. Статистическую обработку данных исследований проводили с использованием программы Stat Soft Statistica v. 6.0. **Результаты и обсуждение:** В результате проведенных лечебных мероприятий у больных пародонтитом, ассоциированным с *Candida spp.*, наблюдались нормализация показателей гигиены ротовой полости, снижение или полное исчезновение кровоточивости, уплотнение десневого края, уменьшение подвижности зубов. Слизистая оболочка десен, языка, небных дужек и щек бледно-розового цвета, белый налет не определялся. На фоне лечения наблюдали положительную динамику показателей индексной оценки состояния пародонта. Анализ регрессии субъективных и объективных симптомов заболеваний пародонта показал, что в результате лечения у всех пациентов достигнут положительный эффект. В контрольной группе, где применялось стандартное лечение, ремиссию пародонтита регистрировали у 11 (79,57%), в основной группе больных, получавших стандартную терапию пародонтита и противогрибковое средство, ремиссия пародонтита зарегистрирована в 100% случаев. **Выводы:** Применение антимикотического средства флунол в дозе 100 мг один раз в течение 14 дней повышает эффективность лечения генерализованного пародонтита, ассоциированного с *Candida spp.*, достоверно улучшает клинико-функциональное и структурное состояние пародонта и слизистой полости рта, способствует эрадикации *Candida spp.* Из пародонтальных карманов с достижением и сохранением ремиссии заболевания в течение 6 месяцев. Таким образом, спектр активности препарата достаточно широк для современной этиологии кандидоза.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИЦА, ПРИКУСА И ЗУБНЫХ РЯДОВ У 12 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ НАХОДИВШИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Ядгарова Г.С., старший научный сотрудник-соискатель кафедры анатомии человека и ОХТА, БГМУ

Научный консультант д.м.н., проф. Ш.Ж. Тешаев

С каждым годом частота патологии прикуса постоянно возрастает. Формирование патологического прикуса у детей может начинаться уже в младенчестве. Чаще всего неправильный прикус диагностируется у детей, получающих искусственное вскармливание. Дело в том, что у новорожденных нижняя челюсть несколько укорочена по отношению к

верхней, и на первом году жизни, в процессе естественного вскармливания, происходит выравнивание размеров челюстей. Сосание материнской груди сопровождается активной работой лицевых мышц и движениями нижней челюсти, что способствует ее развитию. Кормление из бутылочки не требует от ребенка усиленного сосания и задействования нижней челюсти, поэтому она продолжает отставать в размерах от верхней челюсти. **Цель работы:** Определить антропометрические параметры лица и зубных рядов путем панорамных рентген снимков у 12 летних детей находившихся на естественном и искусственном вскармливании, соответствие полученных результатов сопоставить к принципу золотого сечения. **Материал и методы исследования:** Детей разделили на 2 группы по виду питания: естественное (I-группа) и искусственное (II-группа). **Результаты:** При оценке развития и положения нижней челюсти по телерентгенограмме, установлено, что у II-группы детей отмечаются нарушение в росте тела нижней челюсти а также высота ветвей нижней челюсти не соответствует нормативным параметрам по сравнению детей I-группы. У 25% детей II-группы обоего пола отмечаются недоразвитии тела верхней челюсти в сагитальном направлении, дистальная (20%) и мезиальная окклюзия (20%). Вертикальные размеры лицевого скелета у детей II-группы больше характерно как глубокой резцовой окклюзии. Углы нижней челюсти более тупые у II-группы детей у обоего пола. Это говорит об отставании формирования нижней челюсти. Кроме этого у обоех групп детей и обоего пола угол нижней челюсти с левой стороны более тупее чем правая. Этот параметр свидетельствует о более физическом развитии правой стороны нижней челюсти по сравнению левой. **Выводы:** Развития частей лица неодинаково по полу и по группам. У детей с искусственным питанием наблюдаются нарушение прикуса, запаздание сроков прорезывания постоянных зубов, формирования морфометрических параметров челюстей и лицевого скелета.

СОСТАВ МИКРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ярмухамедов Б.Х., ТГСИ СФ

Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии

Цель работы: изучить роль микробной инфекции в развитии мукозита и периимплантита у больных после дентальной имплантации. **Материал и методы исследования:** В исследовании участвовали 68 больных с имеющимися воспалительными осложнениями в возрасте от 39 до 65 лет. Наибольшее число пациентов составили женщины – 69,2%. У всех пациентов в анамнезе имелись хронические сопутствующие заболевания. Всем пациентам были установлены имплантанты по двухэтапной методике. Пациентам проведено расширенное клинично-рентгенологическое обследование по стандартному протоколу. Микробиологические исследования проведены по традиционной методике. **Результаты:** Полученные результаты были следующими. В группе пациентов имеющих воспалительное осложнение в мягких тканях альвеолярного отростка в 92,4% случаев встречалась аэробная микрофлора, ассоциации с анаэробами выявлены в 7,6% случаев. Состав аэробной флоры в 83,6% состоял из грамположительных и в 16,4% из грамотрицательных микроорганизмов. В группе больных с воспалительными осложнениями костной ткани альвеолярных отростков выявлена инфекция, характеризующаяся большим разнообразием за счет 69,1% анаэробов и 30,9% грамотрицательной аэробной флоры. При изучении чувствительности выявленных возбудителей мукозита и периимплантита к парентерально используемым препаратам группы антибиотиков, установлено, что наиболее высокую активность по отношению к аэробной микрофлоре проявляют амикацин (100%), ровамицин (96,6%), кларитромицин (95,9%), рокситромицин (93,6%), цефазолин (92,4%), ципрофлоксацин (91,5%) и актиномицин (78,8%). **Выводы:** Микроциноз мягких и костных тканей у пациентов с воспалительными осложнениями характеризуется большой вариабельностью качественных показателей микроорганизмов. Фактором риска развития послеоперационных осложнений при дентальной имплантации являются инициированные оперативным вмешательством множественные травмы мягких и костных тканей. Наряду с этим одним из ключевых патогенетических факторов развития воспалительных осложнений мягких и костных тканей альвеолярного отростка служит массивное скопление мягкого налета и зубного камня в области имплантатов и ортопедических конструкций.

IMMUNOMODULATORY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF COMBINED INJURIES MAXILLOFACIAL REGION

Ismatov F.A., master 2nd year dental faculty SF TGSI

Department of operative dentistry (head of department - Ibragimov D.D.)

Supervisor: Assistant Ibragimov D.D.

Objective: to study the effect of drug therapies polyoxidonium on clinical and immunological parameters when combined traumas of maxillo - facial region. **Methods and materials research:** In accordance with the intended purpose, we carried out a complex immunological examination of patients with CT in the dynamics of treatment with the drug, approved for use in the health care practice - polyoxidonium (ON). We examined 63 patients with CT admitted on an emergency basis after an injury. The age of patients was of 19 - up of 65 years, of which the men was 44, women 19. All the first aid in the receiving department assisted the sick, and they were hospitalized in ICU. The cause of injury were as follows: avtotravma - 28, falling from a height of 18, a street fight - 7. In a study of patients attended by maxillofacial surgeons, surgeons, trauma surgeons, neurosurgeons, resuscitators. At the same time we pay attention to the presence of the general state of the complaints, consciousness, respiratory rate, blood pressure. Estimates of consciousness determined by Zilberg. Depending on the severity of the general condition of the patients were divided into 2 groups: Group 1 - 30 patients underwent conventional therapy; Group 2 - 33 patients in combined therapy, polyoxidonium received a dose of 6 mg / m once daily for 5 days. Statistical processing of results of research allowed to analyze the clinical data using the standard methods using software for personal computer (PC): MO Excel and Statistica 6.0. **Results and discussion:** A comparative analysis of the treatment carried out by traditional and our proposed scheme has revealed significant differences in their effectiveness and results. Thus, on the second day after the surgery and the introduction of the second group of patients polioksidonija felt much better in contrast to the first group of patients that are on a traditional therapy. They practically do not complain in surgery pain were more active, emotional and sociable, noted improvement in general condition, increase mood and appetite. Thus, the inclusion complex of traditional treatment in patients with ST modern immunomodulator polyoxidonium led to the correction of immunity, which was accompanied by improvement in clinical and laboratory data and reducing the duration of treatment of the disease. The efficiency of complex treatment polioksidoniem, security and availability, absence of complications and adverse reactions when used allow us to recommend the widespread use of this method in the complex therapeutic measures ST.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А И ЭКСТРАБУККАЛЬНОЙ ФОРМОЙ СКАРЛАТИНЫ

Аббосов Д., студент 513 группы педиатрического факультета СамМИ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. каф.: доц. Ярмухаммедова Н.А.)
Научный руководитель: Рустамова Ш.А.

Анализ литературных данных, свидетельствует, течение вирусной инфекции с бактериальной инфекцией утяжеляет течение заболевания. При этом в некоторых случаях может наступить летальный исход. Ведение вирусного гепатита с другими бактериальными инфекциями задача в большинстве случаев сложная, требующая индивидуального подхода и комплексной терапии. При этом случаи сочетанного течения этих инфекций достаточно редки, описания подобных инфекций в доступной литературе нам найти не удалось. По этому, по нашему мнению, такой клинический случай, будет представлять определенную интерес для врачей-инфекционистов. **Цель работы:** описать клинический случай сочетанного течения вирусного гепатита А со скарлатиной. **Материал и методы исследования:** Для изучения особенностей течения вирусного гепатита А со экстрабуккальной формой скарлатины мы провели ретроспективный анализ одного больного. **Результаты:** Больной А., 23 года, из Пастдаргамского района, Самаркандской области. 30.03.2013 поступил в Самаркандскую областную больницу с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, тошноту, желтушность склер и кожи, потемнение мочи, боль в животе, вялость. Из анамнеза заболевания было установлено, что болеет 8 дней, заболевания началось остро с 22.03.2013 г. с общей слабости, боли и припухлости 3 фаланги правой кисти, повышения температуры тела. 23.03.2013 после вскрытия панариция у больного повысилась температура до 40 С, на желтушном и гиперемированном фоне кожи появилась мелкоточечная сыпь на шее, туловище, ногах. С выше указанной симптомами больной обратился в районную инфекционную больницу и был госпитализирован. В последующие дни желтушность нарастала, в связи, с чем больному перевели в областную инфекционную больницу города Самарканда. При поступлении в стационар, объективно состояние больного средней тяжести, у больного отмечается желтушность кожных покровов и склер (+++), на теле наблюдается мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне, при растягивании кожи сыпь исчезают. На правой кисти отмечается ярко выраженная пластинчатое шелушение, а на левой кисти и других частях тела отмечается начинающиеся пластинчатое шелушение. Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены. В легких везикулярное дыхание. Пульс ритмичный, среднего наполнения и напряжения, 78 ударов в минуту, аускультативно сердечные тоны приглушены. Язык влажный, малиновый язык. Зев красный, миндалины увеличены. Живот вздут, при пальпации безболезненный, печень пальпируется ниже края реберной дуги+2,0 см. Моча темная, стул регулярный, ахоличный. Результаты анализов: общий анализ крови: Нв-60,0 г/л, Эр.-2,62/л*10¹², Л.-12,3*10⁹, СОЭ-10 мм/час. Биохимия крови: Общ. билирубин-407,8 мм/моль/л (256,6/151,2). Аст-1,50; АЛТ-1,60; Гимоловая проба-18,56 Ед; Сулемовая проба-0,80 Ед; В-липопротеиды-9,40; Холестерин-5,80; Маркеры вирусных гепатитов: анти НАV IgM положительны. Был уточнен клинический диагноз: «Вирусный гепатит А. Тяжелая форма. Скарлатина. Экстрабуккальная форма». Больной И. Н. провёл 17 койка дней. После этого его выписали домой в удовлетворительном состоянии. **Выводы:** Таким образом, несмотря на неоспоримые успехи в лечении и диагностике острых вирусных гепатитов и бактериальной инфекции, их сочетанное может представлять определенные трудности для клиницистов. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения этих инфекций с целью оптимизации лечебной тактики.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Абдиева Г., резидент магистратуры, Мирзаев О.В., студент 7 курса мед. пед. фак СамМИ,
Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д.

Кафедра внутренних болезней №2 (зав. каф. - д.м.н., доц Ташкенбаева Э.Н.)
Научный руководитель: д.м.н., доц Ташкенбаева Э.Н.

Распространенность бронхиальной астмы (БА) в России среди детей составляет от 5,6 до 12,1%, а среди взрослых – 5,6–7,3%. Рост распространенности данного заболевания неуклонно увеличивается. В развитых странах на лечение БА затрачивается от 1 до 2% всего бюджета здравоохранения. Традиционная тактика ведения больных БА не приводит к существенному сокращению частоты обострений, увеличения продолжительности жизни больных, что может быть связано с большой распространенностью курения среди пациентов. Изучение особенностей течения БА у курящих больных необходимо для оптимизации лечения этих пациентов, что позволит снизить уровень инвалидизации и смертности от астмы. **Цель работы:** Изучение влияния курения на клиническое течение бронхиальной астмы у лиц молодого возраста и качество их жизни. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 120 пациентов, из них 64 мужчины (53,3%) и 56 женщин (46,7%), в возрасте 27,0 (21,5; 34,0) лет. Из 120 обследованных больных БА 88 курящих составили основную группу и 32 некурящих – контрольную группу. Со всеми пациентами проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее физикальный осмотр, сбор анамнеза, исследование клеточного состава мокроты, запись электрокардиограммы, рентгенографию органов грудной клетки. Обследование проводилось с целью уточнения диагноза БА, а также для исключения синдромно сходных с БА заболеваний. Диагноз БА устанавливался согласно рекомендациям, изложенным в GINA, 2008. **Результаты:** У курящих больных БА (основная группа), по сравнению с некурящими (контрольная группа), отмечалось статистически значимо большее среднее количество дневных симптомов БА в сутки, среднее количество ночных симптомов БА в неделю, средняя суточная потребность в бронхолитиках короткого действия, среднее количество и длительность обострений БА в год. В мокроте пациентов основной группы было обнаружено достоверно большее количество нейтрофилов и меньшее количество эозинофилов по сравнению с пациентами контрольной группы. В крови пациентов основной группы отмечалось более высокое содержание ИЛ-4, ИЛ-8 и ФНО-α по сравнению с пациентами контрольной группы. На основании вышеперечисленных данных собственного исследования можно предположить, что, по сравнению с некурящими, у курящих больных БА, более выражен воспалительный процесс в дыхательных путях, о чем свидетельствует большая частота симптомов астмы. **Выводы:** Курение утяжеляет клиническое течение бронхиальной астмы у пациентов молодого возраста. Курение приводит к снижению качества жизни больных бронхиальной астмой по следующим компонентам: «физическая активность», «роль физических проблем в ограничении

жизнедеятельности», «телесная боль», «общее восприятие здоровья», «социальная активность», «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности». Установленное отрицательное влияние курения на течение бронхиальной астмы требует настойчиво добиваться отказа от курения пациентов, страдающих бронхиальной астмой. Существует необходимость изменения стереотипа ведения курящих больных бронхиальной астмой: больше внимания уделять выработке мотивации к отказу от курения у пациентов и лечению табачной и никотиновой зависимости.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Абдиева Г., резидент магистратуры, Мирзаев О.В., студент 7 курса мед. пед. фак. СамМИ, Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О. ассистенты

Кафедра внутренних болезней №2 (зав. каф. - д.м.н., доц Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц Ташкенбаева Э.Н.

Одно из хронических заболеваний, которое представляет глобальную медико-социальную проблему для всех возрастных групп – это бронхиальная астма (БА). За последнее время значительно выросла распространенность БА – около 300 миллионов человек: во взрослой популяции болезнь встречается в 6,0-7,5% случаев, в детской – в 12,5%, растет количество тяжелых форм, частота выхода на инвалидность по причине БА составляет 2,0%, растет уровень смертности – БА сокращает на 6,6 лет среднюю продолжительность жизни у мужчин и на 13,5 лет – у женщин. Метаболический синдром (МС) – это комплекс нарушений гормонального, метаболического и клинического статуса, основой которого является инсулинорезистентность, компенсаторная гиперинсулинемия, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, атерогенная дислипидемия. **Цель работы:** Повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у больных БА на фоне МС. **Материал и методы исследования:** В исследование включили 56 человек с диагнозом БА смешанного генеза среднетяжелого течения, стадия ремиссии в сочетании с МС в возрасте от 18 до 60 лет (16 мужчин и 40 женщин, средний возраст составил $49,81 \pm 0,77$ лет). Диагноз БА был выставлен в соответствии с GINA. МС диагностировался в соответствии с критериями диагностики МС Международной диабетической Федерацией (2005), рекомендациями экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2009). Критерии исключения из исследования: возраст моложе 18 и старше 60 лет, БА легкого и тяжелого течения, острый период заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность III ст., заболевания опорно-двигательного аппарата с функциональными нарушениями. К моменту включения в исследование все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию БА. Методом случайных чисел было рандомизировано 2 группы: первая группа – 28 человек, которые наряду со стандартной медикаментозной терапией БА прошли курс обучения и ФТ, вторая группа – 28 человек, получали только традиционную терапию БА. **Результаты:** В первой группе больных на фоне курса обучения и ФТ через 12 месяцев достоверно снизилось число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев с $3,40 \pm 0,16$ до $1,40 \pm 0,14$ раз, т.е. в 2,4 раза, число вызовов бригад СМП в течение последних 12 месяцев с $2,93 \pm 0,12$ до $1,53 \pm 0,10$ раз, т.е. в 1,9 раз, число госпитализаций в течение последних 12 месяцев с $1,73 \pm 0,11$ до $1,03 \pm 0,12$ раза, т.е. в 1,7 раз, во второй группе динамика статистически значимой не была. У больных первой группы через 12 месяцев достоверно улучшился контроль заболевания: полного контроля БА достигли 40,0% пациентов, частично контролируемое течение БА стало у 46,7%, неконтролируемое течение сохранилось у 13,3% пациентов (исходно все больные БА не контролировали заболевание). Через 12 месяцев у больных первой группы отмечено достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов БА, во второй группе динамика статистически значимой не была. **Выводы:** Применение комплексной лечебно-профилактической программы разработанной с учетом сопутствующего МС, приводит к достоверному уменьшению частоты обострений основного заболевания. Это приводит к достоверному уменьшению выраженности дневных и ночных симптомов БА, нормализации показателей спирометрии, достижению должного уровня контроля над заболеванием.

КОГНИТИВНАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ СТРУКТУРА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Абдувалиев А.А., студент 506 группы медико-пед. факультета ТашПМИ

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии (зав. каф. – проф. Абдуллаева В.Х.)

Научный руководитель: ассистент Насыров А.А.

В настоящее время исследования, посвященные изучению различных аспектов проблемы алкогольной зависимости и пограничных нервно-психических заболеваний, становятся особенно актуальными, поскольку, кроме собственно медицинского значения, затрагивают интересы семьи и общества в целом. Рост различных форм зависимости от психоактивных веществ, их взаимосвязь с коморбидной патологией, психогенез и социогенез само-разрушающего поведения требует комплексного, многоаспектного изучения, в котором весьма важное место отводится медицинской психологии – фундаментальной основе психотерапии и психопрофилактики указанной патологии. Вот почему в последние годы особенно четко прослеживается взаимосвязь алкоголизма и психогенных заболеваний как форм нарушений психической адаптации человека. **Цель работы:** Является изучение особенностей когнитивной и мотивационной составляющей личностной сферы больных с алкогольной зависимостью и создание условий для таких изменений в личностной сфере пациента, которые позволили бы ему жить «без симптома» (в данном случае – без употребления алкоголя). **Материал и методы исследования:** Результаты литературных данных, интернет материалов и исследований 45 больных с алкогольной зависимостью Ташкентской психиатрической клиники, были использованы катamnестический, клинико-психопатологический и патопсихологический методы. **Результаты:** Свидетельствуют о позитивном характере динамики изменений в эмоциональной сфере, в когнитивной и мотивационной структуре личности после курса комплексного лечения, включающего краткосрочную групповую психотерапию по разработанной методике. Модифицирован вариант техники репертуарных решений Дж. Келли для зависимых от алкоголя больных, апробирована на практике технология его применения и анализа результатов в контексте био-психосоциальной концепции патогенеза алкогольной зависимости. **Выводы:** При сравнительном клинико-психологическом и экспериментально-психологическом исследовании больных алкогольной зависимостью, можно сделать вывод о наличии следующих когнитивных характеристик данной категории больных: низкие показатели интенсивности, что свидетельствует о затруднительности однозначных прогнозов для данной группы пациентов, высокой степени неопределенности в ситуациях социального взаимодействия; высокие показатели противоречивости и аморфности, что подтверждает низкую мотивацию к лечению, характерную в целом для аддиктивных больных, наличие «борьбы мотивов», низкую степень осознанности поведения.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЗДОРЬЕ БОЛЬНОГО

Абдувалиев А.А, студент 506 группы медико-педагогического факультета ТашПМИ
Кафедра ВОП терапии, клинической фармакологии (зав. каф. – проф. Бабажанов А.А.)

Научный руководитель: Доцент Азизова Р.М.

При различных заболеваниях наряду с врачами на страже здоровья работают медицинские сестры, которые также имеют непосредственно прямое действие на скорую выздоровлению и без различных осложнений у больных. **Цель работы:** Для правильного проведения данной темы основной целью является своевременное методически правильное проведение указанную фармакотерапию выписанного врачом с учётом медицинской деонтологии врача и медицинской сестры. **Материал и методы исследования:** Материалом являются литературные данные и клинические наблюдения за больными во взрослом терапевтическом отделении клиники ТашПМИ. Под наблюдением были 28 больных со средней тяжестью, различными диагнозами. У каждого пациента по листу назначения фармакотерапия включало 70-85% инъекционных назначений и остальные внутрь. По литературным данным залогом быстрого выздоровления и предотвращения расстройства здоровья больных являются повышение культуры медицинского обслуживания на всех этапах и звеньях лечебно-профилактической работы, работа с больными о переживании своей болезни и другие. Безболезненное применение методов введения препаратов внутривенного или внутримышечного имеет большое значение, так как любая процедура – это травматизация организма. Важное значение имеет недопущение фактов дефектов интеллигентности и культуры, таких как ограниченный интеллект, плохие руки, несамостоятельность, небрежность, самоуверенность, торопливость и многие другие неблагоприятные обстоятельства. Для оптимизации работы медицинского персонала проводились с ними конференции, доклады на тему деонтологии медицинского персонала и порядок проведения лечебных мероприятий с больными. Эти проводимые мероприятия дали свои результаты и после чего у больных самочувствие улучшалось на 2-4 сутки, и уменьшались основные жалобы по заболеваниям. В помощь практическому врачу медицинские сестры измеряли артериальное давление три раза в сутки, где отмечались снижение его с 2-го -3-го дня заболевания. В конечном итоге в течение месяца от больных благодарности медицинским работникам была отмечена в отделении на 32-40% случаев. **Результаты:** Проведенные мероприятия с медицинскими медсестрами привели к тому, что состояние больных улучшалось на 7-8 сутки, в связи с тем, что уменьшалось введение парентеральных, внутривенных инъекций. **Выводы:** Своевременные, безболезненные, правильно использованные методики инъекций в терапии является залогом здоровья. Медицинская этика поведения медицинского персонала помогает больному быстрому выздоровлению.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В РАЗВИТИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абдуганиев Ш., студент 418 группы леч. факультета, Кулмирзаева Х., резидент магистратуры СамМИ
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. профессор Джуррабекова А.Т.)
Научный руководитель: Н.Н. Юсупова

Цель работы: Изучить влияние беременности и родов клинические проявления остеохондроза позвоночника у женщин фертильного возраста. **Материал и методы исследования.** Были обследованы 80 пациентов и возрасте от 18 до 49 лет разделенные на три группы: нерожавшие (23), малорожавшие (32), многорожавшие (25). В группу нерожавших включили женщин, не имевших в анамнезе беременностей и родов. В группу малорожавших вошли женщины с количеством родов в анамнезе до двух. В группе многорожавших среднее число детей составляло 3,9 и колебалось от трех до шести детей. Для обследования больных нами была разработана специальная анкета, куда заносились подробное описание характеристик болевого синдрома: его продолжительность, локализация, провоцирующие факторы, связь с другими заболеваниями, характер течения; гинекологический анамнез, данные объективного, клинико-лабораторного и инструментального (КТ, МРТ, R-графия) обследования. **Результаты:** показали, что самая высокая частота заболеваемости остеохондрозом позвоночника зарегистрирована в группе многорожавших, что составило 82%, а в группе малорожавших и нерожавших несколько меньше 78,4 и 52,7% соответственно. Анализ локализации процесса по группам показал достоверное преобладание частоты шейного остеохондроза у многорожавших по отношению с частотой этой локализации у нерожавших 33 и 29% соответственно. Наибольшее количество заболеваемости грудным остеохондрозом наблюдалось в группе нерожавших, что составило 19% и достоверно было выше, чем у многорожавших и малорожавших 8 и 5%. Частота заболеваемости поясничным остеохондрозом в группе малорожавших и многорожавших была почти одинаковым и составила 64 и 60%. Поясничным остеохондрозом у нерожавших составило 52%. По возрастным группам у женщин в зависимости от количества родов в анамнезе, выявил достоверно высокую степень заболеваемости шейным остеохондрозом в группе малорожавших в возрастном отрезке 18-25 лет, остеохондроз грудного отдела позвоночника наблюдалось в группе нерожавших в возрастном отрезке 18-25 лет, в этом возрастном отрезке достоверно высокая степень поражения поясничного отдела наблюдалось в группе нерожавших. Неврологические синдромы, преобладание корешкового синдрома у больных в группе многорожавших 27%. В группе нерожавших 14,5%, но по отношению к малорожавшим достоверных различий не выявлено. **Выводы:** Таким образом, у рожавших заболеваемость шейным и поясничным остеохондрозом больше чем у нерожавших. На наш взгляд это может быть обусловлено двумя факторами. Первый фактор обусловлен возникающими при беременности изменениями конфигурации позвоночника в виде усиления поясничного и шейного лордозов. Второй фактор связан с метаболическими изменениями в дисках, связанными с беременностью и лактацией, во время которых наблюдается отек и изменения хрящевой ткани в межпозвоночных сочленениях.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Абдукодирова Н.А., резидент магистратуры ТашПМИ
Кафедры факультетских внутренних болезней, военно-полевой терапии, профессиональных заболеваний,
госпитальных внутренних болезней, пропедевтики внутренних болезней, (зав. каф. - д.м.н. Аляви Б.А.)
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мамазарова Д.К.

Цель работы: Клиническая эффективность динамического наблюдения по динамике офисного АД, ЧСС. **Материал и методы исследования:** Объектом исследования были больные артериальной гипертензией (АГ) с метаболическими нарушениями (сочетание абдоминального типа ожирения и сахарного диабета (СД) 2-го типа). В исследование были включены больные, страдающие эссенциальной АГ. Возраст больных составил от 35 до 65 лет; длительность АГ от 1 до 15 лет; возникновение СД 2-го

типа не ранее чем через год после диагностирования АГ. В исследование были включены 90 больных в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 55,2±1,3 года), среди них 69 женщин (76,7%, средний возраст 56,1±1,5 года) и 21 мужчины (23,3%, средний возраст 50,5±1,1 года). Среди обследованных 48 человек (53,33%) были трудоспособного возраста (мужчины младше 60 лет, женщины младше 55 лет), нетрудоспособного 42 (46,67%) человека. Из включенных в исследование пациентов, в зависимости от кратности диспансеризации, были сформированы три группы: 1-я группа (36 человека) будет наблюдаться у кардиолога один раз в 3 месяца; 2-я группа (30 человек) - один раз в 6 месяцев; 3-я группа (24 человек) - один раз в 12 месяцев. Проводились сбор жалоб, анамнеза; объективный осмотр с измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульса, антропометрических показателей; предоставление больному полной информации о его заболевании и возможных осложнениях. **Результаты:** Клиническая эффективность динамического наблюдения оценивалась по динамике офисного АД, ЧСС и самочувствия пациента. В начале исследования соотношение больных с различной степенью повышения АД в 1-й, 2-й и 3-й группах было сравнимым ($p > 0,05$) и составило: с АГ I - 8,33%, 10% и 8,33%; с АГ II - 63,89%, 60% и 64,58%; с АГ III - 27,78%, 30% и 27,19% соответственно. Во всех трех группах преобладали больные с АГ II степени. В 1-й группе средние показатели САД и ДАД составили 168±13,6 и 95,4±8,0 мм рт. ст. Во 2-й группе показатели САД и ДАД были 170,8±14,4 и 91,3±7,9 мм рт.ст. Показатели САД и ДАД у больных 3-й группы составили 169±9,7 и 95,6±8,2 мм рт.ст. ЧСС в 1-й группе составил 79,8±16,2, во 2-й группе 74,6±6,9, в 3-й группе 76±7,7 соответственно. По гемодинамическим показателям (САД, ДАД, ЧСС) в начале исследования достоверных различий между группами не выявлено. **Выводы:** Таким образом, динамическое наблюдение больных в амбулаторных условиях позволит достичь целевого АД, снизить ЧСС, замедлить темпы прогрессирования АГ, тем самым снизить количество осложнений, таких как гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и улучшить самочувствие больного.

ПРИМЕНЕНИЕ «ТРИДОКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

Абдуллаев Х.Д., студент 711 группы пед. факультета, Солиев К.А. резидент магистратуры 3-го года обучения,

Хасанов Н.Н. студент 711 группы пед. факультета

Кафедры инфекционных заболеваний, эпидемиологии (зав. каф. - доц. Ярмухамедова Н.А.) СамМИ

Научный руководитель: ассистент Ахмедов Ш.К.

Цель работы: Целью нашего исследования было исследование применение мази Тридокс (местно) и проследить динамику влияния микробной экземы на качество жизни пациентов, получавших традиционную терапию в сравнении с больными, прошедшими курс комплексной терапии с Тридоксом. **Материал и методы исследования:** Больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу (основная) составило 80 человек - 50 женщин (62,5%) и 30 мужчин (37,5%), в возрасте 35-56 лет, которые на фоне традиционной терапии применяли мазь Тридокс; 2-ую (контрольная) группу наблюдения составило 104 больных - 62 женщины (59,6%) и 42 мужчины (40,4%) в возрасте 35-56 лет с микробной экземой, которые получали только традиционное лечение (гипосенсибилизирующие препараты, антибактериальные средства, витамины, корректоры микроциркуляции). Клиническое наблюдение за больными осуществлялось в течении 2 х лет (2014-2015 гг) на базе кафедры СамМИ и городского кожновенерологического диспансера. В ходе клинического наблюдения в контрольной группе в которой проводилась традиционная терапия были отмечены следующие результаты: регресс бактериально-экзематозного процесса и улучшение общего состояния больного (отсутствие субъективных жалоб) наступал в течении 12-19 дней после начала лечения у 58 больных, соответственно - у 37 женщин и у 21-мужчин; более 20 дней у остальных 22 больных, соответственно 15-женщин и 7-мужчин. В основной группе которой проводили комплексное лечение Тридоксом. **Результаты:** Отмечено улучшение и регресс экзематозного процесса у 25 больных (15-женщин и 10 мужчин) в течении первых 5-6 суток от начала лечения, а у 25 больных (17-женщин и 8-мужчин) 12-16 дней соответственно. Так же было отмечено повторное обращение больных в контрольной группе по истечении 3 х месяцев от начала выздоровления у 68 больных, а в основной (экспериментальной группе) - у 12 больных соответственно. **Выводы:** Таким образом установлено значительная эффективность Тридокса, при комплексной терапии микробной экземы, благоприятное влияние на процессы репарации, применение инициирует быстрый рост грануляций в хронических язвах и эрозиях, вслед за грануляциями поверхность язвы (эрозии) быстро эпителизируется или закрывается соединительной тканью, тем самым способствует быстрому клиническому выздоровлению, что выражается в уменьшении срока выздоровления.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Абдуллаева Д.Г., самостоятельный соискатель, 2-года ТашИУВ

Кафедры гигиены (зав. каф. - д.м.н., профессор Зарединов Д.А.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Худойберганов А.С.

Цель работы: Оптимизировать диетотерапию больных аллергическими заболеваниями с помощью инновационных технологий, раннее выявление сенсibilизации к пищевым, ингаляционным, грибковым, эпидермальным аллергенам. **Материал и методы исследования:** Обследовано 200 пациентов аллергическими заболеваниями в республиканском научно-специализированном аллергологическом центре с помощью современных методов аллергодиагностики *in vitro*. Мы включили характерные для страны пищевые продукты в состав иммуноблот панелей для определения аллерген специфических IgE антител. Каждая панель состоит из 20 аллергенов, данный тест позволяет количественно измерять концентрацию аллергенспецифических IgE (МЕ/мл) к пищевым, эпидермальным, грибковым, ингаляторным аллергенам в сыворотке крови методом иммунного анализа, результаты выражаются также в RAST-классах. **Результаты:** Установлено, что *in vitro* аллергодиагностика позволяет выявить специфические причинно-значимые пищевые аллергены широкого спектра у беременных, у детей раннего возраста, у больных, даже при наличии тяжелых кожных аллергических процессов (атопического дерматита, крапивницы), в период обострения бронхиальной астмы, аллергического ринита или поллиноза, при невозможности отмены антигистаминных препаратов, анафилаксии в анамнезе, для дифференциальной диагностики псевдоаллергических реакций, а также, если клинические методы оказались мало информативны. Можно достоверно назвать ряд неоспоримых преимуществ *in vitro* тестирования с помощью иммуноблот панелей по сравнению с *in vivo* тестами: позволяет выявлять только строго аллергенспецифические IgE-антитела в таких низких концентрациях, которые лежат за порогом обнаружения их биологическими методами *in vivo*. Метод стабилен, стандартизован, обладает высокой специфичностью и чувствительностью. **Выводы:** Таким образом, для своевременной диагностики аллергических заболеваний и успешной реабилитации больного требуются тщательный сборный анамнез, комплексное обследование с привлечением современных методов *in vitro* с учетом возраста, индивидуального спектра сенсibilизации пациента, особенностей клиники болезни для составления плана элиминационных мероприятий и разработки диетических мер.

**ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Абдухоликова Г.А., студентка 310 группы пед. факультета СамМИ

Кафедры пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – к.м.н. Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Ярмухамедова С.Х.

При артериальной гипертензии (АГ) часто развивается диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), что является одним из основных признаков развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). **Цель работы:** Изучить признаки ДДЛЖ у больных с артериальной гипертензией (АГ) по данным доплер-ЭхоКГ. **Материал и методы исследования:** Наши обследовано 12 больных с АГ в возрасте от 42 до 58 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники СамМИ №2. Из них 7 мужчин и 5 женщин. Всем больным наряду с общеклиническими исследованием была проведена доплер-ЭхоКГ. Изучалась диастолическая функция сердца. **Результаты:** Исследование показало, что у наших больных выявлялись признаки диастолической дисфункции сердца. При этом дальнейшее прогрессирование нарушений внутрисердечной гемодинамики может привести к росту давления во время фазы быстрого наполнения. В наших исследованиях значительное ускорение раннего диастолического наполнения желудочка (PeakE) одновременно сочеталось с уменьшением скорости кровотока во время систолы предсердия (PeakA). Рост конечнодиастолического давления в ЛЖ способствует еще большему ограничению кровотока во время предсердной систолы. Происходит своеобразная патологическая «псевдонормализация» диастолического наполнения (PeakE) и уменьшение скорости предсердного наполнения (PeakA). В результате отношение E/A увеличивается больше 1,6-1,8. Эти изменения сопровождаются укорочением фазы изоволюмического расслабления (IVRT) меньше 70 мс и времени замедления раннего диастолического наполнения (DT) меньше 150 мс. **Выводы:** Изучение ДДЛЖ имеет большое значение для выявления ранних признаков ХСН. Своевременно выявленная ДДЛЖ позволяет улучшить прогноз у больных АГ.

**КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Азимова М.Д., Мамурова Н.Н.

Кафедра внутренней медицины № 4 с гематологией (зав. каф. - д.м.н. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: д.м.н. Аралов Н.Р.

Цель работы: Изучить распространенность, ассоциацию и развитие кардиальной патологии и закономерности изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 31 больных в кардиологическом отделении ГМО №1 г. Самарканда. Из них 16 мужчин и 15 женщин в возрасте от 49 до 84 лет. Все больные были обследованы на основании стандартов и был установлен диагноз «ИБС, ПИКС и гипертоническая болезнь». Также больным был проведен биохимический анализ крови, УЗИ печени и поджелудочной железы. **Результаты:** В результате исследования было выявлено, что у 11 больных на УЗИ выявлен гепатоз, у 4 больных калькулёзный холецистит, у 9 больных хронический холецисто-панкреатит, у 3 больных «застойная печень», у 1 больного гепатит «В» и у 1 больного гепатит «С». У некоторых больных даже обнаружилось сочетание нескольких патологий со стороны гепатобилиарной системы. **Выводы:** По проведенным исследованиям видно, что кардиальная патология у больных преклонного часто сочетается с патологией гепатобилиарной системы. Для улучшения качества жизни у этих больных, рекомендуется так же включать в комплексное лечение препараты улучшающие функцию гепатобилиарной системы.

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

Акбарова С.Б., студентка 602 группы мед. пед. фак. Фазилов С.А., студент 713 группы пед. факультета АндМИ

Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики (заф. каф. – доцент Бойкузиева М.Б.)

Научный руководитель: доцент, Бойкузиева М.Б.

Цель работы: Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией 1-II степени в течение шести месяцев. **Материал и методы исследования:** По ходу проекта мы применяли анкетирование больных с помощью вопросника на наличие тонометров, знание об осложнениях, о предупредительных мерах АГ, принимаемых лекарственных препаратов. Мы просматривали записи на амбулаторных картах, брали интервью у больных во время консультации, осматривали аптеку на наличие гипотензивных средств. Результаты базового анкетирования показали, что больные имеют доступность купить лекарство и приобрести их в любой аптеке. Большинство больных не могут пользоваться тонометром, они не знают, как предупредить возникновение АГ и предотвратить осложнения. 56 % больных всё ещё употребляют лекарства такие, как дибазол, папаверин, аделфан. Анализ амбулаторных карт показали, что 60 % врачей предписывают лекарства не руководствуясь клиническими рекомендациями (КР). В амбулаторных картах нет записей о повторных осмотрах, эффективности назначенного лечения. После анализа выявленных проблем, мы с командой запланировали внедрить изменения по некоторым направлениям. Мы обучили больных с АГ выявлению симптомов, осложнений и методике измерения артериального давления и раздали врачам поликлиники КР по АГ, обучили их использованию. **Результаты:** По ходу визитов пациентов с АГ в поликлинику члены команды проводили еще раз опрос и проверку по выявлению осложнений и правильного использования тонометра, оказания самопомощи при повышении АД и сравнивали результаты. Наблюдение за больными по методике тонометрии дали положительные результаты. 80 % больных правильно смогли провести тонометрию. Дополнительным вмешательством стало информирование врачей о стандартах лечения АГ. Результаты оценивались регулярно 1 раз в месяц, в течение 6 месяцев, начиная с апреля 2014 года. Процент врачей предписывающих стандартное лечение для АГ вырос от 2 (40%) до 4 (80%). Вмешательства дали хорошие результаты, и мы решили обучить всех медсестёр, чтобы они на регулярной основе обучали пациентов и их родственников. Для работы на участках мы создали школу гипертоников из обученных медсестёр и врачей. **Выводы:** Непрерывная работа с больными повышает их доверия к медицинским работникам и принимаемым лекарствам, что непосредственно влияет на качества лечения, обучение больных приводит к улучшению качества работы поликлиники и облегчает работу медицинских работников, приобретение больными тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в поликлинику и улучшает самоконтроль за состоянием здоровья.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Алимова Д.Д., Клеблеева Г.Д.

Самаркандская областная реабилитационная больница
Научный руководитель: зав. каф. - доц. Аралов Н.Р.

Цель работы: Оптимизировать диагностическое значение ультразвукового исследования пациентов с ХП. **Материал и методы исследования:** Обследовано 65 пациентов (25 мужчин и 40 женщин) страдающих ХП, в возрасте от 19 до 65 лет. Пациенты отбирались после обследования в кабинете функциональной диагностики, после проведения ультразвукового исследования (УЗИ) на аппарате Mindray по мере их поступления в Самаркандскую Областную Реабилитационную Больницу Инвалидов. Общее количество больных были поделены на 2 группы: первая группа состояла из 40 больных, которые получали медикаментозное лечение в сочетании с вакуумным массажем, лечебным питанием и физиотерапевтическим лечением. Вторую группу составили 25 больных, получавшие исключительно медикаментозное лечение. Для объективной оценки состояния больных проводились следующие методы обследования: общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко. Анализ мочи по Нечипоренко часто проводят параллельно с общим анализом мочи. УЗИ почек является скрининговым методом, поэтому инструментальное обследование пациента с подозрением на ХП должно начинаться с УЗИ. **Результаты:** Установлено, что у всех госпитализированных больных при УЗИ почек: изменение эхоплотности, т.е. истончение паренхимы и её уплотнение, а также расширение и деформация чашечно-лоханочной системы, в том числе асимметрия размеров почек, уменьшение в размерах поражённой почки. Метод вакуумного массажа (баночный массаж), который мы также использовали, в сочетании с медикаментозным методом лечения, который способствовал энергическому притоку артериальной крови и оттоку венозной крови, а также улучшению циркуляции лимфы. Этот метод лечения позволяет быстро и безопасно купировать болевые синдромы при ХП, а также предупреждать их. Самый мощный эффект, по нашим наблюдениям, от вакуум-терапии заключается в образовании геморрагических пятен (синяков) в результате капиллярных кровоизлияний. Образовавшиеся гематомы (синяки) активизируют защитные и реабилитационные силы организма. Комплексное лечение играет важную роль в реабилитации больных ХП, Клинические показатели в изучаемых группах были проанализированы в сравнительном аспекте. **Выводы:** Таким образом, у больных получавшие только медикаментозную терапию в конце курса лечения наблюдалось резкое снижение частоты клинических симптомов болезни, а при комплексном методе лечения больные практически жалоб не предъявляли. Следовательно, необходимо назначать всем больным с ХП комплексное воздействие различных методов немедикаментозной коррекции, которое будет способствовать положительному результату в реабилитации больных с ХП.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕЗАДЕНИТА

Алиева Н.К., студентка 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: Маматова Н.Т.

Цель работы: Повышение эффективности комплексного лечения туберкулезного поражения мезентеральных лимфатических узлов. **Материал и методы исследования:** Нами комплексно обследовано 21 больной в возрасте от 24 до 67 лет с туберкулезным поражением мезентеральных лимфатических узлов. Продолжительность заболевания составила до 1-го месяца у 4 (19%) больных, до 3-х месяцев - у 10 (47,6%) и более 3-х месяцев - у 7 (33,4%) случаев. Сочетанное поражение с туберкулезом органов дыхания - у 5 (23,8%) больных, костно-суставной системой - у 2 (9,5%), а также мочеполовой системы - у 1 (4,7%) случаев. Всем больным проведены клинико-лабораторное, микробиологическое, рентгено-томографическое и ультразвуковое исследования. **Результаты:** Обследованные больные распределены на 2 группы: 1-группа туберкулезный мезаденит, установленный после операции по поводу острой патологии органов брюшной полости - 9 (42,8%); 2-группа туберкулезный мезаденит установленный после комплексного обследования - 12 (57,2%). У 76,1% случаев отмечалось под острое и хроническое течение болезни с умеренно выраженными симптомами интоксикации, болезненности эпигастральной области и симптомами слабости, рвоты, незначительного повышения температуры тела, снижение аппетита, потеря веса, потливости, диспепсии. При сравнительном изучении клинического течения у 77,7% больных из 1-группы и у 33,3% среди 2-группы через 1,5 месяца на фоне комплексного лечения отмечалось улучшение общего состояния больных, исчезновение боли в эпигастральной области и рвоты, исчезновение дискомфорта. При ультразвуковом обследовании уменьшении размера мезентеральных лимфатических узлов и нормализация показателей крови. **Выводы:** Таким образом, для повышения эффективности комплексной терапии при туберкулезном мезадените у больных с дискомфортом желудочно-кишечном тракте применение инбутола, пасконата в системе комплексной терапии способствуют повышению эффективности комплексной терапии, стабилизации общего состояния и функции желудочно-кишечного тракта.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Аминов С., студент 408 группы леч. факультета, СамМИ

Кафедры неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: к.м.н. Вязикова Н.Ф.

Инсульт одна из наиболее тяжёлых форм сосудистых диссемий. Заболеваемость инсультом высока и несмотря на значительные достижения в изучении различных аспектов патологии имеет тенденцию к росту во всех странах в мире. Острые нарушения мозгового кровообращения приводят к развитию различных двигательных, координаторных, речевых функций, на фоне которых нарушения сна как бы отступают на второй план и находятся «в тени» основного дефекта и часто не являются симптомом, требующим вмешательства, однако морфологический и функциональный исход во многом зависят от степени выраженности нарушений сна. При этом, они оказывают влияние на ход восстановительного лечения и могут являться негативными «предикторами» эффективности восстановительных мероприятий, а состояние данных функций может служить прогностическим критерием восстановления больных. **Цель работы:** изучить структуру нарушений сна у пациентов, перенесших ишемический инсульт. **Материал и методы исследования:** методом случайной выборки обследовано 198 больных с различными патогенетическими подтипами последствий перенесенного ишемического инсульта, находившихся на стационарном лечении в Клинике СамМИ: 155 (78,3%) мужчин и 43 (21,7%) женщины, средний возраст 52,4±4,1. Для диагностики инсомний использована Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, разработанная в сомнологическом центре Министерства Здравоохранения Российской Федерации, где максимальная

суммарная оценка по 6 показателям составляет 30 баллов. **Результаты и обсуждение:** согласно проведенному анкетированию нарушения сна выявлены у всех обследованных. У всех пациентов показатели были ниже 22 баллов. Пограничные показатели нарушения состояния функции сна от $19 \pm 1,33$ до $21 \pm 0,98$ балла установлены у 104 (52,5%) обследованных, у 94 (47,5%) больных сон был значительно нарушен и составлял от 0 до $18 \pm 1,28$ баллов. В группе со значительным нарушением сна преобладали женщины. Среди 6 показателей нарушения сна наиболее часто встречалось нарушение продолжительности сна (короткий и очень короткий сон) у 95 (48%) обследованных, реже отмечалось частое количество ночных пробуждений – у 72 (36,4%) больных, долгое и очень долгое засыпание констатировано у 48 (24,2%) пациентов. Множественные и тревожные сновидения отмечены у 36 (18,2%) больных, качество утреннего пробуждения как плохое и очень плохое констатировано у 15 (7,6%) обследованных. **Выводы:** нарушение сна сопутствует всем больным с последствиями ишемического инсульта и проявляется в различных формах, нередко ухудшая прогноз дальнейшего течения заболевания. Коррекция указанных нарушений способствует улучшению качества жизни больных и нередко снижает риск повторных дисгемий.

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И СОР ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Аннаев М. Г., студент 515 - группы леч. факультета, СамМИ,

Кафедры IV- терапии с курсом гематологии (Заведующий кафедры - д.м.н, доц: Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Дададжанов У.Д

У 17 больных миеломной болезнью исследовали показатели иммунологической реактивности в процессе лечения плазмаферезом. Курсовая доза плазмафереза составляло 10 сеансов. У 13 больных миеломной болезнью сеансы плазмафереза сочетались с полихимиотерапией по схеме СОР. **Цель работы:** Изучить эффективность дискретного плазмафереза в сочетании с полихимиотерапией. **Материал и методы исследования:** Содержание общего белка и моноклонального иммуноглобулина после курса лечения сеансами плазмафереза снижалось в одинаковой мере, однако восстановление синтеза нормальных иммуноглобулинов наступало быстрее после проведения СОР терапии вслед за плазмаферезом. **Результаты:** В процессе химиотерапии существенно уменьшалось содержание В-лимфоцитов с С-3 рецептором и лимфоцитов с Ig G. Fe -рецептором в периферической крови больных. Так после курса плазмафереза в сочетании СОР терапией абсолютное количество В-лимфоцитов снижалось с $0,85 \pm 0,08 \times 10^9$ до $0,28 \pm 0,02 \times 10^9$ г\л. ($p \leq 0,001$), а при применении плазмафереза с $0,10 \pm 0,06 \times 10^9$ г\л до $0,26 \pm 0,09 \times 10^9$ г\л. При применении плазмафереза абсолютное количество Т- лимфоцитов снижалось в меньшей степени, чем после использования плазмафереза в сочетании с СОР терапией. Процентное их содержание в обоих случаях несколько увеличивалось. В конце курса плазмафереза с СОР терапией повышалось абсолютное и особенно процентное содержание нулевых клеток. **Выводы:** Таким образом приведенные данные свидетельствуют о том, что при выборе. ПХТ для лечения больных с миеломной болезнью следует учитывать их исходный иммунологический статус. Плазмаферез показан больным с выраженной экспансией и относительно сохраненным иммунитетом. Сочетание плазмафереза с СОР применять больным миеломной болезнью с выраженными нарушениями клеточного и гуморального иммунитета.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Амирбекова А.Ш., студентка 4 курса, Естаев Д.Е., интерн 6 курса по специальности «Общая медицина»

Карагандинского государственного медицинского университета

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. каф. - д.м.н., профессор Д.Ж. Тайжанова)

Научный руководитель к.м.н., доцент З.К. Гусейнова, к.м.н. З.Б. Таушев

Цель работы: Оценить эффективность проведения скрининговой диагностики полипов желудка на амбулаторных этапах обследования. **Материал и методы исследования:** Скрининговому обследованию подвергались амбулаторные пациенты обоего пола в возрасте 40-60 лет, у которых отсутствовали абдоминальные жалобы, симптомы тревоги (длительный субфебрилитет, похудание, снижение аппетита и др.), видимые выделения крови из прямой кишки и расстройство стула, за исключением склонности к запору или послаблению стула на протяжении многих лет. Проведение скринингового исследования рекомендовалось пациентам с неблагоприятным семейным анамнезом по колоректальному раку (КРР). Из исследования исключались пациенты, принимающие нестероидные противовоспалительные препараты. Тестирование проводилось однократно. **Результаты:** Скрининговое обследование на скрытую кровь в кале проведено у 279 амбулаторных пациентов обоего пола в возрасте 40-60 лет (мужчины - 117 (42 %), женщины - 162 (58 %)). У 25 (8,9 %) пациентов тест на скрытую кровь показал положительный результат. Всем пациентам с положительным результатом анализа кала на скрытую кровь проведена профилактическая тотальная колоноскопия. В 2-х случаях тотальную колоноскопию выполнить не удалось по причине наличия у женщины 58 лет стенозирующей опухоли средней трети нисходящей кишки, а у мужчины 45 лет - выраженного удлинения сигмовидной кишки с дополнительным петлеобразованием. Во всех случаях, кроме одного, удалось установить источник скрытого толстокишечного кровотечения. У 1-ой пациентки, исключенной впоследствии из исследования, положительный анализ кала на скрытую кровь был обусловлен ошибочным проведением тестирования в день окончания месячных. При тотальной колоноскопии у данной пациентки органической патологии толстой кишки выявлено не было. Одна из злокачественных опухолей, как описано выше, была выявлена у женщины 58 лет, локализовалась в средней трети нисходящей кишки, циркулярно охватывала просвет кишки (муфтавидная эндофитная опухоль), но не давала клинической симптоматики, что весьма примечательно. В анамнезе у данной пациентки 3 года назад было комбинированное лечение по поводу рака левой почки. Во втором случае, эндофитная раковая опухоль локализовалась в проксимальной трети поперечной кишки, у мужчины 47 лет и занимала не более 1/4 окружности просвета на протяжении около 2,0 см. По гистологическому строению оба новообразования представляли собой низкодифференцированную аденокарциному. Выявленные доброкачественные полипы были как единичными, так и множественными, локализовались преимущественно в левой половине толстой кишки и гистологически представляли собой различного типа аденомы с дисплазией эпителия I-II ст. Полипы имели разнообразное макроскопическое строение, визуальные признаки малигнизации отсутствовали. **Выводы:** Несмотря на относительно небольшое количество пациентов, участвовавших в скрининге и прошедших профилактическую колоноскопию, все же удалось активно выявить больных со скрыто протекающей органической патологией толстой кишки, включая колоректальный рак. Данное обстоятельство свидетельствует в пользу целесообразности применения мероприятий по активному выявлению колоректальных новообразований в широкой амбулаторной практике.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ
С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: изучение показателей системного иммунитета у больных с гастропатиями хеликобактериозной этиологии. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 200 больных с гастропатиями различной этиологии в возрасте от 18 до 60 лет. Основную группу составляли 81 (40,5%) больных, у которых диагноз хеликобактериоза подтвержден бактериологически выделением возбудителя из биоптатов слизистой оболочки желудка и серологическим методом ИФА. Остальные 119 (59,5%) составляли контрольную группу. Концентрацию С-3 фрагмента комплемента в крови определяли в соответствии с рекомендациями Меньшикова В.В.(1987). Уровень в крови циркулирующих комплексов (ЦИК) определяли методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля. Изучение метаболической активности нейтрофилов в НСТ-тесте проводили по методу Шубича М.Г и Медникова В.Г.(1978). Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики. **Результаты:** Как показатели результаты проведенных исследований, и в основной и в контрольной группах больных показатели местного иммунитета, за исключением уровня ЦИК в крови, оказались достоверно низкими в сопоставлении с нормой. В отношении показателя ЦИК выявлены следующие цифровые данные: в основной группе-108,0±3,6%, в контрольной-98,3±2,2%(при норме 90,0±1.85 %). Наиболее выражено угнетение функциональной активности нейтрофилов, оцениваемое по значениям НСТ-теста. Установлены следующие величины упомянутого параметра: в основной группе-90,2±4,5 ед., в контрольной-96,67±5,7 ед. (при норме 100,0±4,4 ед). **Выводы:** Полученные результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительном напряжении системного иммунитета у больных гастропатиями хеликобактериозной этиологии. Если подавление функциональной активности нейтрофилов по НСТ-тесту показывает о развитии иммунодефицита по клеточному типу, то повышение уровня в крови ЦИК является проявлением выраженности гиперчувствительности 3 типа по Гелл и Кумбсу. Последнее явление будет способствовать усиленному образованию иммунных комплексов по типу преципитатов, что может быть одним из пусковых механизмов развития поражения различных органов и систем при хеликобактериозе, в том числе почек, печени, сердечно-сосудистой системы и другой полиорганной патологии.

СОСТОЯНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахмедова Г.А., резидент магистратуры 2 года обучения,

Тураев Х.Н. ассистент, Кенжаева З., студентка 515 группы пед. факультета, СамМИ

Кафедры внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)

Научный руководитель: д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.

Цель работы: Изучить уровень активности матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9) и тканевого ингибитора металлопротеиназы-4 (ТИМР-4) у больных постинфарктным кардиосклерозом на разных стадиях хронической сердечной недостаточности (ХСН). **Материал и методы исследования:** В исследование включены 38 пациентов, находившихся на лечении по поводу ХСН на фоне ПИКС в стационаре Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с 2014 г. по 2015 г. Диагноз ХСН устанавливался на основании классификации, предложенной обществом специалистов по сердечной недостаточности, которая предусматривает объединение существующей в настоящее время классификации стадий ХСН по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко и ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Степень ХСН оценивалась по функциональной классификации NYHA посредством проведения теста с ходьбой в течение 6 минут. Наличие сердечной недостаточности подтверждалась эхокардиографически с оценкой систолической и диастолической функций левого желудочка. Эти моменты явились определяющими для включения больных в исследование. Средняя длительность ХСН составила 61,4±4,8 лет. У всех пациентов при поступлении в стационар определялось содержание в сыворотке крови ММР-9 и ТИМР-4 методом иммуноферментного анализа с помощью лабораторных наборов BSM Diagnostics (США). **Результаты:** У больных, включенных в исследование, ХСН I стадии диагностирована у 7 человек (18%). ХСН IIА стадии диагностирована у 10 (26%). ХСН IIВ стадии диагностировано у 21 (56%). Так, концентрация ММР-9 в сыворотке крови больных ХСН I, IIА и IIВ стадии была повышена по сравнению с показателями в группе контроля и в среднем составила 4,51±0,27 нг/мл. Концентрация ТИМР-4 в сыворотке крови больных ХСН I, IIА и IIВ стадии была снижена по сравнению с показателями в группе контроля и в среднем составила 0,26±0,04 нг/мл. Концентрация ММР-9 в крови больных ПИКС на IIА стадии ХСН была на 2,77±0,30 нг/мл или на 12% выше, чем на I стадии, а на IIВ стадии - на 6,46±0,24 нг/мл или на 24% выше, чем на IIА стадии ХСН. Концентрация ТИМР-4 на IIА стадии ХСН была на 0,21±0,02 нг/мл или на 14% ниже, чем на I стадии, а на IIВ стадии - на 0,34±0,04 нг/мл или на 25% ниже, чем на IIА стадии ХСН. Вследствие этого величина отношения ММР-9/ТИМР-4 у больных ПИКС на ХСН IIА стадии был на 7,05 единиц или на 45% больше, чем на I стадии, а на IIВ стадии - на 17,6 единиц или на 79% больше, чем на IIА стадии ХСН. **Выводы:** Таким образом, у больных ХСН отмечается увеличение концентрации в крови матриксной металлопротеиназы типа 9 (ММР-9) и снижение концентрации тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ типа 4 (ТИМР-4), что указывает на развитие дисбаланса в системе матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов. Результаты данной работы позволили установить закономерность участия ММР-9 и ТИМР-4 в процессах, сопровождающих перестройку внеклеточного матрикса сердца в ходе постинфарктного ремоделирования ЛЖ, развития и прогрессирования ХСН. Следовательно, дальнейшей задачей будет поиск лекарственных средств и разработка новых подходов к лечению ХСН с точки зрения изученных патогенетических механизмов.

ИНГИБИТОРЫ АПФ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахророва З.В., резидент магистратуры 2 года обучения ФУВ СамМИ

Кафедра терапии (зав. каф. - д.м.н., проф. Таджиев Ф.С.)

Научный руководитель: проф. Таджиев Ф.С.

Цель работы: изучить влияние ингибитора АПФ - зофеноприла на общую гемодинамику у больных ХСН. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в терапевтических отделениях Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра. Обследовано 52 [мужчины - 23 (44,2%), женщины - 29 (55,7%)] больных ХСН в сочетании с другими сопутствующими заболеваниями. Всем больным проводилось обследование: опрос и осмотр; общий клинический исследования, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ). В исследование включались пациенты с фракцией выброса

ЛЖ, составлявшей менее 50 %. **Результаты:** Больные были распределены на 2 группы. Больные первой группы (контрольная группа) получали только базисную терапию (бета-блокаторы, метаболические препараты, антикоагулянты, антиангинальные препараты), а больные второй группы (основная группа) наряду с базисной терапией дополнительно получали зофенаприл (зокардис, "Berlin-chemie ") в дозе 30 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Средний возраст больных в контрольной и основной группах составлял $58 \pm 1,72$ и $61 \pm 1,85$ лет, соответственно. В контрольной группе вошли 24 пациента (мужчины – 11 (%), женщины – 13 (%)). Из них больные с ИБС составляли 12 (50%), с ГБ – 5 (21%), с ХРБС – 4 (16,7%), с ДКМП – 1 (4,1%), с сахарным диабетом 1 (4,1%) и с врожденными пороками сердца – 1 (4,1%). Во вторую группу вошли 28 больных (мужчины – 16 (57%), женщины – 12 (42%)), которые наряду с базисной терапией получали Зокардис в дозе 30 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Из них с ИБС составляли 12 (43%), с ГБ – 7 (25%), с ХРБС – 5 (17,8%), с ДКМП – 2 (7,1%), с врожденными пороками сердца – 1 (3,5%) и с сахарным диабетом – 1 (3,5%). Эти основные клинические показатели в обеих группах существенно не отличались. Эффективность проводимой терапии оценивалась по ремоделированию ЛЖ у больных ХСН в сочетании с другими заболеваниями. При анализе динамики симптомов СН на фоне проводимой терапии выявлено, что в обеих группах наблюдалось достоверное снижение функционального класса у исследуемых пациентов. Так, у больных 1-й группы ФК после лечения уменьшился на 25% (из 24 больных в 6 случаях из III ФК перешел на II ФК) а у больных 2-й группы ФК снизился на 43% (из 28 больных в 12 случаях перешел из III ФК на II ФК). При анализе показателей ЭхоКГ в контрольной группе до лечения – КДО составлял $159 \pm 1,84$ мм³/м², а после лечения – $154,4 \pm 1,58$ мм³/м²; КСО до лечения – $86,84 \pm 5,11$ мм³/м², а после лечения – $78,67 \pm 2,28$ мм³/м²; ФВЛЖ до лечения – $45 \pm 0,62$ %, после лечения – $50,2 \pm 1,26$ %. УОЛЖ – до лечения был $63,57 \pm 4,33$, а после лечения – $72,72 \pm 2,48$ мл. Во 2-й группе до лечения. КДО составлял – $146 \pm 2,35$ мм³/м², а после лечения – $114,03 \pm 5,32$ мм³/м²; КСО – до лечения – $84,65 \pm 1,64$ мм³/м², после – $52,82 \pm 2,18$ мм³/м²; ФВЛЖ – до лечения – $43,6 \pm 1,45$ %, после лечения – $56 \pm 2,25$ %. УОЛЖ – до лечения – $58,74 \pm 1,43$, а после лечения – $71,88 \pm 3,18$ мл. **Выводы:** Таким образом после лечения в обеих группах больных с ХСН была отмечена тенденция к снижению ФК, улучшение показателей ЭхоКГ и клиническое улучшение общего состояния больных. Эти показатели наиболее были выражены во второй группе больных которым дополнительно в терапии включали зокардис ($p \leq 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Бабаджанов Ф. К., резидент магистратуры ТашПМИ

Кафедра клинической радиологии (зав. кафедрой – к.м.н., доцент Юсупалиева Г.А.)

Научный руководитель – д.м.н. Рашидов З.Р.

Цель работы: Определить информативность магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике туберкулезного спондилита. **Материал и методы исследования:** Проанализированы 89 магнитно-резонансных томограмм, которые были выполнены 72 больным туберкулезным спондилитом (ТС). МРТ выполнялись на аппарате Magnetom Open VIVA с мощностью 0,5 Тл. Всем больным были выполнены T1 и T2 взвешенные магнитно-резонансные томограммы. **Результаты:** Специфический процесс локализовался в шейном отделе позвоночника у двух больных, в грудном и груднопоясничном – у 38 ($52,8 \pm 5,9\%$), поясничном и пояснично-крестцовом у 32 ($44,4 \pm 5,8\%$) больных. Изолированное поражение одного или двух позвонков наблюдалось в четырех случаях, контактная деструкция – в 48 ($66,6 \pm 5,5\%$), сочетание контактной и изолированной деструкции – в 15 ($20,8 \pm 4,8\%$). В 6 ($46,1 \pm 13,8\%$) наблюдениях при затихании процесса сигнал в T2 ВИ от деструктивной полости был снижен, неоднороден, а от остатка разрушенного тела повышен. Подобное изменение сигнала, по данным интраоперационных и гистологических находок, встречалось в случае длительного течения ТС и образования большого количества костных секвестров в полости деструкции, обызвествления казеозных масс, отложения мелких глыбок извести в грануляциях, тогда как в костном мозге остатков разрушенных позвонков сохранялись признаки туберкулезного воспаления. У пациентов с активным ТС в стадии разгара в T2 ВИ от деструктивной полости преобладал высокий, неоднородный сигнал, а от остатка тела – умеренно повышенный. В 4 ($5,5 \pm 2,7\%$) случаях, когда преобладала поверхностная деструкция тела или дуги, сигнал от полости деструкции "сливался" с сигналом от абсцесса и был снижен в T1 ВИ и повышен в T2 ВИ, а сигнал от тела изменен не был. Неоднородность сигнала от полости деструкции отражала наличие в ней костных секвестров и казеозных масс, которые имеют низкую протонную плотность, обусловленную малым содержанием свободных радикалов. Сигнал от деструктивной полости был неоднородным повышенным, а от тела не изменен в 12 ($16,7 \pm 4,4\%$) случаях: на стадии туберкулезного остита, в периоде начала или затихания спондилитической фазы, а также в случае рецидива ТС у оперированного больного. Неизменный сигнал от остатка тела, по-видимому, отражает отсутствие перифокального отека в костном мозге вокруг туберкулезного очага либо затихание туберкулезного воспаления, что подтверждалось преобладанием в полученном гистологическом материале рубцующихся туберкулезных грануляций. Туберкулезные абсцессы на МРТ имели четкий контур, вызванный их подвязочным распространением. Во всех случаях, кроме четырех (на стадии остита, на стадии начала и затихания), выявлялись паравертебральные абсцессы, причем в 62 ($91,2 \pm 3,3\%$) наблюдениях контур абсцессов был четким, а в 6 ($8,8 \pm 3,3\%$) – нечетким. Характер сигнала от абсцессов не был одинаковым во всех случаях. В 32 ($44,4 \pm 5,8\%$) случаях сигнал от абсцесса был однородным, умеренно повышенным в T1 ВИ и резко повышенным в T2 ВИ; еще в 21 ($29,2 \pm 5,3\%$) случаях сигнал от абсцессов имел те же характеристики, но был неоднородным. Сигнал от абсцессов был низким в T1 и высоким в T2 ВИ в 15 ($20,8 \pm 4,7\%$) наблюдениях, при этом 7 ($46,7 \pm 12,9\%$) раз он был однородным, а 8 ($53,3 \pm 12,9\%$) раз неоднородным. Неоднородность сигнала можно объяснить наличием в их полости, наряду с жидким гноем и грануляциями, костных секвестров и казеозных масс. **Выводы:** В целом информативность МРТ была высока и составила: чувствительность – 94,7%, специфичность – 78,9%, точность – 92,1%.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Баирбекова А.О., резидент магистратуры 2 года обучения КГМУ

Кафедры общая врачебная практика № 3 и сестринского дела (зав. каф. – д.м.н., профессор Алиханова К.А.)

Научный руководитель: доцент Абуғалиева Т.О.

Цель работы. Оптимизировать раннюю диагностику артериальной гипертензии у лиц трудоспособного возраста в условиях врачебной практики. **Материал и методы исследования:** Базой исследования явилась КГП «Поликлиника №3» городе Караганды. В исследования приняли 600 пациентов трудоспособного возраста от 25 до 63 лет. Было отобрано для участия 122 пациентов трудоспособного возраста, из них мужчин 68 (55%), женщин 54 (45%). Согласно критериям включения и исключения были разделены на две группы: В 1 группу входят пациенты с АГ 1 степени без поражение ор-

ганов-мишеней 60(49%). Во II группу входят пациенты с АГ 1-2 степени с ассоциированными заболеваниями 62 (51%). Было проведено анкетирование, включающее в себя вопросы: паспортные данные, профессиональный статус, антропометрические показатели, вредные привычки (злоупотребление алкоголя, курение), данные наследственной отягощенности по ССЗ и сахарному диабету, показатели физической нагрузки, характер питания, психосоциальный статус, анамнез состояния основных систем и органов, биохимические показатели и проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт. Результаты: В ходе одномоментного, эпидемиологического исследования было определено, что в отдельно взятом городе различные факторы риска имеют высокую частоту распространения. Во взрослой популяции лиц 25-63 лет каждый второй пациент имеет фактор риска - 50%. У 80,1 % выявлены нарушения питания различной ст. выраженности: 18% - гиперхолестеринемия, 24% ведут малоподвижный образ жизни, 22,4% имеют артериальную гипертензию, 19,7% курят. Среди метаболических факторов риска - гипергликемия является наиболее часто встречающимся. Распространенность малоподвижного образа жизни, тахикардии в различных возрастных диапазонах одинакова. Среди мужчин чаще встречаются курение - 34%, чрезмерное употребление алкоголя - 22%, нарушение питания - 19 %, среди женщин чаще регистрируется артериальная гипертензия - 18,7%, хронический психо-эмоциональный стресс - 18,3 %. Выводы: Таким образом, оптимизация ранней диагностики артериальной гипертензии у лиц трудоспособного возраста в условиях врачебной практики позволит снизить уровень факторов риска развития ССЗ и АГ и их осложнений (инсульт, инфаркт миокарда и т.д.). Проведение ранней диагностики АГ способствует снижению заболеваемости, смертности, инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста.

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА РОСТ СПОРТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Баратова С.С., резидент магистратуры СамМИ

Кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: к.м.н. Мавлянова З.Ф.

Цель работы: выявить особенности и изучить влияние спортивного питания на основе литературных источников.

Материал и методы исследования: По данным литературных источников, при организации рационального питания спортсменов должны учитываться следующие принципы: 1) соответствие энергетической ценности рациона среднесуточным энерготратам, зависящим от возраста, пола, характера и интенсивности физических нагрузок. 2) сбалансированность рациона по основным пищевым веществам (белкам, жирам, углеводам, витаминам и минеральным веществам). 3) выбор адекватных форм питания (продуктов, пищевых веществ и их комбинаций), обеспечивающих различную ориентацию рациона (белковая, углеводная, белково-углеводная) в зависимости от конкретных педагогических задач и направленности тренировок в отдельные периоды подготовки спортсменов. **Результаты:** при составлении пищевых рационов необходимо, прежде всего, учитывать характер и объем тренировочных и соревновательных нагрузок. Это вызвано тем, что потребность организма спортсмена в пищевых веществах и энергии в различные периоды тренировочного процесса определяется структурой и содержанием тренировочной работы в каждом отдельном микроцикле и особенностями метаболических сдвигов. В соответствии с особенностями обменных процессов при различных тренировочных режимах требуется изменение количественной и качественной характеристики питания. Динамические или статические мышечные усилия, направленные на увеличение мышечной массы и развитие силы, требуют повышения содержания в рационе белка, витаминов группы В, витамина РР. При совершенствовании выносливости, при работе в аэробном режиме требуется увеличить калорийность рациона, повысить количество углеводов, полиненасыщенных жирных кислот, липидов, витаминов Е, А, В1, В2, В12, аскорбиновой кислоты, биотина, фолиевой кислоты и др. Характер питания при работе в смешанном анаэробно-аэробном режиме близок к формуле сбалансированного питания здорового человека, при этом соотношение между белками, жирами, углеводами выглядит как 1:0,9:4. Необходимо знать, что в отдельные периоды подготовки спортсменов в зависимости от конкретных педагогических задач и направленности тренировок рационы питания должны иметь различную ориентацию белковую, углеводную, белково-углеводную и др. Рациональное питание обеспечивается правильным распределением пищи в течение дня. Суточный рацион должен быть разделен на несколько приемов для лучшего усвоения пищевых веществ, сохранения чувства сытости на протяжении дня и исключения чрезмерного наполнения желудочно-кишечного тракта большим количеством пищи. Нерегулярное питание ухудшает пищеварение и способствует развитию желудочно-кишечных заболеваний. Важно соблюдать определенные интервалы между приемами пищи и тренировками. Нельзя приступать к тренировкам вскоре после еды, так как наполненный желудок ограничивает движения диафрагмы, что затрудняет работу сердца и легких, снижая тем самым деятельность спортсмена. После физической нагрузки основной прием пищи должен быть не ранее чем через 40-60 мин. В связи с большими физическими нагрузками, ежедневными двух-трехразовыми тренировочными занятиями и большими энергозатратами целесообразно четырех-пятиразовое питание, включающее первый и второй завтраки, обед, полдник, ужин. **Выводы:** Были установлены следующие тенденции: рост спортивных результатов возможен не только за счет увеличения тренировочной нагрузки, ее интенсивности, правильного тренировочного процесса, но и за счет рационального питания, которое должно быть полноценным, сбалансированным и достаточно калорийным.

РОЛЬ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Баратова С.С., резидент магистратуры СамМИ

Кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель - к.м.н. Мавлянова З.Ф.

Цель работы: Изучить роль типологических особенностей на выбор вида спортивной деятельности. **Материал и методы исследования:** Нами были исследованы 100 спортсменок, от 10 до 20 лет, занимающихся художественной гимнастикой и таэквандо и составивших основную группу. В контрольную группу вошли 30 девушек, нерегулярно занимающихся спортом. Исследование проводилось на основе тестирования, проведения соматоскопии и антропометрии на базе детско-юношеской школы олимпийского резерва № 3, высшей школы спортивного мастерства, подготовительной школы олимпийского резерва. **Результаты:** показали, что преобладающим типом темперамента в основной группе составили сангвиники - 57 спортсменок, а в контрольной - 14 девушек, характерной чертой которых является выраженная экстраверсия, а именно быстрота, подвижность, эмоциональный отклик на все впечатления. Такие люди быстро приспосабливаются к новым условиям, быстро сходятся с людьми, общительны. Несколько непоседливы, нуждаются в новых впечатлениях, недостаточно регулируют свои импульсы, не умеют строго придерживаться выработанного распорядка жизни. Количе-

ство холериков в основной группе составило 24 спортсменов, в контрольной - 8. У холериков преобладают экстраверсия и низкий уровень эмоциональной устойчивости. Они быстрые, иногда даже порывистые, с сильными, быстро загорающимися чувствами, ярко выражающимися в речи, мимике, жестах; нередко - вспыльчивые, склонные к бурным эмоциональным реакциям. Такие люди отличаются высокой возбудимостью, действия их порывисты. Флегматики - 10 спортсменов в основной группе, а в контрольной 5 девушек. У них преобладают высокий уровень эмоциональной устойчивости и интроверсия, они медлительные, уравновешенные и спокойные, которых нелегко эмоционально задеть и невозможно вывести из себя. Чувства их внешне почти никак не проявляются. У данного типа отмечаются сравнительно низкий уровень активности поведения, новые формы которого вырабатываются медленно, но являются стойкими. Меланхолики основной группы составили 9 спортсменов, в контрольную группу вошли 3 девушки - отмечаются выраженная интроверсия и низкий уровень эмоциональной устойчивости. У представителей данного типа реакции часто соответствуют силе раздражителя, присутствует глубина и устойчивость чувств при слабом их выражении. Ему трудно надолго на чем-то сосредоточиться. Ему свойственны сдержанность и приглушенность моторики и речи, застенчивость, робость, нерешительность.

Выводы: Таким образом, в каждом типе темперамента есть такие качества, которые могут существенным образом влиять на спортивную деятельность. Поэтому нужно знать, в какой мере темперамент благоприятствует и насколько он препятствует достижению успеха на разных уровнях спортивной деятельности. Знание особенностей темперамента является обязательной составляющей индивидуального подхода. Успех в спортивной деятельности зависит от правильного выбора вида спорта, то есть человеку с определенным типом нервной системой лучше заниматься циклическими видами спорта, а людям с сильным типом высшей нервной деятельности рекомендуются занятия единоборствами и игровыми видами спорта с наличием физического контакта.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВЫМИ МЕТОДАМИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бахритдинов Б.Р., студент 516 группы леч. фак., Рафиков Б.Р., студент 310 группы пед. фак.

Давурова Л.Н., студентка 513 группы леч. фак. СамМИ

Кафедры общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав. каф. - доц. Мустафакулов Э.Б.)

Научный руководитель: доц. Мардыева Г.М.

Цель работы: оценка морфофункционального состояния щитовидной железы лучевыми методами визуализации при кистах яичников у женщин репродуктивного возраста. **Материал и методы исследования:** Обследовали щитовидную железу у 40 пациенток с выявленными кистами яичников, средний возраст которых составил 30 лет. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Mindray-DC3» (датчик 5 мГц). Из радионуклидных исследований применили радиометрию и гамма-топографию щитовидной железы. **Результаты:** У 167 из обследованных женщин, обратившихся по поводу бесплодия, боли и нарушения менструального цикла, были выявлены различные кистозные изменения яичников. Из них в 75% случаев визуализировались изменения, имеющие эхографическую картину фолликулярных кист. Размеры фолликула более 30 мм (от 3 до 10 см) при УЗИ яичников свидетельствуют об образовании фолликулярной (функциональной) кисты яичника. Фолликулярные кисты на эхограммах выявлялись преимущественно как однокамерные образования округлой формы, располагающиеся в основном сбоку или кзади от матки, чаще слева. Двустороннее поражение не отмечалось. Внутренняя поверхность кист всегда была ровная, строение - эхонегативное. Позади образования определялся акустический эффект дистального усиления. Часто кисты на эхограммах имели вид образований с утолщенными стенками (60%) и с неоднородным экзогенным внутренним содержимым. Кроме фолликулярных кист в 7% случаев выявлялась эхографическая картина поликистоза яичника, в 3% - параовариальной кисты, в 6% - дермоидной кисты и кисты желтого тела яичника у 5% обследованных. У 40 пациенток с выявленными кистами яичников провели УЗИ щитовидной железы. В основу данного метода положено определение объема щитовидной железы, оценка ее эхогенности и экоструктуры, васкуляризация очаговых образований. У большинства обследованных женщин (70%) выявлена гиперплазия щитовидной железы. Оценивая йодпоглотительную функцию щитовидной железы у женщин с кистозными образованиями яичников при помощи радиометрии констатировали тот факт, что гиподисфункция железы отмечалась в несколько преобладающем проценте наблюдений у больных (45%), эутиреоидное состояние щитовидной железы было выявлено у 30%, гипертиреоидное состояние - у 25% женщин. При патологиях щитовидной железы гамма-топографическая картина значительно менялась в зависимости от характера имеющегося поражения. У больных с кистозными поражениями яичников увеличение размеров щитовидной железы выявляли в 70% случаев. Уменьшение размеров отмечалось в 15%, нормальные параметры размеров щитовидной железы - 20%. Распределение РФП было равномерным у 30 больных и неравномерным в 10 (72,7%) случаях, характерное для тиреоидитов. **Выводы:** Одной из частых причин нарушения менструального цикла и бесплодия у женщин являются кистозные образования, среди которых основной процент занимают фолликулярные кисты. У женщин с фолликулярными кистами яичников щитовидная железа в большинстве случаев диффузно увеличена, йодпоглотительная же функция имеет тенденцию к снижению. Выявленный гипотиреоз, возможно, стал причиной нарушения менструального цикла и бесплодия у обследованных женщин с кистами яичников, что еще раз доказывает на прямое воздействие патологий щитовидной железы на репродуктивную систему.

СТРУКТУРА ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ Г. КАРАГАНДЫ

Белякова Н.Н., Байгожин Д.М., Штрауб Т.О., студенты 7-040 гр. факультета общей медицины и стоматологии КГМУ

Кафедра фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н., профессор Табриз Н.С.)

Научный руководитель: магистрант Нургазина Ж.Б.

Цель работы: проанализировать возможные побочные эффекты на фоне приема противотуберкулезных препаратов. Задачи исследования: 1. Выявить препарат, вызывающий побочные действия наиболее часто 2. Изучить половой состав у пациентов с побочными действиями. **Материал и методы исследования:** Исследовано 234 случая побочных реакций на противотуберкулезные препараты (ППП) по областному противотуберкулезному диспансеру (ОПТД) г. Караганды за 2015 г - начало 2016 г. Использовался, как источник информации: Журнал регистрации выявленных случаев побочных действиях, серьезном побочном действии и отсутствии эффективности (ПД, СПД и ОЭ) лекарственных средств (ЛС) (ф. № 192-3/ у). В работе были использованы методы статистического и математического анализа. **Результаты и обсуждения:** Было исследовано 234 случая побочных действий ППП за 2015 г - начало 2016 г. Дальнейший анализ случаев выявил, что

наиболее часто вызывают побочные реакции такие препараты: процентное содержание от общего числа случаев - ПАСК (PAS)- 33 %, Циклосерин (Cs)-24 %, Пиразинамид (Z)-18,8 %, Протеонамид (Pto)-14,2%, Левофлоксацин (Lfx) 4,7%, Капрео-мецин (Cm)- 2,5%, Этамбутол (E)-1,2%, Амикацин (Am)-0,8%, Канамицин (Km)-0,8 %. **Выводы:** 1. Выявлено, что наибольшее количество осложнений возникает у мужчин (66, 7 %), возможно это связано с тем, что около 50 % пациентов ОПД являются бывшими заключенными и не имеют постоянного места жительства. 2. Наиболее часто встречаются побочные действия вызванные ПАСК, что составляет 77 случаев или 33 % от общего числа. Препарат очень часто вызывает побочные действия со стороны ЖКТ. 3. Так же, среди ППП часты побочные действия со стороны Циклосерина, в общем пуле случаев составляет 24 %. Наиболее часто затрагивает деятельность центральной нервной системы. 4. Пиразинамид в большинстве своем отрицательно влияет на иммунный ответ, в следствие чего, часты побочные реакции аллергического генеза.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

Бобоев Ф., ст. 409 группы леч. факультета СамМИ

Кафедры неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: ассистент Д.С Шумурдова

Целью работы: было изучение неврологических симптомов у женщин с гестозом, с применением препарата Тиоцетам. **Материал и методы исследования:** Нами были обследованы 48 пациенток в возрасте 21-30 лет, со сроком беременности 39-40 недель. Все женщины были разделены на две группы. В I группу входили 36 женщин, с тяжелой степенью преэклампсии; II группу составили 12 беременных женщин, так же с тяжелой степенью преэклампсии. **Результаты:** При поступлении практически у всех женщин были жалобы на головную боль, расстройство сна, усталость, утомляемость, снижение активности и настроения, у некоторых тошнота и рвота. Во время осмотра неврологическая симптоматика была разнообразной. У 6% женщин отмечалась легкая ригидность затылочных мышц, у 88% центральный парез VII пары, горизонтальный нистагм в 82% случаев, нарушение конвергенции в 59%, девиация языка в 61% случаев, а также 5% отмечалось сходящееся косоглазие и у 4 женщин отмечалось гнусавость. У всех женщин четких парезов не было, но отмечалось повышение рефлексов в 56% случаев в ногах, в 10% случаев на одноименной стороне тела, у 40% асимметричное повышение рефлексов. Около 11% отмечались патологические рефлексы, симптомы, которые свидетельствовали о развитии токсикодисциркуляторной энцефалопатии. Нами было предложено лечение с препаратом Тиоцетам в дозировке 5 мл на 200 мл 5% глюкозы в/в капельно 1 раз в день в течение 3 дней, потом по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней. Для этого женщинам из I группы проводилось традиционное лечение препаратом магния сульфат, во 2 группу к традиционному лечению был добавлен препарат Тиоцетам. Положительный клинический эффект проявлялся через 24-48 часов. Такие симптомы как головная боль, тошнота, расстройство сна, усталость, снижение активности исчезли уже на 1- 2-е сутки применения данного препарата, тогда как у женщин с I группы эти симптомы держались. Препарат способствует регрессу клинической симптоматики и восстановлению функциональной активности головного мозга. Это проявляется быстрым и значительным улучшением общего состояния больных, уменьшением степени нарушения сознания или его восстановлением. Тиоцетам обладает ноотропным, противоишемическим, антиоксидантным, мембраностабилизирующим эффектами, предотвращает развитие массивного отека, компрессии и смещения структур головного мозга, развитие внутричерепной гипертензии. **Выводы:** Таким образом, применение нейропротекторных препаратов, в частности Тиоцетама в комплексе интенсивной терапии энцефалопатии у пациенток с гестозом является необходимым. Степень тяжести токсикодисциркуляторной энцефалопатии отображает степень тяжести гестоза и указывает на направления проводимой интенсивной терапии. В протоколе интенсивной терапии пациенток с гестозом, на наш взгляд, кроме магниевой терапии необходимо проведение нейропротекторной терапии с включением препарата как Тиоцетам.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Боймуродов А.Х, студент 606-группы, Кодирова М.Р., студентка 516-группы леч. факультета, СамМИ

Кафедры IV- внутренних болезней и гематологии (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: Мадашева А.Г.

Цель работы: определить эффективность лечебного плазмафереза (ПФ) в сочетании с полихимиотерапией (ПХТ) у больных при ММ. **Материал и методы исследования:** обследованы 20 больных (8 женщин и 12 мужчин) с ММ в возрасте от 48 до 65 лет. Всем больным до начала специфического лечения и через 6 месяцев на фоне лечения проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики (общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение миелограмма, КТ и МРТ позвоночника). Обследованным больным был проведен ПФ и курсы программной ПХТ. **Результаты:** ПФ проводился прерывистым способом с использованием одноразовых пластиковых контейнеров «Гемасин-500/400» и устройством для переливания крови и кровезаменителей, рефрижераторной центрифуги (РС-6) путем разделения крови на эритроцитарную массу и плазму. За одну процедуру у больного брали кровь в объеме 500 мл, количество отделяемой плазмы при каждом сеансе составляло 220-250 мл. Курс лечения включал 5-6 процедур ПФ. Контроль проводился по показателям периферической крови, белковому обмену и другим показателям. Все больные получали ПХТ по различным протоколам (СОР, СР, VAD, VCMF). Клинико-лабораторные показатели у n=12 обследованных больных до лечения были следующими: СОЭ - 70 ± 11 мм/час; общий белок 120 ± 12 г/л; плазматическая инфильтрация костного мозга $50 \pm 0,3\%$. После лечения СОЭ - 8 ± 1 мм/час; общий белок 70 ± 10 г/л; плазматическая инфильтрация костного мозга $0,5 \pm 0,2\%$. А у n=8 больных, показатели до лечения были следующими: СОЭ 60 ± 11 мм/час; общий белок 105 ± 12 г/л; плазматическая инфильтрация костного мозга $40 \pm 12\%$. После лечения СОЭ 5 ± 1 мм/час; общий белок 60 ± 8 г/л; плазматическая инфильтрация костного мозга $0,6 \pm 0,2\%$. **Выводы:** полученные данные показали, что у больных с ММ, получавших в течение 6 месяцев ПХТ и лечебный ПФ, выявлено улучшение лабораторных показателей, самочувствие и качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО

Балатюк И. А., Гладких Ф. В, Яворский О. М.

Украинская военно-медицинская академия

Кафедра общей практики семейной медицины

Научный руководитель - к. мед. наук, доц. Гаврецкий А.И.

Цель работы: По данным открытых литературных источников изучить современные методы лечения диабетической остеоартропатии. **Материал и методы исследования:** Критерием отбора были публикации за период 2010-2015 гг., которые отвечали канонам доказательной медицины. **Результаты:** Анализ современных литературных источников пока-

зал, что лечебные мероприятия при ОШ зависят от фазы развития (острая, хроническая, фаза осложнений) и имеют комплексный подход. При этом больные требуют наблюдения и лечения сразу у нескольких специалистов, включая не только хирурга, а и эндокринолога, травматолога, ортопеда. Также необходима консультация сосудистого хирурга, поскольку как правило ОШ сопровождается нарушениями кровообращения. В острую фазу лечение начинают с полной или частичной статико-динамической механической разгрузки пораженной конечности (ортопедическая обувь и специальные разгружающие стельки; наложение тотальной гипсовой лонгеты; специальная ортопедическая обувь (ботинок-роллер), с вкладными стельчными приспособлениями, ограничивающая движения в голеностопном суставе при ходьбе, ортезы) на 8-12 недель. Рентгенологический контроль осуществляют раз в 2-3 месяца, с целью контроля за заживлением переломов и выявления новых деформаций костей. Также рекомендуют кальцийсодержащую диету, прием биофосфанатов длительными курсами (от 6 месяцев до 2 лет), прием препаратов кальция и витамина D, препаратов кальцитонина. В хроническую фазу лечение начинают с обеспечения стабильности суставов (с ограничением или полным прекращением движений в них) с помощью хирургических методов (артродез, экзостозэктомия, пластика ахиллового сухожилия, реконструктивные операции на костно-связочном аппарате стоп). Также снижают статико-динамическое давление на различных участках подошвенной части стопы (с целью профилактики язвообразования на стопе) с помощью специальной ортопедической обуви со стельками. Подотерапевтическая обработка стоп и подиатрический уход за стопой в кабинете «Диабетическая стопа» играет одну из главных ролей в профилактике язвообразования на стопе. Не менее важным является обучение самого больного подиатрическому уходу за стопой. При необходимости используют препараты, влияющие на метаболизм костной ткани. При наличии осложнений первоначально оптимизируют течение СД. Далее корректно проводить местное лечение (обработка раны, антибактериальная терапия, асептическая повязка) с применением системной антибактериальной терапии и разгрузкой пораженного участка стопы. **Выводы:** Анализ литературных данных показал, что ОШ – наиболее тяжелая патология, развивающаяся при СДС. Сложность лечения заключается в многофакторности патогенеза, приводящего к вовлечению практически всех структурных компонентов стопы с потерей основных функций. Для лечения ОШ используют комплексный подход, направленный на профилактику осложнений в первую очередь. Важным этапом лечения является механическая статико-динамическая разгрузка стопы. Не менее важным есть обучение пациента подиатрическому уходу за стопой.

ОЦЕНКА СИСТЕМНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Батрановская С.А., ассистент кафедры фармакологии
Еременчук И.В., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Украина
Тодорико Л.Д. – д.мед.н., профессор – научный руководитель

Цель работы: определить патогенетические особенности формирования синдрома системного воспалительного ответа при химиорезистентном туберкулезе легких (ХРТБ). **Материал и методы исследования:** В открытое рандомизированное исследование включено 73 пациента с ХРТБ (74,3 % муж., 25,7 % жен.) в возрасте от 20 до 76 лет. Методы исследования: клинические, лабораторные, биохимические; рентгенологические; микроскопические; микробиологические; иммунологические; иммуноферментные; статистические. **Результаты:** Как показали Результаты, особенности иммуно-цитокинного статуса при ХРТБ легких зависят от клинической формы, течения и активности туберкулезной инфекции. Запускает каскад СВО при ТБ ИЛ-6, достоверное повышение уровня которого приводит к усилению синтеза и освобождению печени спектра белков, так называемых «реактантов острой фазы», владеющих множественными защитными и компенсаторными функциями, что в сумме, в условиях преобладания локальных барьеров, составляет суть синдрома СВО. Больные с острым туберкулезным процессом выделяют значительно больше цитокинов (ЦК). Так, активная фаза ТБ сопровождается повышением продукции TNF- α , ИЛ-2, INF- γ . При прогрессирующем ТБ (в эксперименте) увеличивается экспрессия ИЛ-15, Th₁-цитоклинов (ИЛ-12, INF- γ). В свою очередь, латентный ТБ (экспериментальный) сопровождается снижением экспрессии ИЛ-15, Th₁-цитоклинов (ИЛ-12, INF- γ). Распространение деструкции характеризуется достоверным угнетением Th₁-ответа (пролиферации Т-клеток, продукции ИЛ-2, INF- γ) и синтеза ИЛ-6, а также активацией Th₂-клеток ((ИЛ-4) и TNF- α). Фиброзно-кавернозный ТБ сопровождается снижением уровня ИЛ-4 и значительным повышением содержания ИЛ-1. При распространенных формах ТБ увеличение уровня INF- γ более выраженное, а ИЛ-10 менее заметное, чем при ограниченных формах. У больных с впервые диагностированным туберкулезом (ВДТБ) легких чаще наблюдается наличие высокого уровня ИЛ-4 в сыворотке крови и, наоборот, содержание ИЛ-6 – в меньшем проценте. **Выводы:** Анализ результатов исследования показал, что ХРТБ характеризуется: низкими показателями пролиферативной активности лимфоцитов (CD4+, CD8+); гипосекрецией Т-активирующих цитокинов; низкой концентрацией ИЛ-8; высокой продукцией противотуберкулезных антител и иммуноглобулинов классов А, М, G; низким содержанием моноцитов с внутриклеточной экспрессией INF- α та INF- γ ; повышением количества моноцитов с внутриклеточным содержанием ИЛ-10.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Бекмирзаев Т.Р., студент 317 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – доц. Ярмухамедова С. Х.)
Научный руководитель: доцент Ярмухамедова С. Х.

Цель работы: Изучение изменений внешнего дыхания по данным спирографии при хронической обструктивной болезни легких. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением было 18 больных хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 19-30 лет, находящихся на стационарном лечении в клинике СамМИ №1. Из них 11-женщин и 7- мужчин. Всем больным кроме общеклинических методов исследования была проведена спирография. **Полученные результаты:** При спирографическом обследовании наших больных с ХОБЛ выявлено, что у 2 –х мужчин и 1-ой женщины с легкой степенью обструкции показатель ОФВ₁ составил-72 %. У 4 пациентов со средней степенью обструкции показатель ОФВ₁ составил- 52%. У 1 мужчины и 6 женщин с тяжелой степенью обструкции показатель ОФВ₁ составил-47%. Показатель ОФВ₁ характеризует объем форсированного выдоха за 1 секунду, который в норме составляет 75%. Следовательно, у наших больных при обследовании выявлены показатели спирографии, отклоненные от нормы. У 3-х боль-

ных легкая степень ХОБЛ, 4-х больных со средней степенью и у 7-ми больных с тяжелой степенью ХОБЛ. Такие изменения связаны с все более ранним спадением мелких бронхов и бронхиол при форсированном выдохе. Мы изучали и форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ). И у 4 женщин с рестриктивной дыхательной недостаточностью показатели ОФВ1 и ФЖЕЛ были выше нормы, видимо, из-за возрастания эластической тяги легких. ОФВ и ФЖЕЛ уменьшаются пропорционально, при этом показатель ОФВ/ФЖЕЛ составил 98. Кривая на спирограмме имеет более узкую форму из-за уменьшения легочного объема. **Выводы:** При ХОБЛ на кривой выдоха спирограммы выявляется пик максимальной скорости потока, но затем кривая сходит более быстрее, чем в норме, принимая вогнутую форму. По мере нарастания обструкции пик максимальной скорости потока становится более острым, а последующее падение все более крутым и внутренним, что соответствует различным степеням дыхательной недостаточности.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бугибаева А.Б., ассистент-стажёр, КГМУ

Кафедра внутренних болезней № 2 (заведующий кафедрой – к.м.н., доцент Ларюшина Е.М.)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Амирханова Д.Т.

Материал и методы исследования: Проведено одномоментное поперечное (кросс-секционное) исследование в виде скрининга среди городского и сельского населения Карагандинской области. Для проведения анкетирования была разработана анкета для участника скринингового исследования. Зарегистрировано 3683 респондента, из них мужчины 853 (23%), женщины 2830 (77%). Из исследования вышло 195 человек по причине неполного объема ответов на поставленные вопросы по опроснику. Таким образом, было опрошено 3489 респондентов. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18-65 лет, постоянно проживающие в изучаемых населенных пунктах, давшие информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: беременные, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями. Пересчитан кардиоваскулярный риск (КВР) по шкале SCORE с помощью калькулятора шкалы SCORE, и затем уровень физической активности оценивался по опроснику IPAQ. Вначале оценен кардиоваскулярный риск по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) – это шкала разработана для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет. Высокий кардиоваскулярный риск определяли цифрами более 1%, низкий – менее 1%. На следующем этапе оценена физическая активность по опроснику IPAQ (International Questionnaire on Physical Activity) – это оценка для определения уровня различных видов физической активности в течение 24 часов. Полные ответы по опроснику получены у 28,5%, которые были подвергнуты анализу. 71,5 % анкет изъяты в виду неполного ответа, а также ошибочного ввода данных респондентами. Согласно ключу к опроснику использовалась формула выделяющая три категории физической активности: высокая- 3000MET мин/неделя, средняя- 600-3000 MET мин/неделя, низкая- 0-600MET мин/неделя. Статистическая обработка проведена с использованием пакета Statistica 6.0. **Результаты:** Согласно полученным результатам среди 3489 респондентов Карагандинской области количество лиц с высоким КВР (более 1 %) составило 38,4 % (у 1340 респондента), с низким КВР (менее 1 %) выявлено 61,6% (у 2149 человека). В каждой группе оценен уровень физической активности. Среди респондентов с высоким КВР физическая активность оценена у 399 респондентов, среди которых высокая физическая активность была у 339 респондентов (85,0%), умеренная физическая активность у 42 лиц (10,5%), низкая физическая активность у 18 лиц (4,5%), Физическая активность у лиц с низким КВР оценена у 594 респондента, среди которых высокая физическая активность была у 487 респондентов (81,9%), умеренная физическая активность у 74 лиц (12,4%), низкая физическая активность у 33 лиц (5,5%). **Выводы:** Установлено преобладание высокой физической активности среди респондентов с низким и высоким сердечно-сосудистым риском у населения Карагандинской области, что свидетельствует о меньшей значимости данного фактора в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Буриева Р.Б., студентка 5 курса 509 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)

Научный руководитель: Нуралиева Р.М.

Материал и методы исследования: По данным Самаркандского филиала РНЦЭМП в течении октября, ноября, декабря 2015года в отделении токсикологии поступило 34 больных с диагнозами: «Аллергическая реакция на медикаменты», «Отравление лекарственными средствами» и «Медикаментозный анафилактический шок». Из них: женщин - 24, от 15 до 19 лет -11 человек, от 20 до 30 лет -9 человек, от 31 до 43 лет - 4 человека. Мужчин -10. Возраст мужчин колеблется от 26 до 58 лет. **Результаты:** Установлено, что в 9 случаях аллергическая реакция наблюдалась после приема 1 таблетки или 1 - ой инъекции препарата. В 17 случаях больные принимали одновременно несколько препаратов. Наиболее часто отравление медикаментами наблюдалось при попытке суицида при приеме НПВС (7), антибиотиков (5), цитрамона (8). Аллергические реакции на медикаменты в основном проявлялись в виде острой крапивницы, зуда, сыпи, слабости, тошноты и рвоты, головной боли. У 4 больных отмечалась токсическая энцефалопатия, у 2-х - отек Квинке и у 1 больного - синдром Стивенса-Джонсона. Анафилактический шок наблюдался у больных на следующие медикаменты: анальгин, аспирин, лидаза, цефтриаксон и бисептол. В одном из случаев анафилактического шока (у женщины 54 лет) он развился от одной внутримышечной инъекции цефтриаксона 1,0 и проявился в виде потери сознания и судорог, артериальное давление - 0 мм.рт.ст.; в другом случае (женщина 38 лет) - от инъекции лидазы и пенициллина, где также отмечалась потеря сознания. В третьем случае анафилактический шок развился после внутримышечной инъекции анальгина и приема per os одной таблетки аспирина. У больного 15 лет, наблюдались озноб, сильная боль в мышцах, рвота, коликообразные боли в животе, расстройство стула, энтероколит, сердцебиение, АД - 80/50 мм.рт.ст., печень увеличена на 1 см. Больной, 76 лет, после приема 1 таблетки бисептола, через 20 мин почувствовал резкую слабость, что было с ним после этого, он не помнит. В отделение токсикологии был доставлен в бессознательном состоянии, АД - 0 мм.рт.ст., дыхание учащено - 32 в 1 мин., ЧСС 110 в 1 мин. Через 40 мин. после этого появились буллезные высыпания на ногах. Всем больным была оказана своевременная квалифицированная медицинская помощь и в среднем уже на 3 сутки они были выписаны в удовлетворительном состоянии. Нерациональное применение медикаментов, недостаточно собранный анамнез, в том числе фармакологический и аллергологический, отсутствие достаточных показаний к применению препарата, в итоге могут вызвать медикаментозный анафилактический шок. **Выводы:** Таким образом, факторами, способствующими развитию медикаментозной аллергии являются: самолечение, назначение лекарственных препаратов без учета анамнеза, полипрагмазия, частые, повторные назначения одних и тех же групп препаратов, или прием фальсифицированных лекарственных средств (ЛС).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДАЕМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИНЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГБУЗ СКИБ

Важнина Н.Е., Бекух Ф.А., студентки 7 группы пед. факультета КубГМУ

Кафедра инфекционных болезней и фтизиопульмонологии (зав. каф. – д.м.н., профессор Авдеева М.Г.)

Научный руководитель: ассистент Ганжа А.А.

Цель работы: изучить клинику и осложнения инфекционного мононуклеоза по данным ГБУЗ СКИБ. **Материал и методы исследования:** Нами был проведен ретроспективный анализ 106 историй больных, находящихся в стационаре в 2014-2015 гг. **Результаты:** Среди заболевших мужчин - 66(62,3%), женщин- 40 (37,7%). Средний возраст $21 \pm 1,5$ года. У всех начало заболевания острое(100%), интоксикационный синдром, лихорадка свыше 38 градусов наблюдались в 100% случаев. В связи с изменениями в ротоглотке проведена консультация лор-врача; выставлен диагноз ангины 88 больным (83,1%). Высеваемость из ротоглотки распределилась следующим образом: S. Anginosus - у 14 человек (21,9%), S. Pneumonia - у 18 человек (28,1%), S. Aureus - у 34 человек (48,0%), Candida albicans - у 8 человек (12,0%). Желтушное окрашивание склер и кожи наблюдалось в 5,6% , гепатоспленомегалия- у 60,4% больных. Лимфаденопатия была у всех больных (100%). В общем анализе крови количество эритроцитов колеблется от 2,2 до $5,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин от 98 до 140 г/л, лейкоцитов от 9,9 до $20,5 \cdot 10^9/л$, тромбоцитов от 150 до $400 \cdot 10^9$, СОЭ от 3 до 32 мм/ч. Изменения количества лимфоцитов и моноцитов были в незначительных пределах. При биохимических исследованиях наблюдалось увеличение общего билирубина от 2 до 5 норм за счет прямой фракции, повышение активности АЛТ от 2 до 17 норм, АСТ от 2 до 9 норм. Диагноз подтвержден серологическим методом: обнаружены иммуноглобулины М у 14(13,2%), иммуноглобулины G у 36(33,9%), иммуноглобулины М и G к вирусу Эпштейн- Барр у 56 человек (52,8%) и методом ПЦР ДНК ВЭБ у 54 (51,1%) больных. Атипичные мононуклеары наблюдались у 96,0% больных. Осложнения наблюдались у 44 человек(41,5%); реактивный панкреатит - у 35 человек (33,1%), фарингит, пневмония встречались у 8 пациентов (7,5%), паратонзиллярный абсцесс у двоих (1,9%). **Выводы:** Среди госпитализированных преобладали мужчины. У всех наблюдались лихорадка, интоксикация, лимфаденопатия, изменения в ротоглотке. У 2/3 больных выявлялась гепатоспленомегалия. Заболевание часто осложнялось реактивным панкреатитом, фарингитом, пневмонией. Бактериальная флора, выявляемая в ротоглотке, усугубляла течение заболевания.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ФОНЕ ИБС И ОЖИРЕНИЯ

Войткевич Ю.И., клинический ординатор, Горбатюк И.Б., ассистент кафедры БГМУ

Кафедра внутренней медицины, клинической фармакологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Хухлина О.С.)

Научный руководитель – к.м.н. Горбатюк И.Б.

Цель работы: установить механизмы прогрессирования хронического холецистита (ХХ) у больных ИБС и ожирением на основании изучения различных звеньев системы свертывания крови, противосвертывающей активности крови и фибринолиза. **Материал и методы исследования:** Проведены исследования в 136 больных: 1 группа (n = 28) - ХХ; 2 группа (n = 30) - ХХу на фоне ИБС, кардиосклероза с СН I-II А стадии; 3 группа (n = 30) - ХХ на фоне ИБС, кардиосклероза с СН I-II А стадии и ожирения 1-2 степени; 4 группа (n = 30) - ХХ, холестероз желчного пузыря (ХЗ ЖП) на фоне ИБС, кардиосклероза с СН I-II А стадии и ожирения 1-2 степени; 5 группа (n = 18) - ХХ и ХЗ ЖП. Изучали такие показатели системы гемостаза: протромбиновое время (ПТВ), фибриноген, тромбиновое время (ТВ), активность антитромбина III (АТ III)), активность Хагеман-зависимого фибринолиза, суммарную (СФА), ферментативную (ФФА) и неферментативную фибринолитическую активность (НФА) крови. **Результаты:** По результатам исследования ПТВ был достоверно снижен у больных всех групп наблюдения, причем максимальное снижение наблюдалось у пациентов 4 группы - на 37,1% по сравнению с показателем в ПЗО (p < 0,05). Содержание фибриногена в крови было достоверно сниженным: у больных 2-й группы - на 10,0%, 3-й группы - на 20,7%, 4-й - на 32,6% (p2-4 < 0,05), что свидетельствовало в пользу развития коагулопатии потребления. Во всех группах наблюдения установлено уменьшение ТВ с максимальным процентом снижения у больных 4 группы - 37,3% (p < 0,05) и торможения активности АТ III с максимальным подавлением у больных 4-й группы на 27,0% (p < 0,05). Проведенный корреляционный анализ между показателями гемостаза и индексом массы тела (ИМТ) указывал на наличие взаимозависимости между ИМТ и содержанием фибриногена (r = -0,642 (p < 0,05)), между содержанием в крови АТ III и ИМТ (r = -0,531 (p < 0,05)), содержанием XIII и ИМТ (r = -0,457 (p < 0,05)), ФФА и ИМТ (r = 0,521 (p < 0,05)), ХЗФ и ИМТ (r = 0,495 (p < 0,05)). **Выводы:** Результаты факторов коагуляционного гемостаза, противосвертывающей и фибринолитической систем указывают на формирование у пациентов с хроническим холециститом и сопутствующей ИБС гиперкоагуляционного синдрома, который усугубляется с присоединением ожирения.

ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Волкова Л.Д., студентка 414 группы, Божко Я.Г., студент 518 группы лечебно-профилактического факультета УГМУ

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии (зав. каф. – д.м.н., профессор Смоленская О.Г.)

Научный руководитель: к.м.н. Северина Т.И.

Цель работы: оценить особенности инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с инсулинопотребностью, протекающем на фоне декомпенсированного гипотиреоза. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 50 пациентов, у которых встречалось сочетание таких эндокринопатий, как инсулинопотребный сахарный диабет 2 типа и гипотиреоз, из них 17 мужчин и 33 женщины. Измерение биохимического показателя «Глюкоза в периферической крови» осуществлялось с помощью глюкометра «Аку-Чек Актив». Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови измерялся с помощью иммунохемилюминесцентного анализа крови (в мЕд/л). Исследование носило проспективный характер: производилась оценка глюкозы в периферической крови и уровня ТТГ до и после заместительной гормональной терапии по поводу гипопаратиреоза щитовидной железы при фиксированной дозе инсулина. **Результаты:** Установлено, что среди больных с диагнозом «Инсулиннезависимый сахарный диабет» частота встречаемости сочетанной патологии (сахарный диабет II типа и гипотиреоз) составила 34%. Высокий показатель встречаемости обусловлен специфичностью выборки из всех больных эндокринологического профиля именно пациентов с сахарным диабетом второго типа; а также проживанием в эндемичном по гипотиреозу районе (Урале). Выявлено преобладание женщин (66% - 33 пациента). Это может быть связано с тем, что женщины чаще страдают заболеваниями эндокринной системы. Причиной этому служат:

ежемесячные колебания гормонального фона в связи с менструальным циклом, изменения гормонального фона во время менопаузы или беременности, а также особенности нервной системы, т.к. женщины, в большинстве своем, более эмоциональны, импульсивны, а также чаще подвержены стрессам и депрессиям. Средний возраст болеющих женщин составил 62 года, гипотеза причины – изменения гормонального фона в связи с наступившей менопаузой. Средний возраст мужчин – 55 лет. Можно предположить, что заболеваемость мужчин именно такого возраста вызвана увеличением в данном периоде жизни факторов риска атеросклероза, ожирения и гипертензионной болезни. При сравнении уровня глюкозы в периферической крови до и после заместительной терапии гормонами щитовидной железы, было выявлено значительное снижение сахара в 83% случаев при фиксированном уровне вводимого инсулина до и после терапии. В среднем, снижением уровня сахара после терапии составило – 74%. После проведенной заместительной гормональной терапии и компенсации гипотиреоза наблюдалось значительное снижение уровня глюкозы крови при фиксированном инсулине у пациентов обоих полов (в среднем на $4,3 \pm 1,6$). Субъективно, пациенты отмечали улучшение самочувствия. Доза потребного инсулина была снижена для поддержания необходимого уровня сахара в периферической крови. **Выводы:** Частота встречаемости сочетанной патологии сахарный диабет II типа и гипотиреоз достаточно высокая (34%). На фоне гипотиреоза наблюдается более выраженная гипергликемия при сахарном диабете II типа. Заместительная терапия гормонами щитовидной железы гипотиреоза приводит к более значительному снижению уровня сахара у больных с сахарным диабетом II типа по сравнению с больными, у которых терапия либо не проводилась, либо на момент исследования не достигла результата – нормализации уровня T_3 , T_4 . Таким образом, пациентам с инсулинопотребным сахарным диабетом 2 типа, протекающим на фоне гипопункции щитовидной железы, необходима заместительная гормональная терапия по поводу гипотиреоза с последующим контролем сахара периферической крови и коррекцией дозы востребованного инсулина, так как компенсация гипотиреоза приводит к снижению глюкозы крови.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ

Восеева Д.Х., студентка 712 группы пед. факультета СамМИ

Кафедры внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.,
Научный руководитель: Зиганшина Н.Х.

Цель работы: Изучение влияния хронической алкогольной патологии на клиническое течение тяжелых форм острых отравлений этанолом. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением были 98 больных с острыми отравлениями этанолом тяжелой степени, у которых врачами-токсикологами совместно с врачами-психиатрами и врачами лабораторной диагностики оценивались основные клинические и лабораторные параметры жизнедеятельности организма по стандартным методикам. **Результаты:** Перед проведением лечебных мероприятий проводилась четкая диагностика состояния больного по ряду признаков и критериев. Критериями включения больных в исследование были данные по шкале Глазго, а также, как положительный, так и отрицательный (гр. 1) результат на наличие хронического алкоголизма по «сетке Лего». Больные были разделены на 2 группы. 1 группа – 42 больных с тяжелыми формами острых отравлений этанолом без признаков хронической алкогольной интоксикации. У пациентов этой группы исследованы показатели крови: АЛТ как при поступлении, так и на 3 сутки были в пределах нормы (0,5- 0,7 мкмоль/л); АСТ имела тенденцию к росту (0,8 мкмоль/л); уровень мочевины в пределах нормы (5,4-5,9 ммоль/л). 2 группа - 56 пациентов с острыми отравлениями этанолом тяжелой степени на фоне хронической алкогольной интоксикации. Для них характерны следующие показатели крови (мкмоль/л): АЛТ (1,4-1,9) и АСТ (1,1-1,3) значительно выше нормы, что может свидетельствовать о цитолитическом синдроме; был резко повышен уровень мочевины – 10,2 ммоль/л при поступлении и 14,2 ммоль/л на 3 сутки. Следует отметить, что частота развития осложнений значительно выше именно у больных 2 группы: в 1 группе шок у 1, во 2 – у 24, аспирационный синдром (соответственно у 2 и 14), гипогликемия (у 2 и 17), пневмония (0 и 19), делириозный синдром (0 и 31). На фоне проведения интенсивной терапии регистрировалась тенденция изучаемых показателей к уменьшению. Существенно различалось и течение острых отравлений этанолом в длительности пребывания больных в стационаре. В группе без наличия хронической алкогольной интоксикации она составила $3,4 \pm 0,45$ суток, тогда как в группе с наличием хронической алкогольной интоксикации – $8,2 \pm 1,2$ суток. **Выводы:** В формировании тяжести состояния больных с острыми тяжелыми отравлениями этанолом, помимо непосредственно токсических механизмов действия этанола, его метаболитов и развившихся неспецифических поражений, существенную роль играет прогрессирование фоновой патологии в виде хронической алкогольной болезни, зачастую являющейся ведущим механизмом тяжелого течения химической травмы.

ОЦЕНКА СЛУХО-МОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Габдулина Т.А., Насибуллина Г.Ш., студентки ОЛД-513 лечебно-профилактического факультета УГМУ

Кафедры психиатрии (зав. каф. - д.м.н. профессор Ретюнский К.Ю.)

Научные руководители: доцент Т.С. Петренко, к.м.н. А.А. Прокопьев

Цель работы: оценить параметры слухо-моторных реакций студентов разных курсов обучения Уральского Государственного Медицинского Университета (УГМУ). **Материал и методы исследования:** Всего было обследовано 94 студента в возрасте от 17 до 25 лет, лица мужского пола составили – 35 человек и женского – 59. Исследуемые были разделены на две группы: I группа - студенты с первого по третий курс ($n=43$) и II группа – студенты 4-6 курсов и врачи-интерны ($n=51$). Для оценки слухо-моторных реакций студентов был использован пакет тестов «Test.Sens», разработанный на кафедре психиатрии УГМУ. В тестировании принимали участие студенты, предварительно согласившиеся на проведение данного исследования без раскрытия личных данных. Комплекс тестов включал определение простой и сложной слухо-моторной реакции. Все студенты проходили тестирование в одинаковых условиях, во второй половине дня (с 18:00 до 20:00). Каждому исследуемому был проведен инструктаж по прохождению теста. Для проведения теста на определение простой слухо-моторной реакции ПСМР, исследуемый должен нажать на клавишу один раз при появлении звука. Тест необходимо проводить два раза со звуковым сигналом частоты в 500 Гц и 3000 Гц. Число повторений обоих тестов по 30 раз. При прохождении теста на определение сложной слухо-моторной реакции ССМР, исследуемый должен нажать клавишу один раз в момент появления звука и один раз в момент окончания. Тест необходимо проводить два раза со звуковым сигналом частоты в 500 Гц и 3000 Гц. Число повторений обоих тестов по 30 раз. **Результаты:** При проведении теста на определение простой слухо-моторной реакции нет достоверных различий вне зависимости от частоты звука (500Гц и 3000Гц), как внутри групп, так и между группами. При проведении теста на определение сложной слухо-моторной реак-

ции в начале теста (при появлении звука в 500Гц) выявлено достоверно меньшее время в первой группе ($0,52 \pm 0,04$ сек), чем во второй ($0,58 \pm 0,01$ сек). При проведении теста на определение сложной слухо-моторной реакции в начале теста (при появлении звука в 3000Гц) выявлено достоверно меньшее время в первой группе ($0,54 \pm 0,02$ сек), чем во второй ($0,58 \pm 0,01$ сек). **Выводы:** 1. Установлено, что время слухо-моторных реакций у студентов младших курсов достоверно меньше по сравнению с одноименными показателями студентов старших курсов. Эти результаты свидетельствуют о снижении адаптивных возможностей к нагрузкам у студентов старших курсов. 2. Развитие методов оценки психофункционального состояния человека открывает возможность исследовать адаптивные способности психики и разрабатывать меры профилактики расстройств, связанных с перенапряжением психики.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Галиханова Ю.И., студентка 419 группы леч. факультета ИГМА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. – д.м.н., профессор Попова Н.М.).

Научный руководитель: к.м.н. Толмачев Д.А.

Цель работы: анализ факторов, оказывающих влияние на репродуктивное поведение населения г. Ижевска Российской Федерации. **Материал и методы исследования:** исследование проводилось на базе БУЗ УР ГКБ №9 МЗ УР г. Ижевска. С целью изучения факторов нами была составлена анкета из 15 вопросов. Опрошено 158 пациентов, в т.ч. 129 женщин (81,6%) и 29 мужчин (18,4%). Опрашивались как замужние (85 человек – 65,9%), так и незамужние женщины (44 человека – 34,1%). **Результаты:** средний возраст опрошенных женщин составил 30,8 лет, мужчин – 29,4 лет. Среднее число имеющихся у женщины детей составило 0,94. У женщин, состоящих в браке, оно равнялось 1,01, а у незамужних – 0,80. По результатам анкетирования 41,1% женщин имеют одного ребенка, 36,4% – не имеют детей (среди незамужних – 47,7%). Имеют двух детей только 16,3% женщин. 6,2% женщин из всей совокупности имеют троих и более детей. На решение многих женщин родить ребенка являлось стремление создать настоящую семью. Немаловажное значение в репродуктивном поведении имеет планирование семьи. Преимущественное большинство женщин указали, что не пользуются никакими способами предохранения от беременности. Делали аборт на разных сроках беременности 30,2% женщин. Одного ребенка хотели бы иметь практически все респонденты. Только 2,3% женщин не хотели иметь детей вообще. Ограничить семью одним ребенком пожелало 6,2% женщин и 6,9% мужчин, 52,7% женщин и 65,6% мужчин хотели бы воспитать двоих детей. Троих и более детей хотели бы иметь 38,8% женщин и 27,5% мужчин. Причинами, которые мешают рождению желаемого числа детей, являются плохое материальное положение, проблемы со здоровьем и получение образования. Среди жизненных целей главными для мужчин и женщин являются материальное благополучие, собственное жилье, воспитание одного ребенка, образование и карьерный рост. Цель «вырастить троих и более детей» занимает последнее место у опрошенных. По данным опроса, молодые семьи ожидают от государства предоставление «материнского капитала» и улучшение жилищных условий. **Выводы:** таким образом, нами были проанализированы факторы, влияющие на репродуктивное поведение населения и рождаемость. К ним относятся жизненные цели, семья, желание супругов иметь детей, финансовые и жилищные условия, помощь государства.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ

Гиёсова Н.О., Гафарова С.У., Хамроев С.Б., БухГМИ

Кафедра факультетской и госпитальной терапии (научный руководитель: к.м.н. Икрамова Ф.А.)

Цель работы: Оценка метаболического и нефропротективного эффекта длительного применения лизиноприла у больных сахарным диабетом 2 типа с микроальбуминурией (МАУ) в амбулаторных условиях. **Материал и методы исследования:** Обследован 21 пациент с СД 2 типа. В исследование отбирались лица с длительностью компенсации не менее 3 месяцев сопоставимые по возрасту, полу и длительности заболевания. Больные разделены на 2 группы: 1 группа была только на сахароснижающей таблетированной терапии и не получала иАПФ, 2 группа принимала иАПФ Лизиноприл в дозах от 5-10 мг в начале лечения (в среднем 7,5 мг). Исходно все больные имели МАУ, т.е. альбумин в разовой порции мочи $>20 - <200$ мг/л, что соответствует 3 стадии ДН. **Результаты:** При исследовании внутрипочечной гемодинамики у больных обеих групп уже на стадии МАУ исходно отмечалось снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), несмотря на небольшой стаж заболевания, но уровни креатинина и мочевины оставались в пределах нормы. Уровень СКФ и креатинина на фоне лизиноприла фактически не изменились, а содержание мочевины имело тенденцию к снижению. При мониторинге уровень МАУ достоверно снизился во 2 группе только на 6 месяц ежедневного приема лизиноприла. Снижение МАУ к 6 месяцу приема лизиноприла составило 58,6%. Уменьшение МАУ во 2 группе наблюдалось у 100 % больных. У 44,4% больных 2 группы уровень альбумина в моче нормализовался, стал нормоальбуминурией 20 мг/л, у 55,6% больных уровень альбумина в моче снизился, но остался на уровне МАУ. Нормализация МАУ наблюдалась у больных с продолжительностью заболевания до 4 лет ($4,0 \pm 0,9$ лет), а отсутствие нормализации было у больных с продолжительностью заболевания свыше 5 лет ($6,4 \pm 0,85$ лет) вне зависимости от наличия или отсутствия гипертонии. Исходно в контрольной группе МАУ наблюдалась у 100% больных, хотя только у 14,3% больных было повышенное АД, в контрольной группе МАУ прогрессивно и достоверно увеличивалась уже через месяц, на 6 месяц увеличение составило в 2,6 раза. У 50% больных МАУ прогрессировала в макроальбуминурию. Показатели АД $\sim 140/90$ мм рт. ст. были в I группе у 14,3%, во второй группе у 88,9%. Уровень АД в контрольной группе постоянно повышался: дневное САД достоверно повысилось с 131,4 до 145,0 мм рт. ст. ($P < 0,05$), а ДАД с 81,4 до 85,0 мм рт.ст. ($P < 0,05$), АД измеренное ночью имело аналогичную тенденцию. Повышение АД сопровождалось учащением час ($P < 0,05$) и достигло диагностических критериев АГ у 85,7%. Во второй группе отмечалось достоверное снижение дневного САД и ДАД уже к I месяцу лечения, а ночное ДАД даже к 6 месяцу не снизилось достоверно. Целевых уровней АД 130/80 достигли к 6 месяцу лечения в среднем на 3,6 мг лизиноприла 66,7% больных с СД 2 типа. В обеих группах сахароснижающая терапия не менялась, но при этом уровень HbA1c в первой группе имел достоверное увеличение с 7,09% до 7,54% ($P < 0,05$). Во второй группе на фоне ежедневного приема лизиноприла отмечалось достоверное снижение гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина ($P < 0,05$) к 6 месяцу лечения. **Выводы:** Длительный прием Лизиноприла сопровождался достоверным снижением уровня гликированного гемоглобина к 6 месяцу лечения на фоне достоверного улучшения показателей гликемии натощак и через 2 часа после еды, тенденцией к снижению уровня холестерина. Благоприятный метаболический и нефропротективный эффект у компенсированных больных СД 2 типа с МАУ проявляется на фоне длительного 6 месячного приема Лизиноприла.

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ И ВОСТРЕБОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННОЙ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Грязева А.С., Торопова Д.С., Малыгин А.Л. студенты 406 группы пед. факультета

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Попова Н.М.

Цель работы: оценка и анализ доступности и востребованности электронной записи в поликлиниках Удмуртской Республики и выявление недостатков организации медицинской помощи. **Материал и методы исследования:** для изучения мнения населения была разработана анкета и проведён социологический опрос посетителей ГКБ №2 города Ижевска. Количество анкетированных составило 197 человек. Анкета включала 10 вопросов закрытого типа. При оценке сведений учитывались пол, возраст опрошенных, отзывы пациентов, также среднее время, проведенное в очереди к окну регистратуры и на приём к врачу. Анкетированные отвечали на вопросы о частоте использования электронной записью, сроках рассмотрения поданной заявки, удобство использования и эффективности. **Результаты:** по данным Республиканского медицинского информационно аналитического центра Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, число граждан, использующих электронную регистратуру, возросло с 65000 в 2014 году до 384 000 в 2015 году. Услуга электронной записи осуществляется на портале г. Ижевска IGIS.RU. В разделе «Запись к врачу» выбирается лечебное учреждение, а в расписании работы больницы выбирает врача и желаемое время записи. Затем вводится фамилия больного и номер страхового медицинского полиса для идентификации. В случае успешной записи необходимо подойти в регистратуру с паспортом и страховым полисом за 10 минут до назначенного времени приема. Электронная регистратура предоставляет пациентам возможность планирования посещений к врачу и сокращения времени ожидания. Она предназначена для выполнения функции равномерного распределения нагрузки на врача и регистраторов консультативной поликлиники в течение рабочего дня, решает проблему с очередями. В ходе исследования нами были получены следующие результаты: все респонденты знают о электронной записи, среди всех опрошенных электронной регистратурой пользуется 47% пациентов, из них доля пожилых людей составляет всего 14%, что обусловлено низкой осведомленностью и отсутствием возможности использования компьютеров. Лица женского пола составили 71% всех анкетированных. Пациенты удовлетворены работой электронной очереди на 32%, а регистратурой на 56%. 46 % респондентов используют ее «иногда», то есть при нехватке времени, по просьбе родственников, 12 % используют ее «часто», то есть при каждом обращении в поликлинику, 42 % предпочитают записываться традиционным способом. Время, проведенное в очереди к врачу: 10 - 20 минут - 52 %, 20 - 30 минут - 41 %, более 30 минут - 7 %. По данным опроса, по субъективным ощущениям респондентов время пребывания в очереди по сравнению с периодом, когда не было электронной регистратуры и электронной очереди, значительно уменьшилось. Анкетированные не удовлетворены организацией работы поликлиники в целом в 56% случаев. **Выводы:** 100% населения осведомлено о возможности записи к врачу с помощью электронной регистратуры. Среди пользователей встречаются все категории граждан. Имеются недостатки в организации работы поликлиники, но время пребывания в очереди сократилось.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ИНГОЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЗЛ И ДРУГИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Даминов Р.У., Азизова Р.А., Валиева Т.А.

Кафедра ВОП терапии, клинической фармакологии, ТашПМИ

Ежегодно в мире регистрируется более 100 миллионов случаев заболевания с бронхообструктивным синдромом, в том числе и бронхиальной астмой. В настоящее время эффективность проводимой фармакотерапии низкая и зачастую встречаются рецидивы бронхиальной астмы. **Цели работы:** С целью предотвращения рецидивов у больных с бронхиальной астмой различной степени тяжести проведение контроля эффективности фармакотерапии комбинированного препарата беродуала, введенный ингаляционным путем - небулайзером. **Материал и методы исследования:** Изучены 22 истории болезней больных, лечившихся во взрослой клинике ТашПМИ с диагнозом бронхиальная астма средней и тяжелой тяжести состояния в сопоставлении с литературными данными. Из них 12 больных получали препарат беродуал через ингалятор небулайзер в индивидуальной дозе (2 - 3 мл), ежедневно в течении 7 дней 3 раза в день. Небулайзер способствует фиксации функциональных нарушений дыхательной системы быстро, просто и точно. Механизм образования аэрозоля зависит от прохода сжатого воздуха через канала подачи раствора лекарства, который проходит через внутреннее отверстие, где расположены заслонка, переходя через неё преобразуются на мелкие частицы от 5-10 мкм, 2-5 мкм, 0,5-2 мкм. Частицы препарата переходя эти пути оказывают влияния на - верхние;- нижние дыхательные пути и на альвеолы, соответственно. 10 больных - контрольная группа получала из группы ксантинов - раствор эуфиллина 2,4 % в соответствующей дозе, внутривенно и антигистаминные препараты раствора димедрола и зодак. Проведены клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Полученные данные статистически обработаны. Были проведены анализы литературных данных. Возникновение бронхообструктивного синдрома участвуют многие факторы, обусловленных повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов а также отёка слизистой оболочки и гиперсекреции бронхиальных желез, который имеет обратимый характер обтурации бронхов. Бронхообструктивный синдрому свойствен совокупность бронхоспазма, отёка (воспалительного или не воспалительного генеза) слизистой бронхов, а также усиление продукции секрета бронхиальных желез. Клинически бронхиальная астма сопровождается нарушением внешнего дыхания, который варьирует разной степени дыхательной недостаточности (затрудненный вдох или выдох). Изменение тонуса гладких мышц бронхов и высвобождение гистамина тучными клетками, способствуют снижению отёка (за счёт блокирования H-2 рецепторов) в слизистой бронхов. **Результаты:** У больных после ингаляции эффект наступал в течении 10-15 мин. и больных улучшалось, так как применение беродуала с помощью ингалятора небулайзера способствовало быстрому проникновению препарата до мелких бронхов, вызывая бронходилатацию, улучшает отделение мокроты. По сравнению с контрольной группой в исследуемой группе отмечалось нормализация картина крови в 2 раза быстрее. Для контроля показателя улучшения дыхания у больных проводились спирометрические исследования с помощью пикфлоуметра - портативного прибора для измерения пиковой скорости выдоха, т.е. максимальной скорости воздушного потока при форсированном вдохе. Исследования показали при ингаляции беродуала - у мужчин в возрасте 50 лет, средним ростом 170-175 ровняется к 600 ± 242 (л/мин), у женщин в возрасте 50 лет с ростом 155-165 ровняется к 530 ± 128 (л/мин), а у контрольной группы показатели ниже. **Выводы:** Таким образом, при заболевании бронхиальной астмой средней и тяжелой тяжести применение препарата беродуала с помощью ингалятора небулайзер оказалось эффективнее в 2-3 раза, по сравнению с контрольной группой. Способствовало снижению возникновения рецидивов и новых приступов.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗЕ

Даньлиев Ю.М., студентка 5 курса, 3 медицинского факультета

Кафедра детских инфекционных болезней (зав. кафедры - д.м.н., профессор Крамарев С.А)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Выговская О.В.

В мире зарегистрировано более 250 видов гельминтов. В последние десятилетия во всем мире наблюдается значительный рост распространенности аллергических заболеваний среди всех возрастных групп. Особенно высокие темпы этого процесса наблюдаются в детском возрасте. По данным эпидемиологических исследований, которые проводились в Европейских странах среди детского населения, распространенность бронхиальной астмы достигает 24%, аллергического ринита до 25,3%, атопического дерматита до 15-20%. Например, среди детей с атопическим дерматитом паразитоз обнаруживаются в 69,1%, при этом гименолепидоз из числа всех инвазий составляет 8,5%. **Цель работы:** изучить клинико-параclinical особенности протекания бронхиальной астмы на фоне гименолепидоза. **Материал и методы исследования:** общеклинические данные; обследование сердечно-сосудистой системы (электрокардиография, оценка вегетативной регуляции, давление в легочной артерии по методу Душанина); обследование легочной системы (спирография); обследование желудочно-кишечного тракта (УЗИ органов брюшной полости); использована таблица Соловьевой А.Д. (1981 г.); анализ кала для обнаружения яиц цепня в кале. **Результаты:** Дети школьного возраста с бронхиальной астмой были разделены на 2 группы: I группа - 12 детей с выявленным гименолепидозом и II группа - 15 детей без проявлений паразитозов. Дети лечились в аллергологическом отделении областной больницы и выбирались и обследовались в порядке поступления. Возраст детей в обеих группах составил в среднем 8,3 года. У детей I группы преобладали признаки поражения желудочно-кишечного тракта: функциональные холепатии (по данным УЗИ органов брюшной полости) - 91,7%, хронические тонзиллиты различных форм - 75,0%, кариес зубов - 66,7%, признаки хронического гастрита или гастродуоденита - 41,6%. С этим связана и большая частота диспептических признаков у данной группы детей по сравнению с детьми без гименолепидоза. В 9 детей (75,5%) и группы в анамнезе наблюдались аллергические реакции на антибиотики - 6 детей (66,7%), сульфаниламиды - 4 (44,5%), витамины - 4 (44,5%), оральные антисептики - 3 (33,3%), чувствительность к стандартной начальной дозы эуфиллина - 1 (11,1%), пищевые аллергены - 7 (77,8%). У детей II группы поливалентные аллергические реакции наблюдались у 33,3% детей, и это касалось в основном пищевых трофоаллергенов. У детей I группы в 66,7% были проявления анемии I степени, а у 2 детей - II степени. Количество эозинофилов в двух группах была повышенной 5,8-6,4% и 0,6% и достоверно не отличалась. По форме в I группе преобладала смешанная 41,7%, во II группе - инфекционно-аллергическая астма - 40,0%. Хотя процент детей с изолированной атопической БА в первой группе был выше, чем во II-й - 33,3% и 26,7% соответственно. Данные спирографии: для детей I группы был характерен более выраженный комбинированный тип вентиляционной недостаточности II-III степеней 58,4%. Во время приступа преобладали признаки симпатической реакции (особенно у детей I группы). Вегетативная реактивность во всех группах была гиперсимпатикотоничной. **Выводы:** 1) клиническими особенностями течения бронхиальной астмы у детей с гименолепидозом есть разные проявления астено-вегетативного синдрома в сочетании с диспепсией, анемией и беспричинными кожными высыпаниями, поливалентной лекарственной непереносимостью; 2) особенностями респираторного синдрома - устойчивостью obstructивного синдрома, сочетание приступов удушья с вазомоторным ринитом, симпатико вегетативный окрас приступов, тяжесть подбора лечебных средств, отсутствие стабильного протекания астмы, несмотря на проведение базисной терапии в соответствии со степенью тяжести.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФИБРОБЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ

Джуманазаров И.И., Рахматов А.Б., резиденты магистратуры, Аметова А.С.

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав. кафедрой: доц. Мустафакулов И.Б.) СамМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ашуров А.А.

Денситометрия тканей легких отражает количественные характеристики диффузных и ограниченных воспалительных процессов различного течения. В отечественной радиологии методы диагностики и количественной оценки инфильтрации и пневмофиброза КТВР (компьютерная томография высокого разрешения), КТ-денситометрия легочной ткани практически не используется у больных с острой пневмонией и ХОБЛ (хроническая obstructивная болезнь легких). **Цель работы:** Выявить дифференциально-диагностические критерии компьютерной томографии высокого разрешения и КТ-денситометрии при пневмонии и пневмофиброзе. **Материал и методы исследования:** Нами изучено диагностическое значение и информативность различных методов лучевого исследования (традиционной рентгенографии, КТВР, КТ-денситометрия) в уточнение деталей, характера и объема поражения легких при пневмонии у 56 больных в возраст от 37 до 49 лет (мужчин-34, женщин-22). **Результаты и их обсуждение:** При анализе результатов традиционной рентгенографии и КТ (компьютерная томография) исследовании выделили ведущие рентгенологические признаки: множественные полигональные формы участков понижения прозрачности легочной ткани (65,2%), одиночный участок понижения прозрачности легочной ткани (26,7%) и диффузное изменение интерстициального рисунка. КТВР позволяет уточнить локализацию и распространенность процесса, выявить дополнительные изменения в участке консолидации и окружающей легочной ткани, а именно: неоднородность участков понижения прозрачности легочной ткани по типу консолидации или «матового стекла» (60,7%), - наличие перифокальных изменений в виде окружающих зон консолидации участков утолщенного интерстиция (как междолевого, так и перибронховаскулярного), внутридольковых узелков различной плотности, «матового стекла», лентовидных уплотнений субплеврального интерстиция (83,9%); перилобулярная консолидация как основных интерстициальных изменений выявлялись 25%. По результатам РГ (рентгенография) и КТВР больные разделены на 2 группы: I группа (с острой пневмонией) - 35 больных, II группа (с ХОБЛ) - 21 человек. КТ-денситометрии у 22 больных с острыми воспалительными процессами (I группа) выявлено уплотнение паренхимы легких до 720 НУ, 7 случаях снижение плотности (повышение воздушности) до >846 НУ из-за компенсаторной эмфиземы в интактных участках легких. У больных II группы (с ХОБЛ) 21 случаях понижение плотности легочной ткани до >900 НУ вследствие снижения воздушности легких в верхних отделах и повышение плотности в пораженных участках (преимущественно в нижне-базальных зонах) до -748 НУ. Результаты КТ-денситометрии после соответствующего курса противовоспалительной терапии выявили резкое снижение плотности паренхимы легких у больных I группы, а незначительное изменение (снижение) у больных II группы в пораженных участках из-за фиброзных процессов. **Выводы:** Таким образом, измерение плотности паренхимы легких с помощью КТ-денситометрии является дополнительным, информативным и ценным диагностиче-

ским критерием (91%) при дифференциальной диагностики воспалительного процесса и пневмофиброза в легких учитывая, что информативность обычной рентгенографии ограничена.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА И α - ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Дониёров Н.Э., Ким О.В., резиденты магистратуры 3 и 2 года обучения

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии СамМИ (зав. каф. - д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.

В плане терапии больных с проявлениями метаболического синдрома (МС) особую роль играет коррекция важнейших патогенетических звеньев. Это требует применения рациональной терапии, которая, кроме базисного лечения, в некоторых случаях требует обязательного назначения статинов. Однако статины все-таки являются дорогостоящими препаратами, в ряде случаев приводят к изменению ферментативной активности и изначально противопоказаны больным с тяжелым нарушением функции печени. В связи с этим проблема поиска эффективных, безопасных и недорогих препаратов для проведения терапии метаболического синдрома является актуальной. **Цель работы:** Изучить эффективность применения Омакора и α -липовой кислоты у больных абдоминальным ожирением (АО) с проявлениями МС. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 33 больных с абдоминальным ожирением. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное исследование, которое включало: измерение линейного роста и веса, определение индекса массы тела, измерение окружности талии, уровня гликемии, общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов (ТГ), измерение артериального давления (АД). Из общего числа пациентов были составлены 3 группы: 1 группа (11 человек), получала традиционную терапию метфогаммой, гипокалорийную диету, а также ежедневные физические нагрузки. 2 группа (11 человек) - помимо традиционной терапии получила дополнительно Омакор (1000 мг) по 1 капсуле 2 раза в сутки в течении 12 недель и 3 группа (11 человек) - традиционную терапию в сочетании Омакор и α -липовой кислоты (300) per os по 1 капсуле 2 раза в день в течении 12 недель. **Результаты:** При оценке индекса Кетле через 12 недель было отмечено существенное его снижение у больных 3 гр. в среднем на $2,7 \pm 0,6$ кг/м², тогда как у больных 2 гр. не смотря на снижение массы тела, она не входила в пределы доверительных границ. У больных 1 гр. отсутствовала динамика. При анализе динамики объема талии лучший результат был выявлен в 3 гр. Так при изначальном объеме талии $98,4 \pm 1,8$ см у женщин и $107,9 \pm 3,8$ см у мужчин, через 12 недель применения показали, что данная терапия имела значительный успех $91,3 \pm 1,2$ см у женщин и $102,2 \pm 2,9$ см у мужчин. Динамическое наблюдение АД показало, что в 2 и 3 гр. произошло достоверное снижение систолического и диастолического давления по сравнению с 1 группой больных. При оценке биохимических показателей липидного спектра было выявлено: уровень ОХ исходно во всех в гр. превышал приемлемый показатель $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л; $6,3 \pm 1,6$ ммоль/л и $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группе соответственно. Лучший результат был констатирован у больных 3 гр. - $4,9 \pm 1,4$ ммоль/л, тогда в 1 группе он оставался почти на тех же цифрах. Анализ уровня ХС ЛПНП показал, его положительную динамику во всех группах. У абсолютного большинства больных был констатирован факт снижения ХС ЛПВП. Через 12 недель уровень ХС ЛПВП находился в нормальных пределах только в 3 гр. и составил $1,32 \pm 0,09$ ммоль/л (при исходном $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л). Положительная динамика отмечалась у уровне ТГ 2,3 гр. $1,6 \pm 0,14$ ммоль/л, $1,6 \pm 0,12$ ммоль (при начальном уровне $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л, $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л соответственно). Тошачковая гликемия во всех группах имела положительную динамику, наиболее выразившаяся в 3 группе. **Выводы:** Таким образом, данные проведенного нами исследования позволяют сделать вывод о высокой эффективности проводимых терапевтических мероприятий больных получивших сочетание препаратов Омакор и α -липовой кислоты.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Дониёров Н.Э., Ким О.В., резиденты магистратуры 3 и 2 года обучения СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф.- д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.

В последние годы многочисленные наблюдения и исследования подтвердили, что избыточное накопление абдоминальной жировой ткани, как правило, сопровождается метаболическими нарушениями и в значительной мере увеличивает риск развития артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, атеросклеротических заболеваний, то есть составляющих метаболического синдрома (МС). **Цель работы:** Целью нашего исследования явилось изучение частоты выявления нарушений углеводного обмена у больных с абдоминальным ожирением. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 37 больных с абдоминальным ожирением в возрасте 40-70 лет. Обследование проводилось на базе кафедры Эндокринологии Самаркандского Областного эндокринологического диспансера. Всем пациентам определяли уровень гликемии натощак и постпрандиальную гликемию, проводили оральный глюкозотолерантный тест, определяли уровень гликированного гемоглобина. **Результаты:** Изучение уровня глюкозы натощак у больных с абдоминальным ожирением показало, что повышению уровня тошачковой глюкозы выше $6,1$ ммоль/л наблюдалось у 38% (14 человек), при этом средний уровень глюкозы составил $7,3 \pm 1,1$ ммоль/л. При проведении определения толерантности к глюкозе, было выявлено, что общее количество больных с абдоминальным ожирением, у которых имелось нарушение толерантности к глюкозе составило 56,7%, при этом в эту группу вошли больные с повышением уровня тошачковой глюкозы. Так средний уровень постпрандиальной гликемии находился в пределах $10,2 \pm 1,1$ ммоль/л. При повторных определениях концентрации тошачковой глюкозы в плазме крови было выявлено, что уровень ее у 35,13% (13 человек), также оставался на патологическом уровне и составил в среднем $8,1 \pm 1,1$ ммоль/л. Данные факты говорили о том, что у этой категории больных начал развиваться сахарный диабет 2 типа. При целенаправленном опросе были выявлены начальные признаки сахарного диабета, такие как частые рецидивирующие инфекции (72%), зуд половых органов (52%), фурункулез (29,7%). Эти больные были взяты на учет, с последующим назначением сахаропонижающей терапии. Почти в абсолютном большинстве у больных с повышенным уровнем глюкозы 36,1% (13 человек) было выявлено повышение гликированного гемоглобина, который составил в среднем $7,0 \pm 0,2$, что говорило о длительности и тяжести нарушений углеводного обмена. **Выводы:** Таким образом, по результатам нашего исследования можно заключить, что, у большинства больных с абдоминальным ожирением наблюдаются нарушения углеводного обмена – одного из проявлений метаболического синдрома, что требует проведения у данных больных терапии, для предотвращения развития осложнений компонентов метаболического синдрома.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ
Джумаева М.И., студент 606 группы фак. мед. пед., Исломова К.А., Ташинова Л.Х. ассистенты СамМИ
Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: проф. Тоиров Э.С.

Изменения в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) при ревматоидном артрите (РА) известно издавна, однако, трудности дифференциальной диагностики между поражением ЖКТ при РА и гастропатиями, обусловленными действием лекарственных препаратов, а также отсутствие данных о патогенезе поражений ЖКТ, не позволяли четко представить характер патологического процесса в гастро-дуоденальной зоне при этом заболевании. **Цель работы:** Изучение клиническую симптоматику и данных инструментальных исследований поражений гастродуоденальной зоны у больных ревматоидным артритом. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 48 больных (38 женщин, 10 мужчин) ревматоидным артритом (РА). Специальные методы исследования включали эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки, выяснение жалоб больных, характерных для поражения гастродуоденальной зоны, уточнение гастродуоденального и ревматического анамнеза. Из лабораторных исследований проводились общий анализ кала, исследование «скрытого» кровотечения (реакция Грегерсена). Окончательный диагноз гастродуоденальной патологии ставился при помощи гастрофиброскопа фирмы «Олимпус» (Япония). **Результаты:** Были выявлены клинические признаки поражения желудка и кишечника у больных РА. Клиническими проявлениями гастродуоденальных поражений являются понижение аппетита у 20 (41,6%), боль в эпигастриальной области у 14 (29%) ноющего характера, обложенность языка у 16 (33%), чувство переполнения желудка у 6 (12,5%). При физикальном исследовании боль наиболее чаще располагается в эпигастриальной области (18%), по всему животу у 12 (14%) и в проекции двенадцатиперстной кишки (10%). При эндоскопическом исследовании эрозивные поражения двенадцатиперстной кишки в основном выявлены у больных молодого возраста (средний возраст 31,2±3,0 лет). Единичные эрозии – у 15 (31,2%), множественные эрозии – у 8 (16,7%). Язвенные поражения наблюдались в основном у больных среднего возраста (41,2±125 лет) – у 9 (18,8%) пациентов. А также воспалительные изменения желудка и двенадцатиперстной кишки отмечались у пациентов старшего возраста (55,4±3,8 лет) – у 16 (33%). Средняя продолжительность заболевания у больных с воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны (12,4±3,1 лет) оказалась в среднем 2,5 раза больше, чем у больных с эрозивными поражениями. Гастродуоденальная система у больных РА наиболее чаще поражается при приеме неселективных НПВП (индометацина, ортофена, диклофена, напроксена) и приеме глюкокортикоидов (преднизолон внутрь). Указаны пути профилактики поражений ЖКТ при РА при помощи гастропротекторов (ранитидина по 150 мг 2 раза в сутки, омепрозола 20 мг 1 раз в сутки по 8-10 дней) и применением ингибиторов ЦОГ-2 (мелбека, нимесила, целебрекса). **Выводы:** При РА наблюдаются различные симптомы гастродуоденальных поражений. Увеличение возраста больных, продолжительности заболевания, повышение степени функциональной недостаточности суставов являются основными факторами, определяющими частоту гастродуоденальных нарушений. В возникновении этих нарушений важное значение имеют и медикаментозные факторы: продолжительный прием НПВП, гормонов и базисных средств.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Жураева Н.А., резидент магистратуры
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии, МЗ
Научный руководитель: к.м.н. Убайдуллаева Н.Б.

Тиреотоксикоз – синдром, наличие которого связано с повышенным содержанием тиреоидных гормонов в крови, что встречается при различных заболеваниях или экзогенном избыточном поступлении тиреоидных гормонов. При этом заболеваемость диффузным токсическим зобом (ДТЗ) составляет от 1 до 2 случаев на 1000 человек. 2,7% женщин и 0,2% мужчин болеют диффузным токсическим зобом. Наиболее часто диффузный токсический зоб встречается у женщин в возрасте от 18 до 40 лет репродуктивного возраста. **Цель работы:** Оценить качество жизни женщин с диффузно-токсическим зобом. **Материал и методы исследования:** Проведено анкетирование 20 женщин с ДТЗ, которые составили основную – 20 (60,0%), контрольную группу составили 12(40,0%) пациенток. средний возраст составил 35,0±3,7 лет (Me 35,0лет; IQR 32,3-37,8). Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey - MOS SF-36). Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 и Biostat. **Результаты:** анализ данных опросника показал снижение всех составляющих физического компонента здоровья по сравнению с показателем контрольной группы. Так, отмечалось снижение физического и ролевого функционирования соответственно на 15,1% и 27,9%, компонента телесной боли на 40,8% и общего состояния здоровья на 37,3%. Изучение составляющих психологического компонента здоровья также выявило снижение показателя жизненной активности на 51,3%, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием пациентов на 49,9%, социальное функционирование на 35,3% и психологическое здоровье на 44,1%. **Выводы:** Таким образом, у женщин с ДТЗ наблюдается снижение как физического, так и психологического компонентов качества.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Закирьяева П.О.

Кафедра внутренних болезней № 4 с гематологией (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)
Научный руководитель: Ходжиева Н.С.

По современным представлениям, воспаление дыхательных путей является основным морфологическим признаком бронхиальной астмы (БА), определяющим ее клинические симптомы и нарушение функции внешнего дыхания (ФВД). Поскольку биохимические нарушения предшествуют морфологическим изменениям в легких, особое внимание многих исследователей сосредоточено на изучении роли оксида азота (NO) и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). **Цель работы:** Оценка активности параметров оксида азота (NO)- и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ)-зависимых процессов в дыхательных путях при различных клинических формах БА и его взаимосвязи с нарушениями функции внешнего дыхания (ФВД). **Материал и методы исследования:** Тяжесть БА была классифицирована с учетом текущей ступени лечения на основе признаков, сохраняющихся в течение последних 2 недель до включения в исследование. У 8 человек была выявлена легкая, у 19-среднетяжелая и у 12 больных-тяжелая форма течения БА. Средний возраст пациентов БА составил 52,51±22,35 года, длительность заболевания – от 1,5 до 47 лет. Контрольная группа была сопоставима по возрасту и полу. У всех обследованных больных, в отличие от здоровых лиц, наряду с клиническими проявле-

ниями заболевания регистрировалось значительное снижение всех изучаемых показателей ФВД. При определении уровня бронхиальной обструкции установлено достоверное снижение показателей, характеризующих проходимость мелких (МОС25) и средних (МОС50) бронхов больных БА, тогда как крупные бронхи были вовлечены в процесс гораздо в меньшей степени, о чем свидетельствовали статистически незначимые изменения МОС75. С целью уточнения влияния маркеров воспаления на развитие реактивного иммунопатологического ответа была изучена плотность связи IL-4, TNF- α , NO и IgE у больных БА. **Выводы:** Результаты показали, что при БА NO-продуцирующая функция дыхательных путей опосредуется мощной аккумуляцией провоспалительных клеток в респираторной системе и их высокой метаболической активностью, проявляющейся в выработке провоспалительных цитокинов, регулирующих иммунопатологическое воспаление.

ОЦЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Закирьяева П.О.

Кафедра внутренних болезней № 4 с гематологией (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: Ходжиева Н.С.

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) последние 10 лет имеют тенденцию к росту высокий уровень инвалидизации и летальности среди больных с этой патологией придают проблеме своевременной диагностики и лечения интерстициальных заболеваний легких важное медицинское и социально-экономическое значение. **Цель работы:** Представить комплексную медико-социальную и клинико-статистическую оценку качества и эффективности медицинской помощи больным интерстициальными заболеваниями легких на догоспитальном этапе. Задачи исследования: представить анализ потребности больных интерстициальными заболеваниями легких в различных видах медицинской помощи, определить объем и качество терапевтических услуг при первичных обращениях в поликлинику и терапевтический стационар, дать экспертную оценку качества пульмонологической помощи больным с ХОЗЛ на амбулаторном этапе. **Результаты:** Проведена экспертная оценка качества специализированной пульмонологической помощи при диспансерном наблюдении. Выявлены субъективные оценки пациентов качественных характеристик клинико-диагностических услуг в поликлинике и специализированном пульмонологическом стационаре. Проведены медико-социологические исследования среди врачей пульмонологов и участковых врачей поликлиник с оценкой качества диагностики и эффективности, лечения. Для большинства интерстициальных заболеваний характерно отсутствие выраженных патогномичных симптомов в начальном периоде, что влияет на своевременность и качество диагностики. Больным ХОЗЛ в поликлиниках необоснованно назначались антибактериальные препараты (34,2%), причем 19,6% из них еще на этапе дифференциальной диагностики. Среди больных, направленных поликлиникой в противотуберкулезный диспансер 46,8% пациентов с установленным ошибочным диагнозом принимали противотуберкулезные препараты (причем у 40,5% длительность приема свыше 3 месяцев). **Выводы:** Современная система специализированной пульмонологической помощи больным ХОЗЛ нуждается в совершенствовании и развитии. На до госпитальном этапе и поликлиническом ведении больных выявлен высокий уровень потребности в дополнительных видах медицинской помощи, консультациях пульмонологов, экспертизе качества диагностики и лечения, в периодических госпитализациях в пульмонологические стационары и др.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДСЕСТЕР

Идрисова И.И., резидент магистратуры 2 года обучения ШОЗ, ТМА

Школа общественного здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Маматкулов Б.М.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Маматкулов Б.М.

Профессиональное деятельность медсестры имеет определенные особенности, обусловленные работой в условиях постоянного контакта с пациентами, психика которых изменена заболеваниями, высоким уровнем ответственности за жизнь и здоровье людей. На личность медсестры негативно действует ряд факторов, предрасполагающих к возникновению и развитию профессиональной деформации личности. **Цель работы:** разработка мероприятий по профилактике заболеваемости медицинских сестер на основе комплексного социально-гигиенического изучения условий быта, труда и здоровья этого контингента медицинских работников. Таким образом, результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы: 1. Типичный медико-социальный «портрет» среднего медработника - это женщина в возрасте 19-49 лет (76,1%), замужняя, имеющая от 2 до 5 детей, хотя бы раз подвергшаяся госпитализации (до 27,1%), часто (до 33,8%) имеющая в анамнезе самопроизвольный аборт или патологические роды; Свое состояние медицинские сестры связывают как с негативным влиянием на их организм трудовой деятельности, так и с социально-бытовыми факторами. 2. Структура заболеваний медсестер имеет различия в разных ЛПУ, но к основным формам заболеваний относятся: болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни костно-суставной системы и мышц, болезни мочеполовой системы и болезни крови и кроветворных органов. 3. Объективная оценка гигиенических условий на основных рабочих местах медицинских сестер позволяет отнести к числу неблагоприятных факторов: охлаждающий (в холодный период) или нагревающий (в теплый период) микроклимат (80% рабочих мест), недостаточный уровень освещенности (на 70% рабочих мест в манипуляционных), шум (на 20-30 дБ А выше ПДУ, особенно на постах медсестер), неприятный запах (лекарственный). 4. Комплексная оценка значимости факторов риска для здоровья медицинских сестер по показателю относительного риска (ОР) позволяет считать приоритетными следующие факторы: состояние тревоги (ОР-4,1), высокое нервно-эмоциональное напряжение на работе (ОР-3,3), наличие в анамнезе осложнений, связанных с беременностью и родами (ОР-3,2), неблагоприятная обстановка в семье (ОР-3,5), неблагоприятные условия труда (ОР по факторам - от 2,0 до 4), высокая производственная нагрузка или большое число дежурств (ОР-2,2), возраст более 40 лет (ОР-2,4), нерациональный отдых (ОР-2,1), постоянная психо-эмоциональная нагрузка (ОР-4,0).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Илхомов Л.И., студент 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ассистент, магистр Маматова Н.Т.

Цель работы: Изучение особенностей течения туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией. **Материал и методы исследования:** были проанализированы истории болезни 34 детей, пролеченных в детском отделении Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера за последние три года, с наличием ВИЧ-инфекции и внутригрудного туберкулеза. Возраст обследованных колебался от 1 года до 14 лет, 26 (76,4%) из них были в возрасте от 2 до 6 лет. Де-

вочек было 12 (35,3%), мальчиков - 22 (64,7%). **Результаты:** У большинства обследуемых детей был диагностирован диссеминированный (37%) и генерализованный (20,3%) первичный туберкулез. У всех детей с ТБ/ВИЧ, независимо от группы, установлено наличие генерализованной аденопатии и гепатомегалии. Несмотря на выраженную гепатомегалию при биохимическом исследовании крови у большинства больных установлена активность ферментов печени на верхней границе нормы. Лишь у 7 (12,9%) детей отмечена ферментемия в умеренных пределах, которая нормализовалась через 2-3 месяца химиотерапии. Дефицит веса наблюдался у 32 обследуемого ребенка (94,1%) и имел прямую зависимость от степени иммунодефицита. Кардиопатия, отмечена у 24 детей (70,5%), которая проявлялась в виде увеличения размеров сердца, приглушения первого тона, систолического шума и тахикардии, которые возникали на фоне инфекционного или токсического миокардита. Повышенная температура тела у 22 (64,7%) детей с ТБ/ВИЧ характеризовалась непостоянным, длительным фебрилитетом. При осложненных, распространенных формах заболевания отмечался подъём температуры до 38-40°, а при ограниченных - до 38°C. Катаральные изменения в легких отмечены у 14 ребенка (41,1%) при поступлении. Задержка роста в 1,4 раза чаще наблюдалась в группе детей с выраженным иммунодефицитом. У 10 обследуемых детей дошкольного возраста (3-5 лет) не была развита разговорная речь, отсутствовал навык самостоятельного хождения. Сдвиги в гемограмме в виде снижения уровня гемоглобина отмечены у 30 (88,2%) обследуемых детей; умеренный лейкоцитоз в пределах 8-12 тыс. - у 16 (47%); нейтрофильный сдвиг влево - у 22 (64,7%); ускорение СОЭ в пределах 20-70 мм/час - у 96,2% детей. У 4 (11,7%) детей обнаружены микобактерии туберкулеза в мокроте. Рентгенологически у 24 (70,5%) объем поражения внутригрудных лимфоузлов был более обширным. У 24 (64,7%) детей установлено осложненное течение туберкулеза: у 5 (20,8%) больных - ателектаз отдельных сегментов легких, у 3 (12,5%) - плеврит, у 16 (66,7%) - очаги обсеменения в легочной ткани. **Выводы:** Клиническое течение ТБ/ВИЧ у детей отличается многогранностью клинических признаков заболевания с преобладанием общего интоксикационного синдрома. В связи с высокой частотой обнаружения полилимфоаденопатии на фоне интоксикационного синдрома дети с ВИЧ-инфекцией требуют проведения тщательного рентгенологического и томографического исследования.

АКТИВНОСТЬ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТЁЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С УЧЁТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ

IL-4 (C-590T), TNF- α (G-308A), PRSS1 (R122H) И CFTR (delF508C)

Ивашук С.И., БГМУ, Украина

Кафедра семейной медицины (зав. каф. – д.м.н., проф. Сидорчук Л.П.)

Научный консультант: д.м.н., профессор Сидорчук Л.П.

Цель работы: оценить изменения некоторых биохимических параметров цитолитического синдрома у больных с острым и обострением хронического панкреатита в зависимости от полиморфизма генов IL-4 (C-590T), TNF- α (G-308A), PRSS1 (R122H) и CFTR (delF508C). **Материал и методы исследования:** Обследовано 101 больного с острым и обострением хронического панкреатита и 40 здоровых людей. Для оценки синдрома цитолиза определяли активность аспаратамино-трансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ), а также рассчитывали коэффициент де Ритиса, как один из дополнительных порталных факторов панкреатической агрессии. Молекулярно-генетические исследования включали определение вариантов полиморфизма четверых генов: IL-4 (C-590T), TNF- α (G-308A), PRSS1 (R122H) и CFTR (delF508). **Результаты:** Установлено, что распределение генотипов среди обследованных больных и здоровых людей было следующим: ген PRSS1 (R122H) во всех группах был представлен GG-генотипом (100%); ген CFTR (delF508) – у 3 пациентов NM-генотипом (2,97%) и у 98 NN-генотипом (97,03%), в группе здоровых людей встречались только NN носители; ген TNF- α (G-308A) – среди пациентов был представлен GG-генотипом (81,19%) и GA-генотипом (18,81%); ген IL-4 (C-590T) среди больных был представлен у 58 (57,43%) пациентов CC-генотипом, у 34 (33,66%) – CT-генотипом, у 9 (8,91%) – мутационным TT-генотипом, среди здоровых – у 26 (65%), 11 (27,5%) и 3 (7,5%), соответственно ($\chi^2 < 1,0$, $p > 0,05$). У пациентов с острым отёчным панкреатитом у носителей T-аллели (TC- и TT-генотип) гена IL-4 активность АсАТ в большинстве превышала такую у владельцев CC-генотипа в 2,03 ($p = 0,005$) и 2,77 раза ($p = 0,011$) соответственно. Активность АлАТ также была в большинстве выше среди владельцев T-аллели гена IL-4 нежели у больных с генотипом CC в 1,77 раза ($p = 0,009$) и 2,33 раза ($p = 0,008$). **Выводы:** Таким образом, полиморфизм генов CFTR (delF508), PRSS1 (R122H) и TNF- α (G-308A) у жителей региона Северной Буковины (Украина) не ассоциируется с активностью цитолитического синдрома у больных с острым отёчным панкреатитом. Присутствие T-аллели гена IL-4 у этих пациентов характеризуется более высокой активностью АсАТ (в 2,03-2,9 раза) и АлАТ (в 1,92 и 2,11 раза).

ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Ибрагимов Х.И., студент 607 группы фак. мед. пед., Абдушукурова К.Р. ассистент СамМИ

Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тоиров Э.С.

Ревматоидный артрит (РА) принадлежит к числу тяжелых хронических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Заболевание приносит физические страдания, ограничивает способность больных к передвижению и самообслуживанию, ухудшает качество жизни и нередко приводит к инвалидизации больных. **Цель работы:** Изучение особенностей течения суставного синдрома и клинических показателей заболевания у больных РА пожилого и старшего возраста. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 88 больных: 63 (71,6%)-женщин, 25 (28,4%) – мужчин. Средний возраст больных составил – 42,1 \pm 1,3 лет, средняя продолжительность заболевания – 6,5 \pm 0,5 лет. Все больные РА разделены на 2 группы: в первую группу вошли 48 больных (32 – женщин, 16 – мужчин) в возрасте 60-73 лет (в среднем – 69,5 \pm 2,2 лет), во вторую – 40 больных (31-женщин, 9-мужчин) в возрасте от 16 до 59 лет (в среднем – 34,2 \pm 3,2 лет). По продолжительности заболевания (5,9 \pm 0,8 и 6,7 \pm 0,7 лет) обе группы были сопоставимы. При установлении и формулировке диагноза учитывались рекомендации по номенклатуре и классификации заболевания, предложенные ГУ Институт ревматологии РАМН. Лабораторные исследования включали определение в крови показателей «воспаления», ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и иммуноглобулинов. **Результаты:** Возрастные изменения имели прямое участие в утяжелении суставного синдрома и клинической картины РА. Для больных пожилого возраста было характерно более острое начало болезни (66,7%). Наиболее часто поражались крупные суставы – коленные, плечевые, голеностопные (60,4%). Суставной синдром протекал с развитием выраженного

экссудативного компонента по типу асимметричного олигоартрита с резким ограничением движений и общей скованности вплоть до полной обездвиженности. Отмечена прямая взаимосвязь между повышением болевой чувствительности больных (по ВАШ) и увеличением их возраста ($r=+0,65$). Были характерны васкулиты (31,3%) и лимфоаденопатия (16,7%). Все больные имели сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (45,8%), ишемическая болезнь сердца (41,6%), обструктивное заболевание легких (29,2%), гастродуодениты, колиты (27,1%), поражения печени и желчевыводящих путей (23,0%), хронические инфекции мочеполовой системы (20,8%) и сахарный диабет (14,5%). Проведенное исследование способствовало выявлению неврогических нарушений у 64 (72,7%) больных: у 20 (22,7%) - слабой, у 31 (35,2%) - средней и у 13 (14,8%) - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения (у 54 больных - 61,4%). У 23,9% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,8% - ипохондрических, у 9,1% - истерических и у 4,5% - навязчивых нарушений. **Выводы:** Среди признаков неблагоприятного прогноза при РА одно из первых мест занимает пожилой возраст. Суставной синдром имеет тяжелое течение, сочетается с большим количеством сопутствующими заболеваниями. На качество жизни пожилых больных огромное влияние оказывают неврогические и психотические нарушения, которые характеризуются угнетенным, подавленным настроением, утратой прежних интересов, повышенной утомляемостью, нарушением сна, аппетита, снижением активности. Поэтому важной составляющей частью лечебной программы у пожилых должны являться методы по восстановлению психо-эмоционального фона, физической способности и необходимых трудовых навыков, а также правильное питание.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В» И «С» СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ
Игамбергенова А. М., студентка 3-002 группы по специальности «Общественное Здравоохранение» КГМУ
Кафедра микробиологии (зав. каф. - д.м.н., доцент Ахметова С.Б.)

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ахметова С.Б., к.м.н. Бейсембаева Г.А.

Цель работы: Определить выявляемость вирусных гепатитов «В» и «С» среди студентов КГМУ, чтобы выявить возможную заболеваемость, а также меры профилактики данного заболевания. **Материал и методы исследования:** Для исследования использовались данные лабораторных исследований поликлиники КГМУ и Областной клинической больницы г. Караганды при обследовании студентов на гепатиты «В» и «С» за 2013-2015 годы. Исследование проводилось на полуавтоматической системе для проведения твердофазного иммуноферментного анализа фирмы «Bio-Rad 680», с использованием стандартных наборов реагентов для иммуноферментного выявления иммуноглобулинов классов G и M к вирусу гепатита «С» (вектор БЕСТ анти-ВГС), а так же наборов реагентов для иммуноферментного выявления HDsAg в сыворотке (плазме) крови (HBsAg-ИФА-БЕСТ). **Результаты:** Было выявлена заболеваемость вирусным гепатитом среди студентов КГМУ за 2013-2015 годы. Установлено, что среди студентов КГМУ заболеваемость гепатитами «В» и «С» низкая. В 2013 году обследование прошло 1447 студентов, среди которых у 23 человек (1,6%) был выявлен положительный результат на гепатит «В», и у 20 человек (1,4%) - положительный результат на гепатит «С». В 2014 году обследование прошло 819 студентов, из них у 4 человек (0,5%) было выявлен положительный результат на гепатит «В» и у 11 человек (1,3%) - положительный результат на гепатит «С». В 2015 году обследование прошло 1091 студента, из них у 14 человек (1,3%) было выявлен положительный результат на гепатит «В» и у 16 человек (1,5%) - положительный результат на гепатит «С». **Выводы:** По результатам исследования установлено, что в 2014 году заболеваемость среди студентов вирусным гепатитом «В» низкая, по сравнению с 2013 и 2015 годами. Заболеваемость вирусным гепатитом «С» практически одинакова. Заражение гепатитами «В» и «С» в основном происходит через гематогенный путь, т.е. при попадании инфицированной крови от больного человека здоровому. С 2011 года в Казахстане лечение больных гепатитами «В» и «С» стало бесплатным. По решению Правительства Казахстана лечение больных вирусными гепатитами будет финансироваться за счет бюджета. Также бесплатным стало лечение детей, медицинских работников и студентов, инфицированных вирусами гепатита «В» и «С». Данное решение Правительства обусловлено улучшение эндемологической ситуации по гепатиту качества жизни больных с данными заболеваниями, а также высокой стоимостью лечения этой болезни.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ
ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Ирманова А.И., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра реабилитологии, народной медицины и физической культуры (зав. каф. - доцент А.А. Усманходжаева)

Научный руководитель: доцент, к.м.н Усманходжаева А.А.

Цель работы: Оптимизация и разработка проекта карты медицинского контроля за состоянием здоровья юных спортсменов. **Материал и методы исследования:** Изучены нормативные документы и карты медицинского контроля за состоянием здоровья юных спортсменов, занимающихся в ДЮСШ (детско-юношеских спортивных школ). Проведен анализ организации медицинских осмотров детей и подростков, занимающихся в спортивных школах г. Ташкента. В г. Ташкенте имеется 44 детско-юношеские спортивные школы. На 1 января 2015 года контингент, занимающихся физической культурой и спортом в ДЮСШ составляет 23255 человек по следующим видам спорта: футбол, баскетбол, волейбол, художественная гимнастика, спортивная гимнастика, акробатика, вольная борьба, миллий кураш, белбоги кураш, греко-римская борьба, настольный теннис, теннис, тейквандо, узбек жанг саьнати, гандбол, легкая атлетика, атлетизм, шахмат, армреслинг, плавание, синхронное плавание, бадминтон, бокс, регби, байдарка, каратэ, тяжелая атлетика, водное поло. Кроме того, обследованы 113 спортсменок женского пола в возрасте от 14 до 19 лет, занимающихся в колледжах Олимпийского резерва г. Ургенч, г.Бухары. Виды спорта дзюдо, художественная гимнастика, гандбол, хоккей на траве, волейбол, баскетбол, спортивная гимнастика, водное поло, плавание, тейквандо, миллий кураш, настольный теннис, большой теннис, легкая атлетика. **Результаты:** Анализ медицинской документации показал, что дети принимаются в школу на основании медицинской справки 086/у с места жительства. Углубленные медицинские осмотры проводятся каждые 6 месяцев, этапные 2 раза в год в промежутке между углубленными, спортсменам открываются карты Ф061 и Ф062. В картах имеются антропометрические показатели, оценка физического развития, функциональная проба тест с приседаниями и оценкой типа ответной реакции. Однако установлено, что оценка физического развития проводится на основании веса и роста в основном, что не является информативным у детей, занимающихся спортом. Антропометрические измерения не включают все показатели для возможности определения морфотипов, что важно для прогнозирования в спорте. Анализ полученных данных у девушек спортсменок для оценки состояния репродуктивного здоровья было установлено, что в г. Ургенч общее количество осмотренных 73, ср. возраст спортсменок 16,5 (с 13-20 лет), преимущественные виды спорта дзюдо, художественная гимнастика, гандбол и хоккей на траве. Средний возраст наступления менархе 14,4 (82,2%), отсутствует у

17,8%. (13 человек), имеют гинекологические заболевания 33% (24), среди них дисменорея (50%), аменорея 37,5 %, воспалительные заболевания 12,5%. Анализ полученных данных г.Бухара получено ср.возраст спортсменок 17лет (с 13-19лет) общее количество осмотренных 41, преимущественные виды спорта художественная гимнастика, гандбол, хоккей на траве и легкая атлетика. Средний возраст наступления менархе 13,5, патология репродуктивной функции- 46,3%, дисменорея 84,2 %, аменорея 15,8%, гипоплазия матки, хр.аднексит, задержка полового развития. Проведены ультразвуковые обследования органов малого таза, осмотр узких специалистов. **Выводы:** Таким образом, становится необходимым оптимизировать модель карты медицинского контроля за состоянием здоровья юных спортсменов, а также считать необходимым обязательное наблюдение за репродуктивным здоровьем девочек и девушек, занимающихся спортом.

СВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Искандарова Ф. И., резидент магистратуры 1 года обучения ФУВ СамМИ

Кафедра терапии (зав. каф. – д.м.н., проф. Таджиев Ф.С.)

Научный руководитель: проф. Таджиев Ф.С.

Артериальная гипертензия (АГ) по прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. По данным эпидемиологических исследований, в мире ее распространенность в настоящее время достигает 26,4 %, это 972 млн. больных. По прогнозу экспертов ВОЗ к 2025 году ожидается стремительный рост АГ, число больных достигнет 1 млрд. 56 млн., что составит 29% взрослого населения нашей планеты. Согласно результатам популяционных исследований, среди населения Республики Узбекистан более 26% лиц в возрасте старше 40 лет страдает артериальной гипертензией, которая является причиной мозгового инсульта, острого инфаркта миокарда, сердечной и почечной недостаточности. Вместе с тем, до настоящего времени в Самаркандской области популяционные работы в отношении ССЗ, в том числе АГ не проводились, хотя это очень важно при планировании и осуществлении профилактических программ, нацеленных на снижение заболеваемости, смертности и укрепления здоровья населения области. **Цель работы:** изучение частоты АГ в Самаркандской области и ее связь с некоторыми факторами риска (ФР), социальными и поведенческими характеристиками. **Материал и методы исследования:** В анкетировании приняли участие 500 человек, из них 180 мужчин (36%) и 320 женщин (64%) в возрасте от 18 до 79 лет из неорганизованного мужского и женского населения, проживающего в городах и селах Самаркандской области. Высшее образование имели 145 (29%) , среднее-специальное – 295 (59%), среднее – 60 (12%) обследованных. Распределение обследованных по возрастным группам: от 18 до 29 лет - 61 (12,2%), от 30 до 39 лет – 139 (27,8%), в возрасте от 40 до 49 лет – 108 (21,6%), в возрасте от 50 до 59 лет –153 (30,6%), от 60 до 79 лет –39 (7,8%). Средний уровень САД и ДАД от 18 до 29 лет равняется 110/80 мм рт.ст., от 30 до 39 лет 120/80 мм рт.ст., в возрасте от 40 до 49 лет 120/80 мм.рт.ст., в возрасте от 50 до 59 лет – 130/90 мм.рт.ст., от 60 до 74 лет – 140/80 мм.рт.ст. **Результаты:** Из общего количества опрошенных 142 (28,4%) лиц страдают АГ, из них 89 (62,6%) женщин, 53 (37,3%) мужчин. Повышенное артериальное давление от 18 до 29 лет составило 7,7% (11 чел.), от 30 до 39 лет 16,2% (23 чел.), от 40 до 49 лет 26% (37 чел.), в возрасте от 50 до 59 лет 29,5% (43 чел.) и от 60 до 79 лет 20,4% (29 чел.). Из 142 лиц с АГ 64 (45%) обследованные имели АГ I степени, 53 (10,6%) - АГ II степени и 25 (5%) - АГ III степени. Отягощенную наследственность по гипертензионической болезни среди мужчин составило - 54,4% (97 чел.), среди женщин - 67,5% (216 чел.). Гиперхолестеринемия среди женщин выявлено у 27 (41,5%), а среди мужчин – 8 (24%) чел. Из 500 обследованных лиц у 89(17,8%) женщин и у 67(13,4%) мужчин выявлено ожирение II и III степени. Установлено, что наиболее частым нарушением пищевых привычек по результатам анкетирования оказалось избыточное употребление высококалорийной пищи и поваренной соли (у 41,4% лиц). Курящих составили 132 (26,4%) , а употребляющие алкогольные напитки – 147 (29,4%) чел. **Выводы:** Таким образом по предварительным данным частота АГ среди неорганизованного населения Самаркандской области составила 28,4%. Распространенность АГ у городских жителей выше, чем среди сельского населения. Частота АГ была достоверно выше среди женщин (62,6%). Распространенность АГ по возрасту среди населения положительно связана: с ассоциирующими клиническими состояниями; поражением органов-мишеней; факторами риска и неблагоприятными поведенческими характеристиками. Ожирение, курение и употребление алкоголя были достоверно выше среди городского населения.

ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Исломов И.И., Разинов А.А., резидент магистратуры 1 года

Кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета, ТМА

Научный руководитель: профессор Гадаев А.Г.

Цель работы: Оценить эффективность антагонистов минералокортикоидных рецепторов на течение ХСН, на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с ХСН. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3- клиники ТМА за 2014 год. Изучено выборочно 411 историй болезни больных с ХСН. Из них 232 (56,44%) мужчин и 179 (43,55%) женщин, средний возраст которых составил 63,3±11,6 лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, ШОКС, тест 6-ти минутной ходьбы). Пациенты были подразделены на 3 группы в зависимости от применения АМР. **Результаты:** В процессе ретроспективного анализа историй болезни было выявлено, что у 74,9% (n=308) больных ишемическая болезнь сердца (ИБС) и у 89,05% (n=366) артериальная гипертензия (АГ), у 30,09% (n=127) больных имелись фибрилляции предсердий, у 2,67% (n=11) атеросклеротические пороки сердца, 27,0% (n=110) из обследованных страдали СД 2 типа. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 136,6±18,0 мм рт. ст. и диастолическое АД (ДАД) 78,8±18,26 мм рт. ст. Исходный уровень ФВ был 46,62±12,4%. Средний показатель пульса составлял 81,2±24,6 ударов в минуту. Среднее значение глюкозы в венозной крови в пределах 5,6±4,2 ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составлял 5,2±3,5 ммоль/л. Исходный уровень калия составлял 4,2±1,1 ммоль/л и 5,1±1,2 ммоль/л при выходе из стационара. Исходный уровень креатинина в крови составлял 124,2±3,1 мкмоль/л и 116,8±2,3 мкмоль/л при выходе из стационара. Больные первой группы (n=195) получали верошпирон в сочетании с ББ и и-АПФ, больные второй группы (n=158) получали без антагониста альдостерона ББ и и-АПФ, а больные третьей группы (n=58) получали эплеренон в сочетании с ББ и и-АПФ. При сопоставлении и сравнении результатов больных, получавших и не получавших АМР, было выявлено, что показатели качества жизни по ШОКС больных двух группы были достоверно хуже, а показатели толерантности к физическим нагрузкам по данным теста 6 минутной ходьбы в этой же группе был ниже, чем эти же показатели в других группах, у которых получали антагонистов альдостерона. При сравне-

нии данных показателей среди групп, получавших эплеренон и верошпирон, значительная разница не была выявлена. Но был отмечен положительный сдвиг показателей лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы, получавших эплеренон, в сравнении с показателями пациентов группы, получавших верошпирон. **Выводы:** 1. Полученные результаты и имеющиеся доказательства свидетельствуют об эффективности, безопасности и хорошей переносимости эплеренона у больных с ХСН. 2. Эти данные, несомненно, должны стать основанием для более широкого применения препарата в клинической практике. 3. При этом обязателен динамический контроль клинических и биохимических параметров пациента. 4. Строгое соблюдение этих рекомендаций, повышает эффективность и снижает побочных эффектов антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ НЕКОТОРЫХ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АЛЬВЕОЛИТОМ

Исмаилов Ж.А., резидент магистратуры 3 года обучения,

Юсупов А., студент 501 группы, Абдуллаев Н., студент 512 группы пед. факультета, СамМИ
Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)
Научный руководитель: д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.

Цель работы: Изучить уровень сывороточной концентрации цитокинов IL-8 и IL-12, участвующих в регуляции иммунного ответа у больных экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА). **Материал и методы исследования:** Обследовано 60 больных ЭАА, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского медицинского объединения. Верификация диагноза проводилась в соответствии с международной классификацией ВОЗ (Х-пересмотр, МКБ-10 рубрика J67). Все больные ЭАА в зависимости от стадии были разделены на 3 группы: 1 группа – острая, 2 группа – подострая, 3 группа – хроническая стадия заболевания. Все клинические и биохимические лабораторные обследования проведены стандартизованными методами. Определение уровня IL-8 и IL-12 в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для ИФА «ИФА-ИЛ-8» и «ИФА-ИЛ-12» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. **Результаты:** Анализ содержания IL-8 у обследованных нами больных ЭАА показал, что уровень его в общей группе исследованных пациентов составляет $38,4 \pm 2,5$ пг/мл и существенно превышает значения, характерные для практически здоровых лиц ($18,2 \pm 1,8$ пг/мл, $p < 0,01$). При сопоставлении изучаемых показателей в группах больных с различным течением заболевания выявлено, что наиболее высокий уровень IL-8 регистрируется среди пациентов с острым течением ЭАА. В данной группе содержание IL-8 составляет $48,1 \pm 3,21$ пг/мл, что почти более чем в 3 раза выше показателей контрольной группы. Напротив, уровень IL-8 был относительно низким при хроническом ЭАА, имея промежуточные значения у пациентов с подострым ЭАА. Полученные результаты указывают на то, что все исследованные клинические варианты ЭАА характеризуются увеличением содержания в сыворотке крови больных IL-8, однако при этом, превалирование гуморальных аллергических механизмов в патогенезе заболевания сопровождается наиболее высоким уровнем данного провоспалительного цитокина, достоверно отличающимся при остром ЭАА ($48,1 \pm 1,9$ против $18,2 \pm 1,8$ пг/мл, $p < 0,05$). При исследовании содержания в сыворотке крови IL-12 у обследованного нами контингента пациентов выявлены следующие особенности данного показателя в зависимости от фазы ЭАА. Как оказалось, уровень IL-12 значительно колеблется в сравниваемых нами группах больных с разной стадией ЭАА. Наиболее высоким этот показатель был у пациентов в хронической стадии ЭАА ($159,9 \pm 12,0$ пг/мл), достоверно отличаясь от параметров группы здоровых ($64,8 \pm 8,7$ пг/мл; $p < 0,01$) и больных с острым течением ЭАА ($111,6 \pm 10,2$ пг/мл; $p < 0,01$). Также у больных с подострым ЭАА уровень IL-12 более чем в два раза превышал показатели лиц контрольной группы ($p < 0,02$). Наиболее высокий уровень изучаемого параметра отмечается у больных ЭАА в хронической стадии, что выделяет эту группу среди общей группы, изучаемых пациентов с ЭАА, а также отличает ее от двух сравниваемых групп с острой и подострой стадией заболевания. **Выводы:** Таким образом, Результаты уровней продукции IL-8 и IL-12 показали, что ЭАА в период острого течения сопровождается наиболее выраженными изменениями со стороны провоспалительного цитокина IL-8, обеспечивающего активное перемещение различных видов иммунных клеток в очаг воспаления, а период подострого и хронического аллергического воспаления сопровождался выраженными изменениями в продукции цитокинов регулирующих клеточный иммунный ответ в частности IL-12 у больных с ЭАА.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АНЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Йулдошев Т.Р., Абдусаттарова С., студенты 609 гр. леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф. - доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: асс. Ибадова О.А.

За последнее десятилетие частота железодефицитной анемии увеличилась в 6,3 раза. Для характеристики морфологических и функциональных изменений миокарда, возникающих вследствие развития хронической железодефицитной анемии, используется понятие «анемическое сердце», или анемическая кардиомиопатия (АКМП). Начальным звеном в развитии выявленных изменений структуры миокарда, вероятно, является гемическая гипоксия, которая у больных с ЖДА через ряд компенсаторных механизмов приводит к гиперфункции миокарда развитию его дилатации, возможно, это связано со снижением упругоэластических свойств сердечной мышцы, наступающей дряблостью миокарда, развивающихся вследствие выраженных дистрофических изменений кардиомиоцитов. Увеличенная функция сердца активирует генетический аппарат миокардиальных клеток и развивающееся вследствие этого увеличение синтеза нуклеиновых кислот и белков, является предпосылкой для формирования гипертрофии кардиомиоцитов. **Цель работы:** выявить клинико-лабораторные, электрокардиографические и эхокардиографические изменения в диагностике пациентов с АКМП. **Материал и методы исследования:** обследовано 38 пациентов с ДКМП, представлены результаты изучения клинико-лабораторных, ЭКГ и ЭХОКГ изменений у 19 больных с АКМП. **Результаты:** установлено, что в структуре ДКМП АКМП составляет 50%, средний возраст пациентов составляет $55,4 (\pm 8,38)$ года. Из 19 пациентов с АКМП мужчин-8(40%), женщин-11(60%). АКМП сопровождалась кардиалгией, симптомами ХСН, аритмиями, нарушениями сегментарной диастолической функции ЛЖ признаками ремоделирования миокарда ЛЖ (формирование эксцентрической или концентрической гипертрофии, либо концентрического ремоделирования), дистрофические изменения на ЭКГ у 10(52,6%) пациентов (Т(-) в V1-V6), нарушения ритма сердца 11(58%) (синусовая тахикардия, фибрилляция предсердий тахисистолическая форма). Нарушения проводимости сердца 5(28%) (AV блокада I ст., блокада ЛНПГ или ее ветвей); 3(16%) гипертрофия ЛЖ и ПЖ с

перегрузкой, гипертрофия обоих предсердий, низкий вольтаж ЭКГ у 16(87%) пациентов. У 2(10,5%) больных с ЖДА I ст. на ранних стадиях заболевания развивается гипертрофия МЖП без увеличения ММ ЛЖ и расширения полостей сердца. По мере увеличения тяжести заболевания 7(40%) ЖДА II ст., формируется гипертрофия ЗСЛЖ и нарастает гипертрофия МЖП с ростом ММ ЛЖ, увеличивается КдО ЛЖ. У 10(45,5%) пациентов с ЖДА III ст. развивается дилатация камер сердца, преимущественно желудочков, увеличивается степень гипертрофии МЖП, ЗСЛЖ с ростом ММ ЛЖ. **Выводы:** Таким образом у пациентов, страдающих АКМП отмечается относительная сохранность сократительной функции ЛЖ при более благоприятном течении ХСН, а глубина структурных изменений в сердце напрямую зависит от степени тяжести анемии. Применение комплексной терапии снижает вероятность прогрессирования АКМП. Между тем четких специфических ЭКГ и ЭхоКГ диагностических критериев АКМП нами не выявлено.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Йулдошев Т.Р., студент 609 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра: внутренняя медицина с гематологией №4 (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: Асс. Сафарова М.П.

В последнее время имеется тенденция к нарастанию сердечно-сосудистых заболеваний, таких как острый инфаркт миокарда, причем чаще встречаются атипичные варианты течения (безболевая, бессимптомная и абдоминальная формы). Электрокардиографическое исследование не только позволяет поставить диагноз инфаркт миокарда и определить давность его возникновения, но и дает возможность достаточно точно указать его локализацию на ранних этапах заболевания. **Цель работы:** Своевременное выявление и оказание неотложной медицинской помощи больным с острой коронарной недостаточностью. **Материал и методы исследования:** Методом исследования является электрокардиографическое исследование в 12 отведениях и в III А, дополнительных отведениях по Небу. **Результаты:** За период со 2 января до 25 декабря 2015 года в Городском Медицинском Объединении города Самарканда в кабинете функциональной диагностики было выявлено 46 первичных больных с инфарктом миокарда. По полу: 21-мужчин-45,7%, 25-женщин-54,3%. По возрастным категориям: до 40 лет -5 больных (10,9%); от 41-50 лет-4 больных (8,7%); от 51-60 лет-8 больных (17,4%); старше 60 лет - 29 больных (63%). По глубине поражения: Субэндокардиальный инфаркт миокарда без зубца Q-33 (71,7%). Трансмуральный инфаркт миокарда с зубцом Q-13(28,3%). По давности заболевания: острая стадия инфаркта миокарда-20 (43,5%); подострая стадия инфаркта миокарда-26 (56,5%); По вариантам течения: безболевая форма -2 (4,3%) больных; абдоминальная форма-2(4,3%) больных; типичное течение-42 (91,4%) больных; Выявление нарушения ритма по типу экстрасистолии у-5 (10,9%) больных; АВ (Атриовентрикулярная) блокада - 9 (19,6%) больных, из них полная поперечная блокада -5 (55,6%) больных, блокада 1 степени-2(22,2%) больных, 1 1-степени-2 (22,2%) больных; Синоатриальная блокада (СА)-2 больных (4,34%). Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия-4 больных (8,7%). Мерцательная аритмия-5 больных (10,7%). **Заключение:** Коронарная недостаточность, особенно острая, приводит к нарушению процессов реполяризации и деполаризации, что и вызывает изменения электрокардиограммы. Лицам с высоким риском заболевания сердца электрокардиографические исследование рекомендуется ежегодно, а больным с острым инфарктом миокарда, у которых электрокардиографическое исследование является основным методом диагностики и оценки динамики заболевания электрокардиограмма снимается ежедневно до стабилизации состояния больного. Электрокардиограмма дает обширную информацию, которая помогает врачам в выявлении острой коронарной недостаточности в атипичных случаях и дает возможность выбрать правильную лечебную тактику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Кадырова Ф.Ш., ст. V-курса мед. пед. фак., Ураков Ш., Йулдошев Т., Дилмуродова В., студенты VI-курса леч. фак., Бердимуродова Д., Курбонова З., резидент магистратуры и клин. ординатор СамМИ, Мухиддинов А.И., Маджидова Г.Т. ассистенты

Кафедра внутренние болезни № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц: Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: определить клинико-гемодинамическую эффективность антагониста рецепторов ангиотензина II (АРА) кандесартана при лечении больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). **Материал и методы исследования:** Нами исследованы 30 больных с ДКМП. Были определены показатели центральной гемодинамики и функционального состояния левого желудочка методом эхокардиографического контроля. Больные принимали кандесартан в течении 6-8 недель с повторными курсами через 3 месяца в течении года. Для определения индивидуальной переносимости и подбора оптимальной дозы препарат назначался методом титрования. Начальная доза кандесартана составила 8мг в сутки, наращивание дозы препарата осуществлялось в течение одной недели под контролем клинического состояния больного и АД. Контрольные исследования центральной гемодинамики, функционального состояния левого желудочка и гемодинамики малого круга проводились через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала терапии в средней суточной дозе, которая составила 16 мг. **Результаты:** При анализе показателей общей гемодинамики и функционального состояния ЛЖ у больных ДКМП отмечена тенденция к снижению ЧСС и ОПСС, уменьшение линейных размеров и объемов – КДО ЛЖ (-5,6 мл), КСО ЛЖ (-8,4мл). Положительные изменения КСР ЛЖ (-3,6 мм) и КСО ЛЖ (-8,4мл) можно объяснить улучшением систолического сокращения миокарда, в основном, за счет уменьшения ОПСС (-13,49 дин см/сек), СДЛА (-12,63 мм рт.ст.) и временных показателей сосудистого тонуса. Как показали Результаты, в динамике лечения кандесартаном произошло повышение сократимости миокарда, что подтверждается повышением УО ЛЖ (+12,6 мл), и ФВ ЛЖ (+4, 04 %). **Выводы:** Таким образом, результаты лечения больных ДКМП были оценены как «хорошо» у 47,7%, «удовлетворительно» у 38,6%, «неудовлетворительно» у 13,7%. Переносимость препарата была удовлетворительной, число побочных эффектов было минимальным, они исчезали при уменьшении дозы препарата и не требовали его отмены. В динамике лечения кандесартаном у больных ДКМП улучшились показатели общей, легочной гемодинамики и функционального состояния ЛЖ: произошло снижение ОПСС, увеличение УО (+12,6 мл) , ФВ (+4,04 %), МО (+10,63), снижение КДО(-5,6 мл), КСО (-8,4мл), значительное увеличение РИ (+42,65). Кандесартан в комплексном лечении ДКМП улучшает прогноз и выживаемость больных с ХСН. Как показали Результаты влияние кандесартана на легочную гемодинамику более выражено у больных ДКМП со II функциональным классом хронической сердечной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Кадырова Ф.Ш., студентка 5 курса мед. пед. фак., асс Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О., Мирзаев Р.З.

Кафедра внутренние болезни № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.) СамМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: Изучить особенности течения цирроза печени (ЦП) вирусной и алкогольной этиологии у больных с сахарным диабетом (СД) II-типа. **Материал и методы исследования:** Обследовано 40 пациентов с циррозом печени из них (мужчин - 20, женщин - 20) в возрасте от 45 до 65 лет. В 1-ю группу вошли 20 пациентов с циррозом печени в сочетании с СД, во 2-ю - 20 пациента с ЦП без СД. Помимо сбора анамнеза, анализа медицинской документации и физического обследования больных определялись активность АлТ, АсТ, ЩФ, содержание альбумина и ПТИ, исследовался липидный спектр крови, анализировалась гликемия натощак и через 2 часа после углеводной нагрузки. Проводилось УЗИ печени. **Результаты:** В 1-й группе ЦП вирусной этиологии (HBV и HCV) определялся у 50% пациентов, алкогольной у 30%, смешанной (вирус+алкоголь) у 20%; во 2 группе соответственно у 29,2%, 37,5% и 33,3% больных. В 1-й группе ЦП класса А по Чайлд-Пью зарегистрирован у 20% пациентов, класс В у 50% и класс С у 30% больных; во 2-й группе - у 41,7%, 33,7% и 25% пациентов соответственно. В 1-й группе энцефалопатия 1 степени была определена у 35% больных, 2 степени у 45% и 3 степени у 20% пациентов; во 2-й группе соответственно у 50%, 37,5% и 12,5% больных. Асцит определялся у 65% пациентов 1 группы и у 29,2% больных 2 группы, спленомегалия была более значительна у больных 1 группы ЩФ - 197,91±28,1 и 394±24,5 ед/л (p<0,05); содержание билирубина - 28,1±3,4 и 67,5±14,8 мкмоль/л (p<0,05), альбумина - 25,3±3,5 и 32,9±5,4 г/л (p<0,05); ПТИ - 55,4±5,5% и 68,4±6,1% (p<0,05). Нарушения липидного спектра крови были более выражены у пациентов 2 группы. Следует отметить, что у 41,7,5% пациентов 2 группы была выявлена нарушенная толерантность к углеводам. Уровень гликемии не зависел от выраженности фиброза печени. **Выводы:** Таким образом, у больных ЦП в сочетании с СД преобладали синдромы цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности, у больных ЦП без СД - синдром холестаза.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Кадырова Ф.Ш., студентка 5 курса мед. пед. фак, Хамраева А., Сувонов Ж., студенты 6 курса леч. факультета СамМИ,

Мухиддинов А.И., Суннатова Г.И. ассистенты

Кафедра внутренние болезни № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: изучение клинико-лабораторных особенностей течения фатального инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа. **Материал и методы исследования:** рассмотрены истории болезни и результаты аутопсий 43 пациентов, умерших от ИМ: 18 мужчин и 25 женщин, средний возраст 69,5±8,6 года. Все умершие от ИМ разделены на две группы: 1-я группа - 27 пациента с ИМ и 2-я группа - 16 пациентов с ИМ и СД. У пациентов 2-й группы был СД 2 типа диагностирован до развития ИМ. **Результаты:** В обеих группах преобладали женщины: в 1-й группе - преобладание незначительное, во 2-й - женщин было в 2,5 раза больше. Преобладание женщин отмечалось среди умерших от ИМ без СД только в возрастной старше 65 лет, а среди умерших от ИМ на фоне СД - во всех возрастных группах, т.е. среди больных ИМ особенно неблагоприятен прогноз у женщин, страдающих СД. 53% больных ИМ умерли в первые сутки пребывания в стационаре (этот показатель практически одинаков в обеих группах), из них 57,8 и 56,6% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно умерли в течение первых 12 ч, что свидетельствует о стремительности и тяжести течения заболевания. Соотношение первичных и повторных ИМ: у 50,3% больных 1-й группы и у 53,92% больных 2-й группы данный ИМ, закончившийся летально, был первым, повторные ИМ выявлены в 51,6 и 48,5% соответственно. По локализации, глубине и распространенности ИМ существенных различий между группами не установлено. Частота рецидивов ИМ не различалась в обеих группах больных и составила около 24% случаев. Болевая форма ИМ наблюдалась у 92,6% больных 1-й группы и лишь у 65,8% - 2-й группы. Атипичные клинические формы наблюдались у 9,6 и 36,5% больных 1-й и 2-й групп соответственно. ИМ у больных СД 2 типа протекает атипично в 4 раза чаще по сравнению с лицами без СД. Структура осложнений фатального ИМ была идентичной в обеих группах - острая сердечная недостаточность, протекавшая одинаково часто в виде отека легких и кардиогенного шока. Нарушения ритма и проводимости во 2-й группе обнаруживались несколько чаще, чем в 1-й, но различия не достоверны. У подавляющего большинства умерших больных обеих групп одновременно или последовательно было выявлено несколько осложнений ИМ. При анализе гликемии у больных фатальным ИМ выявлено, что уровень глюкозы в сыворотке крови больных 1-й группы находился в пределах от 4,9 до 21,9 ммоль/л, среднее значение 10,8±5,4 ммоль/л; у больных 2-й группы - от 4,6 до 23,5 ммоль/л, среднее значение 12,2±5,6 ммоль/л. **Заключение:** Фатальный ИМ на фоне СД чаще развивается у женщин во всех возрастных группах, в то время как среди больных, не страдающих СД, в возрастной группе менее 65 лет чаще наблюдается у мужчин, а в более старших возрастных группах - у женщин. Течение фатального ИМ у больных с СД 2 типа чаще имеет атипичную форму, чем у лиц без СД.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕМОКОНТАКТНЫХ И ВИЧ ИНФЕКЦИЙ

Калниязова И.Б., Пулатов Ш.К., Расулов Ш.М., Жураева Н.Т., резиденты магистратуры 1-2 года обучения,

ассистент кафедры эпидемиологии, студентка 603 группы медико-профилактического факультета ТМА

Кафедра эпидемиологии (зав. каф. - д.м.н. Магназарова Г.С.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Абдукаррова М.Ф.

За последние годы в структуре профессиональных заболеваний медицинских работников произошли значительные изменения. Благодаря целенаправленно проводимой вакцинации уменьшилась доля вирусного гепатита В (ГВ), доля же вирусного гепатита С (ГС) увеличилась. Это особенно настораживает в связи с тем, что гепатит "С" протекает с умеренной интоксикацией, но в дальнейшем в 50—80% случаев развивается хроническая форма гепатита. Из них в 20% развивается цирроз печени с последующим развитием гепатоцеллюлярной карциномы. **Цель работы:** В связи с тем, что в Республике Узбекистан не были изучены эпидемиологические особенности гемоконтактных инфекций, мы сочли необходимым изучить значимость этой патологии в ЛПУ Республики. **Материал и методы исследования:** явились статистические данные Республиканского ЦГСЭН по заболеваемости гемоконтактными инфекциями за 2005-2015 г.г. В работе применялись эпидемиологические и статистические методы исследований. **Результаты:** К концу 80-годов прошлого столетия стали появляться сообщения о случаях распространения ВИЧ-инфекции в некоторых странах. К этому времени и в Узбекистане пришли к пониманию необходимости создания лабораторий по диагностике СПИДа. Таким образом, по инициативе

руководства страны и Министерства здравоохранения в городе Ташкенте был организован Республиканский центр по диагностике ВИЧ/СПИДа, занимающийся её выявлением, диагностикой, лечением, профилактикой, оказывающий организационно-методическую помощь специалистам смежных медицинских специальностей. За 27 лет работники службы СПИДа, внедрили в систему здравоохранения страны сложные клинико-диагностические методики, научились распознавать и лечить тяжелейшие инфекционные состояния, возникающие на фоне иммунодефицита, проводили эпидемиологические исследования в группах риска, осуществляли профилактические мероприятия. Некоторая стабилизация распространения заболевания наметилась в 2009-2010 годах, однако, в настоящее время мы вынуждены констатировать дальнейшее нарастание эпидемии в стране. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах республики, однако распространённость неравномерна. В отдельных регионах определяется генерализованная фаза развития эпидемии. Установлены, что в стране наблюдается тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ, как при гетеросексуальных, так и гомосексуальных контактах, при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей. В настоящее время существует проблема поздней диагностики ВИЧ-инфекции, увеличивается количество пациентов, нуждающихся в АРВТ. Для повышения эффективности обследования на ВИЧ необходимо активное и полное привлечение к тестированию уязвимых групп во всех регионах страны и внедрение массового рутинного консультирования и тестирования на ВИЧ среди взрослого населения в наиболее поражённых инфекцией регионах страны. **Выводы:** Таким образом, несмотря на значительные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, как в мире, так и в Республике Узбекистан, особую актуальность сохраняет борьба с гемоконтактными инфекциями и ВИЧ инфекцией. Ускорение темпов применения ключевых подходов профилактики и лечения ВИЧ инфекции позволит ограничить развитие эпидемии и сократить её более контролируемого уровня, что предоставит странам возможность сделать следующий шаг - перейти к её полному искоренению. В связи с этим в дальнейшем наша работа будет посвящена к изучению данной проблемы.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ

Каримова С.А., студентка 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезни №1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: Ходжаева С.А.

Цель работы: изучение тиреоидного профиля у больных туберкулёзным спондилитом. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 50 больных с впервые выявленным туберкулёзным поражением позвоночника, лечившихся в Самаркандском областном противотуберкулёзном диспансере. До начала лечения больным проведено ультразвуковое исследование эхоструктуры щитовидной железы с помощью диагностического ультразвукового аппарата на ультразвуковом аппарате Aloka SSD 500. В сыворотке крови больных иммуноферментативным методом определены уровни содержания тироксина (ТД тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ)). **Результаты:** Установлено, что у 27 больных (54%) ультразвуковое исследование эхоструктуры щитовидной железы выявило наличие тиреопатий. Из них у 10 больных (5 мужчин и 5 женщин) установлена гиперплазия щитовидной железы 1 степени; у 7 (2 мужчин и 5 женщин) - гиперплазия железы 1-2 степени с признаками аутоиммунного тиреоидита; у 7 мужчин - гипоплазия железы, у 2 мужчин - признаки аутоиммунного тиреоидита без изменения объема железы и у 1 больной - кальцинаты различных размеров в щитовидной железе. В соответствии с результатами предварительного скрининга тиреоидной патологии с помощью ультразвукового исследования больные были разделены на две группы. Группу 1 составили больные туберкулёзным спондилитом (ТС) с нормальной эхоструктурой щитовидной железы (группа сравнения). В группу исследования 2 включены больные ТС с тиреоидной патологией (ТП). Гендерный состав больных - в 1-й группе мужчин 13, женщин - 10. Во 2-й группе - мужчин 14, женщин - 13. По возрасту - до 30 лет - 7 и 7 пациентов, до 40 лет - 5 и 9, до 50 - 7 и 5, старше 50 - по 3 в 1-й и 2-й группах соответственно. При исследовании гормонального профиля у больных туберкулезом с нормальной структурой щитовидной железы (группа 1) выявлены высоконормальные значения Т4 ($160,3 \pm 10,5$ нмоль/мл). У больных туберкулезом с патологией щитовидной железы (группа 2) этот показатель еще выше и составил $232,4 \pm 14,0$ нмоль/мл. При сравнении средних значений тироксина в группах обнаружено достоверное повышение его уровня в группе больных с патологией щитовидной железы. Уровень содержания тиреотропного гормона в системном кровотоке в группе больных с нормальной эхоструктурой щитовидной железы находился в пределах физиологической нормы $1,29 \pm 0,14$ мМЕ/мл. Уровень ТТГ в группе больных с патологией эхоструктуры щитовидной железы достоверно повышался по сравнению с группой 1 и составил $2,77 \pm 1,2$ мМЕ/мл. Дисфункция щитовидной железы у данной группы больных не является адаптационным процессом, а представляет собой патологическое состояние тиреоидного обмена, ведущее к повышению функциональной активности щитовидной железы. **Выводы:** таким образом, у 54 % больных с туберкулёзным спондилитом установлена тиреоидная патология, что проявляется изменением эхоструктуры щитовидной железы, субклиническим (биохимическим) гипотиреозом и гипертиреозом, признаками аутоиммунного тиреоидита. Полученные результаты изучения профиля щитовидной железы демонстрируют необходимость проведения скрининга тиреоидной патологии у больных туберкулезом для ее коррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ДИКЛОФЕНАКА

Качалиев Х.Ф., студент 2 курса стом. факультета СФ ТСИ

Узакбаева М.Ж., студентка 2 курса леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. курсом - к.м.н. Юлдашев С.Ж.)

Научный руководитель: ассистент Ибрагимова Э.Ф.

Диклофенак натрия на сегодняшний день является «золотым стандартом» среди неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а сочетание отчетливого противовоспалительного и обезболивающего эффектов при хорошей переносимости делают его одним из наиболее часто и длительно принимаемых препаратов. **Цель работы:** оценка эффективности и безопасности локальных форм препарата диклофенака натрия. **Материал и методы исследования:** В исследование включены 18 опубликованных работ, описывающих изучение эффективности и безопасности локальных форм диклофенака натрия. **Результаты:** Установлено, что применение НПВП связано с достаточно высоким развитием серьёзных побочных эффектов вследствие поражения желудочно-кишечного тракта. Летальность при развитии серьёзных желудочно-кишечных осложнений, ассоциированных с применением НПВП, достигает 12% в год.

Наиболее простой и понятной стратегией, позволяющей практически полностью обойти риски возникновения серьёзных осложнений лекарственной терапии НПВП, является их локальное применение. В последние годы опубликованы много работ, подтверждающих эффективность и хорошую переносимость локальных форм НПВП. Так, одним из исследований, демонстрирующих хороший эффект локальной формы диклофенака стала работа Baraf H. и сотр. В ходе 12 – недельного рандомизированного контролируемого исследования изучалось лечебное действие геля, содержащего 1% диклофенака. Согласно полученным результатам локальная форма диклофенака была эффективной как у пожилых, так и у лиц более молодого возраста. Серьёзных системных осложнений выявлено не было. А в работе Tugwell P. и сотр. сравнивалось терапевтическое действие НПВП при локальном и пероральном применении. В течение 12 недель больным вводили диклофенак в виде локальной формы (раствор) и внутрь. Обе лекарственные формы были эффективны, при этом использование локальной формы диклофенака ассоциировалось со значительно меньшей частотой желудочно-кишечных осложнений, чем при пероральном применении. **Выводы:** Таким образом, несмотря на обилие различных форм лекарственных препаратов, средства локальной терапии полезны и более безопасны для применения у лиц, имеющих потенциальный риск развития нежелательных явлений, а многообразие лекарственных форм могут дополнять друг друга при системной терапии у пациентов с различными заболеваниями.

ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ТИПОВ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Камалова К.Б., студентка 601 группы леч. факультета

Кафедра внутренних болезней по подготовке ВОП (зав. кафедрой - доцент, д.м.н. Нуриллаева Н.М.)

Научные руководители: Юлдашева Х.Ю., к.м.н. Зубайдуллаева М.Т.

Разработка методов прогнозирования угрожающих жизни нарушений ритма сердца и стратификации риска внезапной смерти аритмического генеза – одно из приоритетных направлений исследований в современной кардиологии. У 95-98% больных с ПИКС возникают различные виды аритмии. **Цель работы:** Целью работы явилось изучение структуры нарушений сердечного ритма у больных с ПИКС в зависимости от типа деятельности нервной системы на основе данных суточного мониторирования ЭКГ. **Материал и методы исследования:** В исследование включены 30 пациентов с ПИКС, в возрасте от 50 до 70 лет, лечившиеся в 1 кардиологическом отделении клиники ТМА за 2015-2016гг. Из них 19 мужчин и 11 женщин. В том числе у 22 пациентов ПИКС в анамнезе в течении последних двух лет, у 8 пациентов ПИКС в анамнезе в течении последних 10 лет. Для диагностики и дифференциальной диагностики ИБС, ПИКС использовали клинико-анамнестические данные, результаты ЭКГ в динамике, ультразвукового исследования сердца. Кроме этого осуществлялось холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24 ч, по которой оценивалось частота возникновения различных видов аритмий. Одновременно оценивался тип вегетативной нервной деятельности пациентов по индексу Кердо. (ВИ=1 – Д/ЧСС) 100, где Д-величина диастолического давления, ЧСС- частота сердечных сокращений в 1 минуту.) При полном вегетативном равновесии (эйтония) в сосудистой системе ВИ=0. Если коэффициент положительный, то преобладают симпатические влияния; если цифровое значения коэффициента получают со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус. **Результаты:** Из обследованных 30 пациентов у (7) 23% при ЭКГ выявились аритмии. При холтеровском мониторировании у 100% выявились различные виды аритмий. При холтеровском мониторировании у 8% пациентов встречаются только желудочковые, у 33% только наджелудочковые и у 59% сочетаются желудочковые и наджелудочковые аритмии. У пациентов с преобладанием активности парасимпатической нервной системы чаще встречаются наджелудочковые у 86%, а желудочковые аритмии у 14% пациентов. У пациентов с преобладанием симпатической регуляции это соотношение равняется 40% и 60%, а также чаще наблюдаются сочетания наджелудочковой и желудочковой аритмии по сравнению с эйтонией и ваготонией(соответственно, 39%, 8% и 12%). Таким образом, у людей с преобладанием парасимпатической нервной системы чаще возникают наджелудочковые, с преобладанием симпатической нервной системы чаще встречаются желудочковые аритмии. **Выводы:** Вероятность выявления аритмий на ЭКГ у пациентов с ПИКС составляет лишь 23%, при холтеровском мониторировании составляет 100%. Своевременное определение вида аритмии и оценка деятельности вегетативной нервной системы дают возможность врачу назначить дифференцированное антиаритмическое лечение и влияют на прогноз заболевания.

ЧАСТОТА ПРИЧИН АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Караулов Е.С., Болеханова Э.А., Шарипова Т.К. – студенты 604 гр. (2 подгруппа)

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. каф.- д.м.н., профессор Каирбеков А.К.)

Научный руководитель: доцент М.Г. Жуматова

В настоящее время, по данным разных авторов, насчитывается от 50 до 70 патологий, протекающих с повышением артериального давления (АД). Цель работы: изучить частоту причин артериальной гипертензии у пациентов, проходивших лечение в стационаре городской больницы, по материалам историй болезни. Материалы и методы исследования: изучены 117 историй болезни пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 26 до 77 лет, находившихся на лечении в ГКБ № 1 г. Алматы с 2003 по 2015 г. Длительность АГ в среднем составила от 6 до 19 лет. Пациенты длительно принимали гипотензивные препараты. Проводилось их всестороннее обследование, включавшее в числе других УЗИ, КТ, МРТ, гормональное обследование, ангиографию почек. Результаты: при изучении данных историй болезни мы отметили, что у 72% пациентов отсутствовали какие-либо причины повышения артериального давления (АД), и АГ расценивалась, как первичная (эссенциальная). У 28% больных АГ была вторичной (симптоматической). Среди вторичных АГ наиболее часто выявлялась нефрогенная АГ (51% больных). У пациентов с нефрогенной АГ в 62% случаев причинами гипертензии был хронический пиелонефрит. В остальных случаях (38%) причинами являлись - хронический гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, хроническая почечная недостаточность, гидронефроз, кистозные и опухолевые образования в почках. При изучении анамнеза больных в историях болезни, мы выявили, что начало повышения артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией (первичной) в 79% случаев возникало в возрасте старше 45 лет. В группе с нефрогенной АГ начало повышения АД в 82% случаев приходилось на возраст до 40 лет. Вторыми по частоте причинами развития симптоматических АГ были атеросклеротический стеноз (почечной артерии, экстра- и интракраниальных артерий, кардиосклероз), коарктация аорты, расщепляющаяся аневризма (36,5% случаев). Эндокринные факторы АГ выявлялись в 12% (феохромоцитома - в 0,8%, синдром Конна в 2%, Синдром Иценко-Кушинга - в 0,8%, остальные случаи приходились на диабетические нефропатии и дисфункцию щитовидной железы). Среди причин повышения АД в 0,5% выявлялась

также гипертензия, связанная с приемом препаратов: контрацептивов, эстрогенов, кортикостероидов, симпатомиметиков. Около 28% всех обследованных с АГ имели нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет. Выводы: У пациентов с повышенным АД чаще всего имела место первичная артериальная гипертензия. На втором месте по частоте причин выявлялась нефрогенная гипертензия, на третьем месте - атеросклеротические поражения сосудов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .

Караулов Е.С., Болеханова Э.А., Шарипова Т.К. – студенты 604 гр. (2 подгруппа)

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. каф.- д.м.н., профессор Каирбеков А.К.)

Научный руководитель: доцент М.Г. Жуматова

По данным многих авторов, распространенность СД типа 2 (СД 2) составляет около 8% в возрасте 60 лет и достигает максимальных значений (22–24%) в возрасте старше 80 лет. В оценке результатов лечения, качество жизни пациентов с СД старшей возрастной группы приобретает все большее значение. **Цель работы:** Выявить факторы риска у больных с сахарным диабетом 2 типа пожилого возраста, а также на основе анкетирования проанализировать показатели качества жизни пациентов. **Материалы и методы исследования.** Проведено анкетирование 52 пациентов с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 64 до 74 лет, наблюдавшихся в условиях стационара 1 ГКБ №1 г. Алматы. Средняя длительность сахарного диабета составила $9,73 \pm 4,57$ лет. В числе обследованных было 32 женщины и 20 мужчин. При заполнении анкеты использовался международный сертифицированный опросник SF-36, который включал такие показатели качества жизни, как физическое, ролевое, социальное, эмоциональное функционирование, интенсивность боли, жизнеспособность, общее и психологическое состояние здоровья. **Результаты:** Средний уровень HbA1c в обследованной группе составил $9,32 \pm 1,7\%$. При анализе факторов риска мы выявили, что 36% (17 больных) имели избыточную массу тела, и только 9 из них соблюдало диету. 5 больных (9%) курили. Алкоголь употребляли 7%. Физкультурой (утренняя зарядка, ходьба, бассейн) занимались 6 больных (11%). Сахароснижающие препараты регулярно принимали 43 пациента (82%). Отягощенная наследственность по СД была у 21 больного (42%). У 32 больных (62%) имела место сопутствующая артериальная гипертензия. При анализе КЖ мы получили следующие данные: физическое функционирование (PF) $72,31 \pm 19,59$ баллов, ролевое функционирование (RP) $64,48 \pm 33,87$ баллов, интенсивность боли (BP) $53,64 \pm 2,52$ баллов, общее состояние здоровья (GH) $34,72 \pm 18,23$ баллов, жизнеспособность (VT) $49,780 \pm 19,93$ баллов, социальное функционирование (SF) $63,75 \pm 20,12$ баллов, эмоциональное функционирование (RE) $55,42 \pm 37,29$ баллов, психологическое здоровье (MH) $62,63 \pm 18,52$ баллов. **Выводы:** Таким образом, у пациентов пожилого возраста с сахарным диабетом 2 типа имеется значительное количество факторов риска развития и прогрессирования заболевания. Сахарный диабет оказывает выраженное негативное влияние на все стороны повседневной жизни пациентов.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримов З.Б., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. кафедрой: доц. Мустафакулов Э.Б.)

Научный руководитель: к.м.н Атаева С.Х.

Одним из основных вопросов диагностики заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) остается определение их принадлежности к злокачественному или доброкачественному процессу. Опухоли поджелудочной железы в большинстве своем не проявляют себя какими-либо клиническими симптомами вплоть до достижения ими относительно крупных размеров. Ультразвуковое исследование часто оказывается первым методом диагностики при обследовании пациентов с образованием поджелудочной железы. **Цель работы:** разработать ультразвуковую семиотику образований поджелудочной железы с целью их дифференциальной диагностики. **Материал и методы исследования:** Анализированы данные УЗИ исследования 224 больных с различной патологией поджелудочной железы, из них 48 женщин, 176 мужчин. Обследование было проведено УЗИ сканером DUS 6 с конвексным датчиком частотой 5 мГц. **Результаты обследования:** Основной процент обследованных имели картину объёмных образований. Дифференциальная диагностика проводилась между раком поджелудочной железы, псевдотуморозным панкреатитом, кистой поджелудочной железы сложного строения. Образования преимущественно имели округлую или овоидную форму (97,8%), ровные четкие контуры в случае кисты (97,2%), нечеткие ровные - в случае рака поджелудочной железы и псевдотуморозного панкреатита (84%). Для кисты сложного строения характерно наличие перегородок. При эхографии содержимое кист в 58% случаев было однородным, анэхогенным, в остальных случаях они имели дисперсную взвесь низкой интенсивности, геморрагические кисты были с сетчатыми структурами на фоне дисперсной взвеси (44%). В 10% случаев была выявлена ультразвуковая картина хронического панкреатита. Эхографическая картина хронического панкреатита имеет различные проявления в зависимости от степени активности процесса. В фазе ремиссии эхографически могут быть выявлены некоторые характерные признаки, связанные с изменением формы, контуров, размеров, экзогенности, внутренней структуры, протоковой системы. При обострении хронического панкреатита (или развитии острого панкреатита на фоне хронического) встречаются всевозможные варианты изменения эхографической картины, которые в целом, сводятся либо к диффузному распространению острого воспалительного процесса, либо к локальному распространению. **Выводы:** Этот метод позволяет доступно, мобильно и безопасно оценить распространенность процесса, провести мультипроекционное и мультипозиционное исследование в реальном масштабе времени, оценить качественные и количественные характеристики кровотока. Скрининговый ультразвуковой метод направлен на выявление грубых патологических изменений.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОК

Касымова Г.П.

Кафедра спортивной медицины

Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

Цель работы: установить влияние систематических занятий спорта на половое развитие и репродуктивную функцию юных спортсменок. **Материал и методы исследования:** Нами обследованы 442 юных спортсменок (7-17 лет) – учащиеся детско-юношеских спортивных школ, специализированных колледжей спорта г. Алматы и Казахской академии спорта и туризма. Был проведен следующий комплекс обследования: анкетирование, осмотр гинеколога, ультразвуковое

исследование органов малого таза, цитология. **Результаты:** Современные тенденции профессионального спорта направлены на увеличение тренировочных нагрузок, привлечение к мужским видам спорта и снижение возрастного ценза на этапах становления и специализаций. При этом, особую актуальность приобретает проблема влияния физических нагрузок на половое развитие и репродуктивную функцию юных спортсменов. В связи с тем, что период интенсивных тренировок и спортивного совершенства во многих видах спорта совпадает с пубертатным периодом, когда происходит развитие репродуктивной функции женского организма, половая система девочек наиболее остро реагирует на влияние различных факторов внешней среды, в том числе, и на физические нагрузки. Исследование сроков появления вторичных половых признаков юных спортсменок проведено в следующих видах спорта: художественная и спортивная гимнастика, легкая атлетика, плавание, волейбол, баскетбол, гандбол, дзюдо, самбо, футбол, хоккей. В возрасте 12 лет, через 3-4 года после начала систематических занятий спортом задержка полового развития (ЗПР) в целом, наблюдается у 46,8% юных спортсменок. Максимальная величина показателя имеет место у гимнасток (71,4%), легкоатлеток (56,2%); представительниц игровых видов спорта: волейболисток, баскетболисток, гандболисток (51,5%); у девочек, занимающихся плаванием (38,8%), в «мужских» видах спорта: дзюдо, самбо (32,1%), и среди хоккеисток и футболисток (30,8%). В 13-летнем возрасте ЗПР отличается у 41,0% юных спортсменок. У девочек, занимающихся художественной и спортивной гимнастикой, данный показатель составляет 63,7%; в игровых видах спорта: волейбол, баскетбол, гандбол (47,2%), в легкой атлетике – 34,4%. В возрасте 14 лет ЗПР зарегистрировано у более трети (35,6%) юных спортсменок. При этом, в 17-летнем возрасте ЗПР имеет место у 32,1% спортсменок, в целом; в том числе, у гимнасток (50,6%), у представительниц игровых видов спорта: волейбол, баскетбол, гандбол (37,6%), легкоатлеток (36,2%), пловчих (25,9%), дзюдоисток и самбисток (22,6%) и хоккеисток и футболисток. У юных спортсменок, начавших заниматься в 7-9 лет, частота нарушений менструальной функций (МФ) в виде аменореи, опсоменореи, олигоменореи или полименореи, встречается у 55,2%; в 10-12 лет – 48,0%; в 13-14 лет – 39,7%; в 15-17 лет – 22,1%. Наибольшие показатели нарушений МФ зарегистрированы у девочек, занимающихся гимнастикой, легкой атлетикой, плаванием, игровыми видами спорта (волейбол, баскетбол, гандбол), и у каждой девятой девочки (10,8%), которая занимается футболом или хоккеем. **Выводы:** Таким образом, высокая частота задержки полового развития и нарушений менструальной функций у юных спортсменок объясняется, как систематическими не дозированными физическими нагрузками и целенаправленным первичным отбором девочек для занятий спортом, ретардацией полового развития, так и с отсутствием учета физиологических особенностей организма девочек и девушек при тренировочных занятиях и соревнованиях, и с не разработанностью прогрессивных методов и средств тренировки в женском спорте.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У СПОРТСМЕНОВ
Касымова Г.П., Узбаева А.М., Сырымбек Р., Рахатов Б.Т., асс., Ни Т., Абишева Т., резиденты магистратуры
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Научный руководитель: д.м.н., проф. Касымова Г.П.

Цель работы: Определить основополагающие принципы выбора фармакологических препаратов у спортсменов высокого класса. **Материал и методы исследования:** Проанализированы 124 спортсмена – кандидаты в мастера спорта, мастера спорта, мастера спорта международного класса, имеющие следующие спортивные специализации: бокс, борьба, тяжелая атлетика. **Результаты:** Изучены перечень фармакологических средств, которые были использованы у высококвалифицированных спортсменов в межсоревновательный, подготовительный и восстановительный периоды. Своевременное и адекватное применение лекарственных препаратов, нередко, помогает не только достичь высоких спортивных результатов, но и сохранить здоровье спортсмена. Краеугольным камнем использования фармакологических препаратов в спорте высоких достижений является повышение физической работоспособности и способность спортсмена к быстрому восстановлению ресурсов в постэкстремальном периоде. В то же время, правильное умение применять фармакологический препарат создает преимущество в достижении полного лечебного и реабилитационного эффекта, однако, не грамотное использование фармакологических препаратов и допинговых средств, может оказаться не только не эффективным, но и нанести вред здоровью спортсмена. В спортивной практике показаниями использования фармакологических препаратов являются: возмещение дефицита пластических веществ (белки, жиры, углеводы, минералы, витамины, ферменты и др.); коррекция физиологических, биохимических, психоэмоциональных в нарушении состояния здоровья; лечение патологических состояний, болезней и травм. Мы считаем, что основными принципами применения фармакологических препаратов у спортсменов являются: комплексная фармакологическая программа, которая способствует снижению влияния факторов, ограничивающих работоспособность спортсмена. При этом, фармакологическая программа должна быть простой, доступной в использовании и безопасной; фармакологические препараты должны быть эффективными, и использоваться в течение всего цикла (от подготовительного до восстановительного этапов), и применяться курсовыми дозами; лекарственные препараты должны назначаться в оптимальных дозах с учетом наличия или отсутствия сопутствующей патологии, без побочных эффектов. **Выводы:** Таким образом, основными принципами выбора фармакологических препаратов в спорте высоких достижений являются: строгое применение по показаниям; оптимальный выбор способа применения лекарственных средств; определение ежедневной суточной дозы, краткости и длительности приема; проведение контроля за побочными действиями и осложнениями при применении фармакологических препаратов; контроль за эффективностью применения лекарственных средств.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПРЕПАРАТА РЕМАКСОЛ

Киршанкова М.А., студентка 12 гр. 5 курса Курского государственного медицинского университета
Кафедра фтизиопульмонологии (зав. каф. - д.м.н., В.М. Коломиец)
Научный руководитель – зав. кафедрой, д.м.н., проф. В.М. Коломиец

Вынужденная необходимость использования при лечении больных туберкулезом довольно токсичных противотуберкулезных препаратов так называемого резервного ряда вследствие угрозы развития лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза (МБТ) и неизбежность увеличения длительности курса лечения увеличивает риск развития нежелательных эффектов лечения. С целью их предупреждения и ликвидации показано тщательное клиническое обследование больных перед началом лечения и использование патогенетической терапии для их своевременного купирования. **Цели работы:** Изучение эффективности гепатопротекторного препарата Ремаксол при лечении осложнений антибактериальной терапии у больных туберкулезом легких. **Материал и методы исследования:** Наблюдали 123 больных различными клиническими формами туберкулеза легких, которые в условиях стационарного этапа принимали основной курс лечения

в соответствии с общепринятыми стандартами согласно клинических рекомендаций. При поступлении в стационар больные обследовались по общепринятым стандартам, включая использование молекулярно-генетических методов выявления бактериовыделения и определения устойчивости возбудителя (МБТ) в лекарственных препаратах, компьютерной томографии и определение туберкулиновой чувствительности препаратом диаскинтест. При лечении осложнений (по показателям АЛТ, АСТ, содержание билирубина и холестерина) использовали препарат Ремаксол, который рекомендовано применять при нарушениях функции печени вследствие острого или хронического ее повреждения (токсические, алкогольные, лекарственные гепатиты), а также в комплексном лечении вирусных гепатитов (дополнительно к этиотропной терапии). **Результаты:** Наблюдали 123 больных различными формами туберкулеза легких, из которых у 50 (40,65%) заболевание было выявлено впервые, у 12 (9,76%) – рецидив процесса и у 61 (49,59%) отмечалось хроническое течение туберкулеза легких. По клинической структуре преобладали большие фиброзно-кавернозные и диссеминированные формы туберкулеза легких. У 112 больных (91,50%) диагностировали деструктивный процесс с наличием одной или нескольких полостей различных размеров, от 0,8 до 4 см в диаметре. Курс лечения препаратом ремаксол составлял 4 инъекции по 450 мл, препарат вводился внутривенно, через день. Осложнений после введения препарата не отмечалось. **Выводы:** Применение препарата Ремаксол в рекомендованном режиме для ликвидации осложнений антибактериальной (этиотропной) терапии существенно снижает количество и тяжесть побочных эффектов, особенно при лечении больных с хроническим течением туберкулеза легких. Отмечалось нормализация показателей дезинтоксикационной функции печени и с учетом этого использование препарата было эффективным при лечении антибактериальными препаратами как основного, так и резервного ряда.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА

Ким О.В., Юлдашев И.Ё, Хамракулова П.У., Джумаев Г.Х., резиденты магистратуры 2 и 3 года обучения СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. курсом - д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.)

Научный руководитель: ассистент Муминов О.Б.

Цель работы: Провести сравнительный анализ различных методов лечения подострого тиреоидита в зависимости от тяжести заболевания. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 30 больных подострым тиреоидитом (ПТ): 21 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 20 до 70 лет. Обследование проводилось на базе кафедры Самаркандского Областного Эндокринологического диспансера. В зависимости от тяжести заболевания больные были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 11 человек с легкой степенью ПТ. Во 2 гр – 9 человек средней степени тяжести ПТ и 3 гр.- 10 человек со средней и тяжелой формой ПТ. Больные 1 группы получали 2 курса лазерной терапии (ЛТ) на область ЩЖ по 20 процедур с 10-дневным перерывом. У больных 2 группы прием нестероидных противовоспалительных препаратов (индометацин по 75 мг в сутки) сочетали с курсом ЛТ на область ЩЖ. Больным 3 группы со среднетяжелым и тяжелым течением ПТ проводилось традиционное лечение с использованием синтетических аналогов глюкокортикоидных гормонов (преднизолон по 20-30 мг в сутки) с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов до полной отмены. Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее в себя пальпацию ЩЖ, УЗИ ЩЖ, определение в сыворотке крови уровней трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), АТ-ТГ. **Результаты:** У больных 1 группы на 5-6-й день лечения у 10 из 11 пациентов отмечалась нормализация температуры тела, уменьшение болезненности ЩЖ при пальпации. На 10-й день лечения у всех пациентов отмечали улучшение общего состояния, исчезновение боли в ЩЖ. Через 7-10 дней в клиническом анализе крови наблюдалась нормализация СОЭ. Средняя продолжительность курса лечения составила 20 дней. Через 10 дней всем больным 1 группы проводили повторный 20-дневный курс ЛТ на область ЩЖ. Побочных эффектов выявлено не было. У 7 больных 2 группы на 6-й день лечения наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение местных признаков воспаления. Полное устранение болевого синдрома было отмечено на 8-10-й день лечения. Через 7-10 дней в клиническом анализе крови наблюдалась нормализация СОЭ. Средняя продолжительность курса лечения составила 45-50 дней. Субъективное улучшение состояния у больных 3 группы со средней и тяжелой степенью тяжести ПТ наблюдалось на 3-й день лечения. Болевой синдром полностью исчезал на 7-8-ой день лечения. Через 5-7 дней наблюдалась нормализация СОЭ. Через 10-14 дней после начала лечения проводили постепенное снижение дозы преднизолона: первоначально на 2,5 мг, затем на 1,25 мг 1 раз в 5-7 дней до полной отмены. Средняя продолжительность курса лечения составила 45-50 дней. **Выводы:** Таким образом, при легком течении подострого тиреоидита в качестве самостоятельного метода у больных целесообразно применять лечение гелий-неоновым лазером на область щитовидной железы. Гелий-неоновое лазерное облучение в комбинации с пероральным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов или синтетических аналогов глюкокортикоидных гормонов у больных (ПТ) со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания позволяет снизить дозу глюкокортикоидных гормонов, сократить сроки лечения и уменьшить количество побочных эффектов.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ОВАРИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ

Ким О.В., магистр 2 курса, Содиков С.С., Кувондинов Г.Б., Муртазаева Н., резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. курсом - д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.)

Научный руководитель: ассистент Хамраева Д.Х.

Цель работы: Изучить влияние гипотиреоза на фертильную функцию женщины. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 32 женщины в возрасте 18-40 лет с гипотиреозом, осложненным нарушением репродуктивной функции. У всех больных были определены: уровень тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), пролактина, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ). Наличие скрытых и лёгких стадий первичного гипотиреоза (у 13 больных) подтверждали с помощью функциональных тестов с экзогенным ТТГ и тиреотропин-рилизинг гормоном (ТРГ). **Результаты:** у 26 обследованных женщин (81%) был выявлен первичный гипотиреоз, у 6 женщин (19 %) – вторичный гипотиреоз. Нарушения функции яичников среди больных первичным гипотиреозом варьировали от недостаточности 2-й фазы при сохранённом цикле до ановуляции на фоне вторичной аменореи. У женщин с ановуляцией на фоне первичного гипотиреоза выявлено 2 типа нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Гипогонадотропный тип сопровождается высоким содержанием пролактина в сыворотке крови и клинически может протекать по типу синдрома аменореи-лактореи. Уровень ЛГ и ФСГ в сыворотке крови и их реакция на введение ЛГ-РГ указывают на поражение регуляторных механизмов деятельности яичников на гипоталамо-гипофизарном уровне. Гипергонадотропный тип нарушения сочетается с неизменной секрецией пролактина. Достовер-

но сниженное содержание эстрогенов в крови по сравнению с первично-центральной формой аменореи позволяет думать о преимущественном нарушении механизма регуляции репродуктивной функции на уровне яичников. Все больные получили курс лечения L-тироксином в начальной дозе 50 мкг с последующим увеличением дозы до 100 мкг 1 раз в сутки утром натощак в течении 3 месяцев. **Выводы:** Таким образом, лечение L-тироксином в обеих группах больных сопровождалось нормализацией исходно нарушенных гормональных показателей.

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ким А.А. ассистент, магистр курса фтизиатрии СамМИ, Асагулаев А.Ф.

Кафедра внутренних болезней № 1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ассистент Пардаева У.Д.

В данном случае наблюдается изолированная форма туберкулеза молочной железы. Пациентка М. 22 лет. Жительница сельской местности Самаркандской области поступила в Самаркандский Областной Противотуберкулезный диспансер 04.11.2015 г с диагнозом: Туберкулез левой молочной железы, активная фаза. Состояние после операции VIII-2015 год. Сопутствующий диагноз: Беременность сроком 25-26 недель. Хроническая полидефицитная анемия, средней степени тяжести. В анамнезе: ребенку 9 месяцев кормила грудным молоком. Забеременела на второго ребенка, что послужило поводом на переход к искусственному вскармливанию. Через месяц появился болезненный плотный узел на внутренней поверхности левой груди. В августе месяце 2015 года была прооперирована в онкологическом диспансере. Сделано патологоанатомическое обследование под №11854-59 от 13.08.2015 года. Макро и микроописание: Эпителиоидно-фиброзная мастопатия с хроническим специфическим воспалением. Патологоанатомическое заключение: Хронический специфический мастит туберкулезной этиологии с преобладанием продуктивной тканевой реакцией. В детстве перенесла корь. Росла и развивалась в удовлетворительных материально бытовых условиях. Контакт с туберкулезным больным отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. При пальпации определяется безболезненный, увеличенный до III-IV размера лимфатический узел в левой подмышечной впадине. На внутренне-верхнем секторе левой молочной железы имеется послеоперационный рубец красно-бордового цвета спаянный с правой молочной железой. Общий анализ крови: гемоглобин-82, эритроциты-3,3; цветной показатель-0,72; лейкоциты-7,0; сегментоядерные-72; лимфоциты-24; моноциты-4; СОЭ - 5. Флюорография: Легочные поля без изменений. Сердечно-сосудистая система без особых патологических отклонений. Проведено лечение по I категории ДОТС (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). Лечение переносила хорошо, через 2 месяца выписана на амбулаторное лечение. Таким образом необходимо: 1. Повысить настороженность маммологов, узких специалистов и врачей общей практики. 2. Женщины репродуктивного возраста должны входить в группу риска по данному заболеванию. 3. Кормящим женщинам проводить профилактические осмотры.

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Клеблева Г.Д.

Кафедра внутренние болезни № 4 с гематологией (зав. каф., доц. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: ассистент Сафарова М.П.

Цель работы: Оптимизировать значения со стороны сердечно-сосудистой системы по электрокардиографическим изменениям у больных с бронхиальной астмой по данным историй болезни больных, находящихся на стационарном лечении Городского Медицинского Объединения города Самарканд в отделении аллергологии и пульмонологии. **Материал и методы исследования:** Обследовано 216 больных в возрасте от 20 до 65 лет, методом независимого электрокардиографического исследования больных, поступающие в отделение пульмонологии и аллергологии Городского Медицинского Объединения, в течение 2014 года. **Результаты:** Установлено, с помощью электрокардиографических показателей у 216 больных существуют следующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: 1. Гипертрофия и перегрузка правого предсердия у 21 больного - 9,8% 2. Гипертрофия обоих желудочков у 27 больных - 11% 3. Гипертрофия левого желудочка у 168 больных - 52,5% 4. Метаболические изменения в миокарде желудочков у 48 больных - 17,7% 5. Гипертрофия левого желудочка и метаболические изменения в миокарде желудочков у 105 больных - 36,4% 6. Блокады правой ножки пучка Гиса у 17 больных - 5,4%. 7. Гипоксия миокарда у 17 больных - 8,5% 8. Рубцовые изменения у 3 больных - 0,95% 9. Синусовая брадикардия у 4 больных - 1,26% 10. Синусовая тахикардия у 17 больных - 8,5%. 11. Экстрасистолия у 12 больных - 7% **Выводы:** Таким образом, проведя наше исследование у 216 человек, были выявлены такие изменения на электрокардиограмме как, перегрузка правого предсердия «P-pulmonale», признаки гипертрофии обоих желудочков, картина блокады правой ножки пучка Гиса, выраженные метаболические изменения миокарда желудочков, что чаще всего сопровождается артериальную гипоксемию, являются характерными для больных с бронхиальной астмой. В связи с этим, всех больных впервые обращающихся в кабинет электрокардиографии, мы можем с уверенностью направить к нужному специалисту, то есть на основании электрокардиографических изменений можно говорить о легочно-сердечной недостаточности.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ЧЛЕНОВ ОДНОЙ СЕМЬИ

Кодирова М., Узиков М., студенты 516 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренние болезни № 4 с гематологией (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)

Научный руководитель: ассистент Ходжиева Н.С.

Цель работы: Одним из этиологических факторов ЯБ является наследственная предрасположенность и нарушение режима питания. В связи с этим целью нашего исследования явилось ещё раз напомнить роль наследственности в развитии этого заболевания. **Материал и методы исследования:** Роль наследственного фактора в возникновении язвенной болезни наблюдали у больного историю болезни которого мы приводим ниже. **Результаты:** Больной Разинов Алишер (история болезни №201889) из города Самарканда ул. Андижанская 73, временно не работает. Дата поступления в стационар 10.02.2016-Дата выписки 20.02.2016 Диагноз - Язвенная болезнь луковицы 12 перстной кишки в стадии рубцевания. Жалобы при поступлении на боли в эпигастриальной области, ночные, голодные боли, изжога и горечь во рту, вздутие живота, тошнота. Из анамнеза выяснилось, что болеет в течении многих лет, а именно с 18 летнего возраста, но за медицинской помощью не обращался. При появлении болей выпивая большое количество воды вызывал искусственную рвоту. Впервые обратился за врачебной помощью 2014 году и установлен после ФГДС диагноз. «Язвенная болезнь 12 перстной кишки в стадии обострения». Получал противоязвенную терапию, состояние улучшилось, после выписки из стационара больного

периодически беспокоили боли в эпигастрии но он не соблюдал диету и не получал никакого лечения со слов больного вызывал искусственную рвоту выпивая много воды и этим облегчил свое состояние. Боли в области эпигастрия усилились, стали беспокоит тошнота, рвота и больной обратился в ГМО №1. Из анамнеза выяснилось, что в семье больного несколько человек страдают язвенной болезнью, причем болеют члены семьи только по мужской линии. Так отец больного страдал язвенной болезнью 12 перстной кишки. В семье их было 6 братьев и сестер. Язвенной болезнью страдали 4 братьев, а сестры были здоровыми. Сам больной имеет 2-х сыновей и оба также страдают язвенной болезнью. **Выводы:** Приведенный нами случай является ещё одним доказательством современного взгляда на патогенез ЯБ: «Без кислоты и хеликобактериоза – нет язвы», а также роль наследственного фактора и образа жизни больного.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Кодиров А.А., резидент магистратуры 3 года обучения СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. – профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Вязикова Н.Ф.

Цель работы: изучить особенности пароксизмов при алкогольной энцефалопатии. **Материал и методы исследования:** обследовано 72 больных, которые разделены на 2 группы: 1 – больные с АЭ с впервые развившимися пароксизмальными состояниями (24 (33%) пациента), 2 – больные АЭ, осложнённой повторными судорожными приступами (алкогольная эпилепсия) – 48 (67%) больных. Всем пациентам проведено клинико-неврологическое и нейровизуализационное обследование (ЭЭГ, КТ, МРТ, ЭКГ, УЗДГ). С целью исследования эффективности противосудорожной терапии проанализированы результаты терапии 45 больных. **Результаты и обсуждение:** первично-генерализованные припадки выявлены у 21 (87,5%) больных 1-й группы и у 45 (93,7%) пациентов 2-й группы, всего у 91,7% больных. Вторично-генерализованные приступы установлены всего у 3 (12,5%) пациентов 1-й группы и у 4 (8,3%) больных 2-й группы, без статистически достоверных различий. Среди пароксизмальных расстройств отмечалось достоверное преобладание первично-генерализованных тонико-клонических приступов ($p=0,05$; $p<0,05$). В большинстве случаев наблюдалось достоверное преобладание однократных приступов ($p<0,05$). У пациентов с АЭ, осложнённой повторными судорожными пароксизмами (алкогольная эпилепсия) частота их возникновения распределилась следующим образом: у 3 (6,3%) больных достоверной информации о частоте приступов не получено, 14 (29,2%) пациентов указывали, что пароксизмы развивались с частотой 1 раз в месяц, 7 (14,6%) больных перенесли 1 приступ за 2 месяца, у 15 (31,2%) припадки повторялись каждые 3 месяца, у 10 (20,8%) имел место 1 пароксизм за 6 месяцев. С целью изучения эффективности противосудорожной терапии у больных алкогольной эпилепсией были проанализированы результаты лечения 45 пациентов, которые были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 22 (49%) пациента принимавших карбамазепин, 2-ую – 23 (51%) больных, принимавших фенобарбитал. Анализ результатов показал, что на фоне алкогольной ремиссии при регулярном приёме карбамазепина у больных АЭ, осложнённой повторными пароксизмальными расстройствами отмечено достоверное снижение частоты эпилептических приступов и улучшение нейрофизиологической картины по результатам ЭЭГ ($p<0,05$). Менее эффективным оказалось применение фенобарбитала. Катамнестическое наблюдение показало, что успех лечения во многом определяется стабильностью алкогольной ремиссии и регулярностью приёма препаратов. **Выводы:** у пациентов на фоне регулярного приёма карбамазепина в индивидуальной дозировке отмечено достоверное уменьшение частоты эпилептических приступов. Назначение антиконвульсантов больным АЭ на фоне продолжающегося приёма алкоголя нецелесообразно, так как отмечается учащение частоты эпилептических приступов не только в связи с провоцирующим действием алкоголя, но и на фоне подчас резкого прекращения приёма антиконвульсантов и развитием в связи с этим «припадка отмены».

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНКОРА И КОРДАРОНА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

Косыбаева А.Е., студентка 739 группы факультета общей медицины и стоматологии

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. - д.м.н. Бакирова Р.Е.) КГМУ

Научный руководитель: асс. Беков Е.К.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и их осложнения по-прежнему являются основными причинами инвалидизации и высокой смертности во многих странах, в том числе и в Казахстане. Поэтому особенно актуальным является вопрос своевременного лечения и профилактики ССЗ. Современные бета-адреноблокаторы также как и антиаритмические препараты, активно используются в кардиологической практике и имеют широкий спектр показаний к назначению, которые весьма положительно зарекомендовали себя при лечении артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца с наличием аритмий. Однако все ли антиаритмические препараты одинаково эффективны? **Цель работы:** Изучение антиаритмической эффективности Конкора и Кордарона. **Материал и методы исследования:** Был проведен анализ 350 истории болезни с наличием ишемической болезни сердца (ИБС), мерцательной аритмией с 2004 по 2011 года на базе госпиталя «ШахтерИспат-Кармет», которые оценивались по данным ЧСС (частоты сердечных сокращений) и показаниям ЭКГ (электрокардиография) в момент поступления и выписки. **Результаты:** Ретроспективно анализируя 350 истории болезни пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы с наличием нарушения ритма было выявлено, что из 350 пациентов 57,1% составили мужчины, 42,9% - женщины, средний возраст составил от 61 года до 65 лет. По данным анализа ЧСС и ЭКГ в динамике, Кордарон снижает ЧСС на 68,4%, Конкор на 67,8% (средний показатель ЧСС снижен от 110 в среднем до 75 ударов в минуту). **Выводы:** Таким образом, оба препарата показали одинаковые антиаритмические способности, сопутствующие заболевания как хроническая болезнь легких, бронхиальная астма, сахарный диабет и заболевания щитовидной железы играли профилирующую роль для выбора препарата.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Косимов А.А., резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

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

Научный руководитель: д.м.н. доц. Абдуллаева Н.Н.

Цель работы: Изучить электроэнцефалографические параметры при эпилепсии в различных возрастных группах. **Материал и методы исследования:** Работа основана на результатах наблюдения за 168 больными эпилепсией. Основной контингент составили пациенты детского, юношеского и молодого возраста, а также больные зрелого возраста и пожилые (89,3%). Обследование пациентов с эпилепсией проводили по общепринятым методикам. Электроэнцефалография (ЭЭГ)

– всем пациентам проведено ЭЭГ метод исследования биоэлектрической активности головного мозга. **Результаты и их обсуждение:** При анализе результатов ЭЭГ-исследования оценивалась не только пароксизмальная эпилептическая активность в соответствии вариантам возрастной нормы фоновой активности коры головного мозга как в бодрствовании, так и во время сна (с помощью видео-ЭЭГ-мониторинга). С синдромом Веста обследовано (32,2%) детей. До 1 года манифестация приступов наблюдалась у 46 больных, от 1 года до 2 лет - у 6, от 2 до 3 лет - у 4 пациентов. В возрасте до 1 года в 3 наблюдениях зафиксирован паттерн «вспышка- угнетение». Результаты, полученные при изучении ЭЭГ в этой группе, практически не отличались от возрастной нормы, то есть оказались не специфичными. В 2 случаях - единичные медленные пик-волновые комплексы, в 5 наблюдениях регистрировались диффузные острые волны различной частоты, лишь в 7 наблюдениях было зафиксировано замедление формирования биоэлектрической активности головного мозга. Варианты нормальной ЭЭГ регистрировалась у (32,4%) , I тип у (39,7%), II тип у (54,4%), - III тип у (2,4%) пациентов. Пациенты с парциальными приступами в 34,2% наблюдений имели ЭЭГ, не соответствующую паспортному возрасту. ЭЭГ V типа по Жирмунской регистрировались у 5,2% больных, IV типа - у 17,4%. При височных эпилептических припадках феномен у 12,9% пациентов, локальная пик-волновая, спайк-активность и острые волны - у 37,3%, локальное замедление основной активности - у 3,86%. Нормальная энцефалограмма зарегистрирована только у 18,97% пациентов, причем десинхронный тип ЭЭГ практически не встречался (2,6%). Следует отметить, что феномен вторичной билатеральной синхронизации наблюдался чаще у больных с длительным анамнезом эпилепсии (в 90% наблюдений - больше 5 лет) и в возрасте старше 20 лет. Феномен вторичной билатеральной синхронизации выявлен у 5,3% пациентов. Локальная пароксизмальная активность регистрировалась значительно чаще - в 31,8%, причем в 11,1% наблюдений - на фоне диффузного церебрального атрофического процесса. Локальное замедление активности наблюдалось у 13,8% пациентов. Возрастная норма на ЭЭГ у данной возрастной группы регистрировалась в 36,0%, причем десинхронный тип-у 30,2%. Проявлений гиперсинхронизации активности в этой группе пациентов не наблюдалось. IV тип ЭЭГ отмечен в 7,4% наблюдений, V тип- у 1,6% больных. Возрастная норма на ЭЭГ у данной возрастной группы регистрировалась в 36,0%, причем десинхронный тип - у 30,2%. Проявлений гиперсинхронизации активности в этой группе пациентов не наблюдалось. IV тип ЭЭГ отмечен в 7,4% наблюдений, V тип - у 1,6% больных. **Выводы:** Таким образом, для подтверждения диагноза эпилепсии результаты ЭЭГ имеют неоспоримое значение, но контроль проводимой терапии, достоверное подтверждение стойкости ремиссии не всегда адекватны при анализе только результатов рутинной ЭЭГ.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Кудратова Н.Б., Хамраева Л.С. резиденты магистратуры 1 года обучения

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Абдуллаева Н.Н.

В пожилом возрасте резко изменяются процессы биотрансформации. Вследствие этого степень связывания белками плазмы антиэпилептических препаратов (АЭП) в молодом и пожилом возрасте может быть одинакова, но уменьшение метаболического клиренса и повышение концентрации в крови в пожилом возрасте приводит к увеличению фармакологической активности лекарства. **Цель работы:** Определение клинико-диагностической особенности эпилепсии в пожилом и в старческом возрасте. **Материал и методы исследования:** Нами были исследованы 140 пожилых больных с эпилепсией (по ВОЗ старше 60 лет) пожилого возраста. Методы исследования включали ЭЭГ, МРТ, определение концентрации препаратов вальпроовой кислоты в плазме крови. **Результаты и их обсуждение:** Клинические проявления эпилептических приступов у пожилых пациентов имели ряд особенностей: не было отмечено ни одного случая ауры в виде обонятельных галлюцинаций, длительность послеприступного периода у наблюдалась несколько больше. При исследовании выраженности диффузных изменений БЭА головного мозга нами были выявлены легкие изменения в виде легкой дезорганизации альфа-ритма по частоте, недостаточной модуляции или отсутствии модуляции альфа-ритма у 9 (7,4%) больных пожилого возраста, выраженные изменения БЭА - у 76 (62,3%) больных, грубые изменения - у 37 (30,3%) пожилых больных. В группе сравнения, легкие изменения БЭА были отмечены у 20 (29%) больных молодого возраста, умеренные - у 38 (55,1%) и выраженные изменения БЭА - у 4 (5,8%) больных. При исследовании ЭЭГ в межприступном периоде пароксизмальная и условно-пароксизмальная активность была выявлена у 85 (60,7%) больных пожилого возраста и у 59 (73,8%) больных в группе сравнения. По данным нейровизуализации, очаги корковой локализации были выявлены у 36 (67,9%) пожилых больных и 9 (45,0%) больных в группе сравнения, подкорковой локализации - у 11 (20,8%) и 9 (45%) больных, корково-подкорковой локализации - в 6 (11,3%) и 2 (10,0%) случаях соответственно. Совпадение фокальных изменений ЭЭГ с очаговыми на МРТ имело место у 29,5% пожилых больных и 20,8% больных в группе сравнения. У остальных больных отмечалось расхождение этих данных. У 32,8% больных пожилого возраста и 50% больных в группе сравнения имелись фокальные изменения на ЭЭГ, не подтвержденные очагом соответствующей локализации. Анализ плазмоконтентации вальпроовой кислоты в возрастной группе 60-75 лет превышала допустимую в среднем на 23%, что составляло на 24,6 мг/л больше допустимой плазмоконтентации. В возрастной группе старше 75 лет средняя плазмоконтентация вальпроата была выше предельно допустимой в среднем на 34%, что больше в среднем на 40,8 мг/л. После коррекции суточной дозы исследуемых АЭП побочные реакции регрессировали у всех больных. По-видимому, это было связано с оптимальной концентраций исследуемых АЭП в плазме крови. Коррекция суточной дозы АЭП у пожилых больных не повлияла на эффективность противосудорожной терапии. **Вывод:** Таким образом, адекватное уменьшение дозы АЭП у пожилых больных эпилепсией снизило частоту осложнений противосудорожной терапии и не повлияло на ее эффективность.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭРОТОМАНИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кучимова Ч.А., Кубаев Р.М., ассистенты кафедры, Тураев Б.Т., резидент магистратуры

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии СамМИ (зав. кафедрой: к.м.н., доц. Велияева А.С.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Велияева А.С.

Учение об эротомании, получившее широкое развитие на протяжении прошедшего столетия, продолжает привлекать внимание целого ряда специалистов различного профиля и в настоящее время. Эротомания является предметом исследования в различных аспектах – социальном, психологическом, генетическом и др. Одной из наиболее сложных в плане психопатологической интерпретации и клинической дифференциации представляется проблема эротоманических расстройств, выступающих в рамках пограничной психиатрии (пограничная эротомания). Пограничная эротомания представлена гетерогенными расстройствами, включающими психозы с феноменом небредовой патологической люб-

ви (НПЛ), а также изолированный бред любовного содержания. **Цель работы:** Целью исследования является клиническое изучение вариантов пограничной эротомании, ограниченных с одной стороны спектром психогенных – аффективных, а с другой – бредовых расстройств, направленное на анализ проблемы в аспекте типологии и терапии. **Материал и методы исследования:** Изученную выборку составили 82 пациента (57 женщин, 25 мужчин) из числа проходивших стационарное и/или амбулаторное лечение в СОПНД за период с 2014 по 2015 год. В психическом статусе которых на момент обследования регистрировались стойкие идеи любовного содержания, интерпретируемые в рамках "пограничной эротомании". **Результаты:** Средний возраст всей выборки составляет 28,3 лет (средний возраст для женщин – 29,5 лет, для мужчин – 28, 9 лет). Как следует из представленных данных в выборке преобладают лица женского пола. Также обращает на себя внимание доминирование в материале исследования молодых людей – более 90% наблюдений. Анализ социодемографических показателей свидетельствует о высоком уровне социального функционирования изученных пациентов – практически все (90,2%) работают, среди них преобладают лица (68%), занимающиеся высококвалифицированным трудом. Высокий профессиональный статус контрастирует с характеристикой семейного статуса – преобладают одинокие, в том числе и состоящие в разводе, пациенты (75,6 % от общей выборки). Уже на этапе первичной обработки материала выделено три группы пациентов. В первой группе (31 наблюдение, 43% случаев) длительность психогенного комплекса составляет от 4 до 8 недель (в среднем 6 недель), аффективных расстройств – от 4 до 9 недель (в среднем 6,5 недель). В данном случае можно говорить о практически одновременной редукции психогенного комплекса и гипотимии. Во второй группе (26 наблюдений, 36,2% случаев) обращает на себя внимания возможность продолжительного сохранения психогенного комплекса после исчезновения депрессии. Длительность депрессивных расстройств составляет от 6 до 10 недель (в среднем 8 недель), а длительность психогенного комплекса – от 16 до 24 недель (в среднем 20 недель). В третьей группе (15 наблюдений, 20,8% случаев) наблюдается минимальное по длительности существование психогенного комплекса (от 1 до 3 недель, в среднем 2), так и депрессивных нарушений (от 2 до 6 недель, в среднем 4 недели). Следует отметить более быструю редукцию психогенного комплекса по сравнению с аффективной составляющей патологической реакции. **Выводы:** Изучение репрезентативной выборки больных позволяет выделить пограничную форму эротомании, отличающуюся благоприятной динамикой и исходом. Последняя выступает в двух клинических вариантах: психогении с феноменом НПЛ и эротоманической паранойи.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кутумов Х.Ю., резидент магистратуры ТашПМИ

Кафедра клинической радиологии (зав. кафедрой – к.м.н., доцент Юсупалиева Г.А.)

Научный руководитель - д.м.н. Рашидов З.Р.

Цель работы: определить информативность ультразвуковой ангиографии в оценке функционального состояния почек при туберкулезе и разработать эхоангиографические критерии определения объема оперативного лечения больных нефротуберкулезом. **Материал и методы исследования:** Обследовано 103 больных с различными формами нефротуберкулеза. Ультразвуковое исследование почек выполняли по технологии, описанной в литературе, с использованием линейного и конвексного датчиков (частота 3,5 МГц) в режиме триплексного сканирования с использованием импульсно-волновой доплерографии и энергетической доплерографии (ЭД). Определяли размеры почек, оценивали их контуры, эхогенность и толщину паренхимы, структуру чашечно-лоханочной системы, наличие, количество, характер и размеры образований. Степень васкуляризации паренхимы оценивалась в режиме ЭД. Полноценным кровотоком считался, когда визуализировались междольные артерии в паренхиме почки, сниженным – если имело место единичное число сосудов в корковом слое паренхимы, фрагментарным – в случае, если в каком-то участке паренхимы кровотоков не визуализировался, эхографически считался не определяющимся – когда интратаненальный кровотоков не визуализировался. **Результаты:** При папиллярных полнокровных кровотоков наблюдался в 90,1%. При посттуберкулезных гидронефрозах полнокровный кровотоков имел место лишь в 9 (23,1%) наблюдениях. В остальных случаях кровотоков был сниженным – в 66,7%, фрагментарным – в 35,9% и не определялся – в 10,2% наблюдений. При кавернозном поражении в 27 (90%) наблюдениях имел место фрагментарный кровотоков, в 20 (66,7%) – кровотоков был снижен и в 3 (10%) – кровотоков не определялся. При поликавернозном поражении в 13 (76,5%) наблюдениях кровотоков не определялся, и в 4 (23,5%) – был резко снижен и фрагментарен. При нефроциррозах в 11 (91,7%) наблюдениях кровотоков не определялся. Для выявления взаимосвязи между результатами ультразвуковой ангиографии (УА), экскреторной урографией проведен корреляционный анализ. Как показал анализ, между отсутствием визуализации кровотока, «выключенной» рентгенологически почкой имеется прямая сильная связь ($r=1$, $p<0,02$). Между снижением кровотока по данным УА и сниженной выделительной функцией на экскреторных урограммах, также выявлена прямая сильная связь ($r=0,87$, $p<0,05$). Результаты УА почек подтвердило гистологическое исследование удаленных почек. Диагностическая информативность УА почек в оценке функционального состояния показала: чувствительность – 88,5% , специфичность – 86,7%, точность – 86,7%. **Выводы:** УА при нефротуберкулезе является высокоинформативным методом в оценке почечного кровотока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРУКТУРА

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕГИОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Литвинова Р.В., Корневская Е.В., студентки 5 курса Курского государственного медицинского университета

Кафедра фтизиопульмонологии (зав. кафедрой, д.м.н., Коломиец В.М.)

Научный руководитель д.м.н., проф. Коломиец В.М.

Цель работы: определение особенностей распространения и течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (Вич-ТБ) с последующей разработкой реабилитационных и противоэпидемических мероприятий. **Материал и методы исследования:** Исследование проводится в регионе Курской области России, обследование больных Вич-ТБ проводится в соответствии с общепринятым стандартом с использованием современных диагностических методов, в частности иммунологические («Диаскинтест»), бактериологические (молекулярно-генетические) и лучевые (компьютерная томография). Сформированы 3 группы наблюдаемых больных с Вич-ТБ: 1-я группа - ВИЧ-инфекция развилась на фоне ТБ - 52 (25,8%), из которых у 4 человек зарегистрированы рецидивы ТБ; 2-я группа - ВИЧ-инфекция и ТБ выявлены одновременно - 53 человек (26,3%); 3-я группа - ТБ развился на фоне ВИЧ-инфекции - 96 человек (51,9%). **Результаты:** В социальной структуре среди больных ВИЧ-ассоциированным ТБ преобладают мужчины, возрастной состав коррелирует с возрастными группами заболевших туберкулезом. Больных с наиболее вероятным сроком первичного инфицирования ВИЧ до 3 лет было

72,5%. В клинической структуре заболеваемости Вич-ТБ преобладают больные с нераспространенными формами ТБ и лишь в 2% случаев диагностирован фиброзно-кавернозный ТБ. Высоким является и выявление больных ВИЧ ТБ с лекарственной устойчивостью МБТ - у 12% больных, или в 21,8% случаев бактериовыделения. В клинических проявлениях ВИЧ-ассоциированного ТБ сравнительно с ВИЧ-инфекции отмечается достоверно более выраженное проявление интоксикационно-токсического (ИТС), астено-вегетативного (АВС) и бронхолегочного (БЛС) синдромов на всех стадиях ВИЧ, кроме IVB и V. В 50,5 % случаев ВИЧ/ТБ выявлены при обращении, при профилактических осмотрах - в 42,7 % случаев и при обследовании в лечебных учреждениях по различным причинам - 6,8 %. При добровольном консультировании и тестировании на ВИЧ-инфекцию пациентов противотуберкулезных заведений антитела к ВИЧ выявлены в 2% случаев. Контакт с больным туберкулезом в семье отмечали 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 условиях иммунодефицита вероятность развития ТБ повышается при снижении иммунитета до числа CD4 ниже 200, на стадиях ВИЧ-инфекции IVB, IVB, V и длительности течения ВИЧ-инфекции 7 лет и более. **Выводы:** 1. Анализ заболеваемости ВИЧ-ассоциированным ТБ выявил ее закономерный ежегодный рост, при этом наблюдается увеличение доли лиц мужского пола; 2. В условиях стабилизации эпидемической ситуации ВИЧ-инфицированные составляют одну из приоритетных групп повышенного риска среди населения; 4. Факторами риска Вич-ТБ является мужской пол, социальный статус, длительность и стадия ВИЧ-инфекции, уровень снижения иммунитета.

ЗНАЧЕНИЕ FULL CHEK UP В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Маженев С.М.

Центр спортивной медицины и реабилитации, г. Самарканд.

Цель работы: определить значение FULL CHEK UP при проведении первичных и ежегодных углубленных медицинских обследований высококвалифицированных спортсменов. **Материал и методы исследования:** проанализировано проведение FULL CHEK UP у спортсменов - футболистов (120 человек) в период проведения первичных и ежегодных углубленных медицинских обследований (за 2014-2015 года). **Результаты:** важное значение при проведении FULL CHEK UP играет методология функциональной и эргометрической диагностики. При этом, основными направлениями проведения данной процедуры являются современные методы экспресс - диагностики функционального состояния и количественной оценки резервов здоровья спортсменов. Алгоритм обследования включает: проведение клинических, иммунологических исследований; физикальный осмотр; проведение функциональных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ); по показаниям МРТ, рентгенография. Важное значение при проведении FULL CHEK UP имеет определение физической работоспособности с помощью субмаксимальных тестов и МПК методом велоэргометрии, тредмила или степ-теста; определение общей анаэро-аэробной, анаэробно-гликолитической и анаэро-алактатной работоспособности, определение зон мощности нагрузки; проведение вегетативных проб с анализом результатов; проведение экспрессной диагностики кардиореспираторной системы и функционального состояния организма спортсменов, спиро-артерио-кардиоритмография. Ценным методом исследования является оценка элементного статуса спортсмена и обеспеченность химическими биоэлементами - микронутриентами. Особое место в Full Check-Up занимает определение физической работоспособности. **Результаты:** В результате проведенного Full-Check-Up, у спортсменов выявлены следующие виды нозологических форм: снижение иммунного статуса (33,6%); заболевания женской половой сферы (28,2%); заболевания ЖКТ (26,8%); заболевания ССС (11,7%); заболевания опорно-двигательного аппарата (10,5%); заболевания мочеполовой системы (10,1%); заболевания нервной системы (9,3%); аллергические заболевания (8,9%); кожные заболевания (7,5%); заболевания органов дыхания (7,2%); ИППП (6,8%); заболевания системы кроветворения (4,8%); другие заболевания (2,7%). Динамика исследования физической работоспособности спортсменов показывает, что за шестимесячный период в целом, у спортсменов общие показатели физической работоспособности изменились в следующем порядке: улучшились - 31,8%; ухудшились - 25,5%; не изменились - 42,7%. **Выводы:** Таким образом, высокий уровень выявленной патологии путем Full Check-Up, свидетельствует о необходимости проведения данной процедуры при обследовании спортсменов, и определяет его значимую роль в выявлении заболеваний, что крайне важно для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий. В тоже время, динамика изменений показателей физической работоспособности спортсменов составляет четкую характеристику при планировании тренировочных физических нагрузок.

УЗДГ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Мамурова М.М., Рузиева Ш.А., резиденты магистратуры

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Цель работы: изучить клиничко-неврологические особенности хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных АГ, у пациентов молодого возраста. **Материал и методы исследования:** Нами обследовано 100 больных с АГ, из них 50 - с АГ I степени (АД 140/90 - 159/99 мм. рт. ст.), 50 - с АГ II степени (АД 160/100 - 179/109 мм рт. ст.) Средний возраст больных - 38,3±0,45 года. Всем больным выполнено клиничко-неврологическое обследование и УЗДГ. Больные поделены на 2 группы. **Результаты:** Индекс пульсации (P1) у больных с АГ I группы в среднем во всех изученных артериях существенно не отличался (P>0,05). В группе больных с АГ II группы P1 позвоночной артерии (ПА) был выше справа (P<0,001), а во внутренней сонной артерии (ВСА) и надблоковой артерии (НА) - не отличался (P>0,05). При сравнении P1 в группе с АГ I и АГ II было выявлено, что P1 в группе АГ II во ВСА и ПА был выше справа и слева (P<0,001), а в НА - без существенной разницы (P>0,05). При сравнении линейной скорости кровотока (ЛСК) ВСА справа и слева в группе больных с АГ I выявлено, что справа ЛСК была ниже, со статистической достоверностью (P=0,01), в группе с АГ II также ЛСК была ниже справа (P=0,05). ЛСК ПА была ниже слева в группе с АГ I (P<0,001) и в группе с АГ II - ниже слева (P<0,001). ЛСК по НА в группе с АГ I была ниже слева (0,05>P>0,01), в группе с АГ II - ниже слева (0,05>P>0,01). При сравнении пациентов с АГ I и АГ II, ВСА справа был ниже в группе с АГ II, а в группе с АГ I - ниже в ПА и НА справа и слева (P<0,001). ЛСК в группе больных с АГ I во ВСА была ниже слева (P<0,001), а в ПА и НА - справа (P<0,001). В группе больных с АГ I ЛСК в правой и левой ПА не отличалась (P>0,05), во ВСА была ниже справа, а в НА - слева (P<0,001). При сравнении пациентов в группах с АГ I и АГ II выявлено, что ЛСК во ВСА справа и слева и в ПА справа была ниже в группе с АГ I (P<0,001), а в левой ПА и в НА с двух

сторон - ниже в группе с АГ II ($P < 0,001$). У пациентов с АГ II стадии, обусловленной АГ, наиболее часто выявлялись асимметрия скорости кровотока по ПА, усиление скорости кровотока по ПА и НА с достоверностью ($P < 0,01$), повышение сосудистого тонуса в исследуемых областях, при $P < 0,05$. В группе с АГ II выявлялись начальные признаки снижения эластичности сосудов головного мозга у 56 (93,3%) человек, которые отсутствовали в группе с АГ I. Группе с АГ II наиболее чаще выявлялись: асимметрия скорости кровотока по позвоночным артериям, снижение сосудистого тонуса в исследуемых областях, снижение скорости кровотока по ПА и НА, понижение циркуляторного и периферического сопротивления в бассейне ПА и НА, с достоверностью ($P < 0,05$), а также недостаточность кровотока в системе ПА, при $P < 0,01$. В группе с АГ II выявлялись начальные признаки снижения эластичности сосудов головного мозга у 35 (87,5%) человек, которые отсутствовали в группе с АГ I. **Выводы:** Выявленные изменения гемодинамики указывают на наличие явлений дисциркуляции, более выраженных в группе с АГ II. Гемодинамически значимых нарушений кровотока не было выявлено в обеих исследуемых группах.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖКТ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Маслюкова Л.С., студентка 414 группы лечебно-профилактического факультета УГМУ

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии (зав. каф. - д.м.н., профессор Смоленская О.Г.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Куприянова И.Н.

Цель работы: изучение частоты и выраженности симптомов функциональной патологии ЖКТ (СРК и /или функциональной диспепсии) и их связь с симптомами депрессии, тревоги и качества жизни у студентов различных курсов и вузов г. Екатеринбурга в период психозмоционального стресса (зачетов, сессии) и в каникулярный период. **Материал и методы исследования:** Для анонимного анкетирования студентов вузов г. Екатеринбурга была создана online-анкета, включающая 47 вопросов из трех валидизированных опросников (HADS (1983), качества жизни SF-36 и динамической оценки симптомов функциональной патологии ЖКТ «7 симптомов за 7 дней») (одобрен Независимым междисциплинарным Комитетом по этической экспертизе клинических исследований 24.04.2015.), предназначен для сбора и анализа данных о симптомах функциональной, в том числе сочетанной, патологии ЖКТ. Он включает в себя оценку наличия и выраженности 7 наиболее типичных жалоб со стороны ЖКТ, характерных для функциональной диспепсии (ФД) и/или СРК. Online-анкета была создана в Google-форме на основе WEB –панели, размещенной в социальной сети «ВКонтакте». Ссылка на online-анкету была распространена через старост групп в вузы г. Екатеринбурга. Анкетирование проводилось в два этапа: с 22.12.2015 по 20.01.2016 - в период психозмоционального стресса (зачетов, сессии); с 21.01.2016 по 19.02.2016 - в каникулярный период. **Результаты:** В анкетировании приняли участие 72 студента. По шкале SF-36 отмечено снижение показателя общего состояния здоровья, что свидетельствует о снижении качества жизни респондентов. Тревожно-депрессивные расстройства разной степени выраженности были в 45%. В каникулярный период число лиц с данными расстройствами снизилось примерно в 3 раза. Респонденты, у которых были выявлены симптомы ФП ЖКТ (ФД и/или СРК), преимущественно в форме ФД - СРК перекреста в стрессовый период были распределены на 4 группы по выраженности симптомов: 1 группа -55%; 2 группа -26%; 3 группа - 12%, 4 группа - 7%. Таким образом, преобладали лица с умеренной симптоматикой. В каникулярный период распределение по группам было следующее: 1 группа -57%; 2 группа -30%; 3 группа - 7%, 4 группа - 7%. Обращает внимание, что число лиц в 4 группе со значительной симптоматикой не изменилось. В оба исследуемых периода у 60% студентов были выявлен симптом перекреста ФП ЖКТ в виде: эпигастрального болевого синдрома и СРК с болью/запором. У всех респондентов с ФП ЖКТ выявлено существенное снижение показателя шкалы общего состояния здоровья и показателя шкалы психического здоровья. У лиц со значительной и выраженной симптоматикой ФП (3 и 4 группы) отмечено снижение КЖ по всем шкалам; более выражены частота тревожно-депрессивных расстройств что можно объяснить социальной дезадаптацией и наличием симптома перекреста ФП ЖКТ. **Выводы:** Таким образом использование online-анкетирования в социальных сетях студентов с применением разработанной анкеты позволяет эффективно выявлять в динамике: состояние качества жизни -наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств -частоту и выраженность симптомов ФП ЖКТ, в том числе, наличие ФД - СРК перекреста. Такой вид online-анкетирования можно рекомендовать в ВУЗах для мониторингирования состояния здоровья студентов на протяжении учебы.

СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Маценко В.И., резидент магистратуры БГМУ

Кафедра семейной медицины (заведующая кафедрой - д.м.н., профессор Сидорчук Л.П.)

Научный руководитель работы: д.м.н., профессор Сидорчук Л.П.

Цель работы: Изучить ассоциации насхеп и НАСГ у больных с эссенциальной АГ (ЭАГ), АО и МС с показателями тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в зависимости от степени ожирения. **Материал и методы исследования:** В проспективном исследовании приняли участие 105 больных эссенциальной АГ (ЭАГ) II стадии, 1-2 степени, высокого и очень высокого риска с сопутствующим АО, МС и НАЖБП. Этап скрининга прошло 96 пациентов, среди которых 41,67% (40) - мужчин, 58,33% (56) - женщин; средний возраст составлял $53,70 \pm 5,34$ лет. АО определяли за окружностью талии (ОТ) для мужчин > 94 см, для женщин > 80 см. Абдоминальный тип ожирения подтверждали по соотношению ОТ / окружности бедер (ОБ): у мужчин $> 1,0$, у женщин $> 0,85$. По индексу массы тела (ИМТ) (соотношение массы тела к росту, возвышенного к квадрату) ≥ 30 кг/м², выставляли ожирение (ОЖ). Функцию печени изучали по активности ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратамино-трансферазы (АСТ), гамаглутамилтрансептидазы (ГГТП), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), общим билирубином и его фракциями, тимоловой пробы. Всем пациентам, которые прошли скрининг, выявили также ультразвуковое обследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) и почек. Совершенную коагулограмму крови изучали по показателям активированного времени рекальцификации плазмы (АЧР), время рекальцификации (ВР), протромбинового индекса (ПТИ), содержания фибриногена А (ФБГ), густоту крови - по показателю гематокрита (Ht). **Результаты:** Среди обследованных 27,08% (26) человек имели ОЖ I степени, 58,33% (56) человек - ОЖ II степени, 14,58% (14) пациентов - ОЖ III степени. В 16,67% (16) лиц регистрировали стеатогепатит с минимальной активностью мезенхимально-воспалительного процесса, у остальных больных 83,33% (80) - стеатогепатоз. У пациентов с ЭАГ и ОЖ I степени установили достоверно выше ПТИ, ЧР и ФБГ А, чем в таких с ОЖ III на 9,94% ($p = 0,048$), 13,88% ($p = 0,029$) и в 2,31 раза ($p = 0,003$), соответственно. Полученные данные свидетельствуют о замедлении процессов свертывания крови сразу в двух звеньях: удлинение периода генерации активного тромбина за внешним механизмом при компенсаторной активации процессов фибриногенеза (фактора Па и фибрина). Уровень ФБГ А у лиц с ОЖ I степени

превышал также такой у больных ОЖ II на 53,75% ($p = 0,013$). Кроме того, рост плазмового содержания ФБГ А у пациентов с ОЖ I степени на фоне высокого содержания лейкоцитов периферической крови на 25,92% ($p = 0,002$), показатели последнего не превышают референтные значения, дополнительно свидетельствует еще и возможное наличие малоактивного воспалительного процесса. Изменение показателей первичного гемостаза с учетом вида НАЖБП показала у больных стеатогепатитом высокий уровень ФБГ А на 56,71% ($p = 0,008$) и лейкоцитов - на 20,25% ($p = 0,021$), чем у пациентов с стеатогепатозом. **Выводы:** Изменения показателей первичного гемостаза у больных стеатогепатитом, ЭАГ и АО ассоциируют с усилением фибриногенеза и наличием мезенхимально-воспалительного синдрома в печени.

ИСХОД ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мардонов Ж.С., резидент магистратуры 2 года обучения

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: д.м.н. профессор Джурабекова А.Т.

Цель работы: Выявить неблагоприятный исход инсульта у лиц пожилого и старческого возраста с учетом сравнения диагностических методов. **Материал и методы исследования:** Объектом исследования явились 140 пациентов в остром периоде инсульта, из которых: 63 мужчин и 77 женщин. Исследование проведено в течении 5 лет (реанимационное отделение клиники СамМИ). Возраст больных колебался от 70 до 93 лет. По типу инсульта выделено 3 группы больных: 1-я - с инфарктом мозга (99 пациентов), 2-я - смешанным инсультом (12 пациентов) и 3-я - кровоизлиянием в мозг (29 пациентов). Всем больным было выполнено стандартное ЭКГ исследование. КТ головного мозга выполнено 58, МРТ головного мозга выполнено 24 больным. Уровень сахара крови исследовался у всех пациентов в острой стадии инсульта. **Результаты:** Данные исследований свидетельствуют о том, что у лиц пожилого и старческого возраста ведущей причиной инсульта независимо от типа ОНМК являлось сочетанное атеросклеротическое и гипертоническое поражение церебральных сосудов. Наибольшее число летальных исходов инфаркта мозга наблюдалось при эмболии из полостей сердца (80%). Геморрагический и смешанный инсульт в старшей возрастной группе в 1,7 раз чаще наблюдался у лиц женского пола. Количество смертельных исходов у мужчин и женщин увеличивался в возрасте старше 80 лет до 60% и 88,9% соответственно, а у более «молодых» пожилых пациентов (75-79 лет) эти цифры составляли 47% и 62,5%. Для ишемического инсульта, развившего по механизму обтурации сосуда (48,5% случаев), более характерно внезапное начало заболевания (83,3%), высокая смертность (64,6%) и значительно реже медленное развитие ОНМК (16,7%) ($p < 0,01$). При мозговом инфаркте неокклюзионного характера наблюдалось преобладающее количество наблюдений с медленным началом заболевания (53%), при этом смертность больных была низкой (15,7%). Отмечено, что для геморрагического инсульта характерно внезапное начало (93,2%) и высокий процент летальных исходов (55,3%). Исход геморрагического инсульта во многом зависит от скорости излития крови. Так, при медленном развитии заболевания наблюдался положительный исход в 100% случаев. **Выводы:** Таким образом, темп развития заболевания во многом определяет его исход. При медленном развитии инсульта у лиц пожилого и старческого возраста чаще наблюдается благоприятный исход, чем у больных с внезапным развитием ОНМК, для которого характерно большое количество летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Мирзаев О.В., студент 701 группы медико-педагогического факультета СамМИ,

Абдиева Г.А., резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: Изучить особенности клинического течения ИБС у женщин в период постменопаузы. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 60 женщин в возрасте от 40 до 55 лет (средний возраст $46,8 \pm 3,6$ лет) с диагнозом ИБС, в частности, прогрессирующая стенокардия напряжения, подтвержденный гинекологом диагноз перименопаузы, информированное согласие пациенток на участие в исследовании. Из 60 пациенток были сформированы три группы для последующего сравнительного анализа. I группу составили 42 (70%) пациентки с диагнозом ИБС, II группу - 10 (17%) пациенток с диагнозом ККП, III группу - 8 (13%) пациенток с ИБС в сочетании с ККП. **Результаты:** У 47 (78%) пациенток наблюдалось отсутствие менструаций на протяжении более 1 года. У 42 (89%) больных этой группы менопауза была физиологическая, у остальных 5 (11%) - хирургическая. У 13 (22%) пациенток наблюдался регулярный или нерегулярный менструальный цикл, либо с отсутствием менструаций в течение менее 1 года. В каждой исследуемой группе проводили клинический осмотр и тщательный сбор анамнеза в соответствии с общепринятыми методиками с целью выяснения жалоб, давности заболевания, оценки факторов риска ИБС, наличия в анамнезе осложнений - инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность. Оценивали следующие факторы риска ИБС: дислипидемия, артериальная гипертензия, нарушение углеводного обмена в виде СД, ожирение и абдоминальное распределение жира в организме, отягощенный семейный анамнез. Боли в области сердца (кардиалгия) у больных II группы локализуются у его верхушки и в прекардиальной области, характеризуются различной иррадиацией - от незначительной (в левую лопатку) до обширной (вся левая половина грудной клетки) и разной интенсивностью (от ноющей до сильной и нестерпимой). Характерна эмоциональная окраска болевого синдрома: «вонзили нож», «вбили гвоздь», «прокололи длинной иглой», «кипячком обливает сердце». У пациенток III группы боль имеет сложный характер, обусловленный сочетанием кардиалгии и стенокардии. ИБС возникает у больных в более позднем возрасте (51 год) по сравнению с ККП (47 лет) и почти всегда в постменопаузе. Наиболее характерными изменениями электрокардиограммы у больных II и III групп были нарушения периода реполяризации, которые имели диффузный характер, незначительную «глубину» и стойкость. Больные всех трех групп не отличались по уровню ОХС. Содержание ЛПНП, ТГ и коэффициент атерогенности у больных I и III групп были выше, а уровень ЛПВП - ниже. АГ наблюдалась во всех трех группах у 20 (48%), 2 (20%) и 3 (37%) соответственно. СД был выявлен у 5 (12%) пациенток в I группе и у 1 (13%) пациентки III группы. Результаты Эхо-КГ исследования: в I и III группах нарушение локальной сократимости регистрировалось у 25 (60%) и 2 (25%) пациенток, соответственно, ГЛЖ - у 18 (43%) в I группе, у 1 (10%) во II группе и у 2 (25%) в III группе, снижение ФВ ($< 45\%$) - у 10 (24%) в I группе и 1 (13%) в III группе. **Выводы:** Таким образом, течение ИБС на фоне постменопаузы чаще сочетается с климактерической кардиопатией, которая усугубляет тяжесть состояния этих больных с проявлениями нарушения локальной сократимости, наличием гипертрофии левого желудочка и снижением фракции выброса ниже 45%.

СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Мирзалиева М.М., студентка 423 гр. леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф. - доц. Шодикулова Г.З).

Научный руководитель: асс к.м.н. Жураев С.О.

Цель работы: изучить состояние гормональной системы у больных гипертонической болезнью среднего возраста.

Материал и методы исследования: Обследовано 70 больных с гипертонической болезнью I,II,III ст. 45-59 лет, использованы радиоиммунные методы определения концентрации альдостерона и активности ренина в плазме крови. Применялись стандартные коммерческие наборы реактивов, согласно прилагаемым к наборам инструкциям. **Результаты:** В первой стадии ГБ у больных было выявлено незначительное повышение активности альдостерона 82 ± 13 пг/мл/ч и значительное повышение концентрации активности ренина в плазме крови $6,8$ пг/мл/ч. По мере прогрессирования стадии болезни у больных данной группы сопровождалось снижением активности ренина и значительным повышением концентрации альдостерона $4,6$ пг/мл/ч и 123 ± 22 пг/мл/ч соответственно, которая превышала таковую у здоровых лиц. Были значительные различия активности ренина плазмы в зависимости от пола и стадии болезни. Так у больных мужского пола в начальных стадиях гипертонической болезни отмечено более выраженная активация ренина в плазме чем у женщин. У женщин отмечалось повышение концентрации альдостерона более выраженное чем у мужчин. По мере прогрессирования болезни активность ренина плазмы снижалась более достоверно у мужчин и повышение альдостерона более значительно у женщин. **Выводы:** 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 «гипорениновой» формой. Также, вместе с этим увеличилось число больных с высоким уровнем альдостерона в плазме. Секреторная активность ренина находится в зависимости от состояния симпатoadренальной системы.

СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, БОЛЬНЫХ СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

Мишина А.В., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова
(зав. каф. - д.м.н., профессор Мишин В.Ю.)

Научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Мишин В.Ю.

Цель работы: Оптимизировать диспансерное наблюдение впервые выявленных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией противотуберкулезного диспансера (ПТД) филиала по Северо-восточному административному округу Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы. **Материал и методы исследования:** Обследовано 178 больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в возрасте от 20 до 60 лет, состоящих в 2012-14 гг. на учете ПТД. **Результаты:** Установлено, что мужчин было 74,2% и женщин - 25,8%, что было в 2,9 раза меньше ($p < 0,01$). Пациенты в возрасте от 30 до 39 лет составили 69,1%, а в возрасте от 40 до 49 лет - 21,3%, что было в 3,2 раза меньше ($p < 0,01$). Среди 178 больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, 60 пациентов (33,7±3,5%) состояли в браке, 104 пациента (58,4±3,7%) - не состояли в браке, 14 (7,9±2,0%) - были разведены и 149 (83,7±2,8%) - детей не имели. Возрастная группа мужчин 20-39 лет состоящих в браке составляла всего 11,2%, у женщин возрастная группа 20-39 лет была в 2,5 раза выше (28,1%). Аналогичная тенденция сохранялась и в возрастной группе 40-60 лет, мужчины состоящие в браке были 79,4%, у женщин - в 1,2 раза выше (92,9%) ($p < 0,05$). Среди 178 больных 79,8% употребляли психоактивные вещества (ПАВ). Мужчины в 84,9% случаев употребляли ПАВ, а женщины - 65,2%. У мужчин наибольшее количество употребляющих ПАВ было в возрастной группе 20-39 лет 95,9%, а у женщин в возрастной группе 40-60 лет (100%) и в возрастной группе 20-30 лет - только 50%, что было в 1,9 раза меньше, чем у мужчин в этой возрастной группе ($p < 0,05$). У 178 больных в 59,5% случаев была 4Б стадия ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, из них у 92,3% пациентов без проведения антиретровирусной терапии (АРВТ) и только у 7,7% с применением АРВТ. В 40,5% - 4В стадия ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, из них у 77,8% пациентов - АРВТ и у 22,2% с - АРВТ. Преобладали инфильтративный (30,9%) и диссеминированный (28,6%) туберкулез легких. Аналогичная ситуация распределения по клиническим формам наблюдалась в группах мужчин и женщин, где диссеминированный туберкулез был, соответственно: у 26% и у 28,8% больных, инфильтративный - 28,2% и у 30,5% ($p > 0,05$). У 56,3% пациентов обнаружены МБТ. Монорезистентность была у 8%, полирезистентность у 27% и множественная лекарственная устойчивость у 20%. В 41,6% случаев диагностирован туберкулез внелегочной локализации, при этом один орган был поражен в 24,1% случаев, два - в 5,6%, три - в 4,5%, четыре - в 2,8%, пять - в 2,8%, шесть - в 1,1% и семь - в 0,6%. Наиболее частыми внелегочными локализациями туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, были: туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов в 32,3% случаев и туберкулез периферических лимфатических узлов в 15,5%. На момент диагностики туберкулеза у 39,3% пациентов были выявлены и другие вторичные заболевания, одно заболевание было у 20,8%, два - у 15,2% и три - 3,3%. **Выводы:** Таким образом, у больных туберкулезом, сочетанным с 4Б и 4В ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете в кабинете противотуберкулезной помощи ПТД, мужчин было в 2,9 раза, при этом 84,9% мужчин и 65,2% женщин употребляли ПАВ. Преобладающими клиническими формами был диссеминированный (28,8%) и инфильтративный (30,5%) туберкулез легких с выявлением МЛУ МБТ у 20% больных, при этом в 41,6% случаев было сочетание с туберкулезом внелегочной локализации и у 39,3% - пациентов с другими вторичными заболеваниями. Это в значительной степени определяет приверженность данного контингента больных к диспансерному наблюдению и контролируруемому амбулаторному лечению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОССИЙСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА ФЕНАЗИД В АМБУЛАТОРНОЙ
КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Мишина А.В., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова
(зав. каф. - д.м.н., профессор Мишин В.Ю.)

Научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Мишин В.Ю.

Цель работы: Оптимизация амбулаторной противотуберкулезной химиотерапии (ПХТ), с применением Российского препарата феназида, и антиретровирусной терапий (АРВТ) у больных туберкулезом, сочетанным ВИЧ-инфекции, находившихся в 2012-14 гг. на диспансерном учете кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией про-

тивотуберкулезного диспансера (ПТД) филиала по Северо-восточному административному округу Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 100 больных деструктивным диссеминированным и инфильтративным туберкулезом легких с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) в возрасте от 20 до 50 лет, сочетанным с 4Б и 4В стадии ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и количеством CD4+ лимфоцитов менее 350 кл./мкл. Пациенты рандомизированы на 2 группы. В 1-ю (основную) группу вошли 50 больных, которые в интенсивной фазе в течение 3 мес. получали: феназид (Fn), рифабутин (Rb), пиразинамид (Z), этамбутол (E), канамицин (Km) или амикацин (Am) и офлоксацин (Ofl) или левофлоксацин (Lfl). 2-ю группу (контрольную) составили также 50 больных, которые – получали: изониазид (H), Rb, Z, E, Am или Km и Ofl или Lfl. Деструктивный диссеминированный и инфильтративный туберкулез легких в 1-й группе диагностированы в 48% и в 52% случаев и во 2-й – соответственно: в 56% и в 44% ($p>0,05$). В 1-й и 2-й группе воспалительный процесс с поражением 1 доли легкого был диагностирован, соответственно: в 52% и в 48% случаев, с поражением 2 и более долей, соответственно: в 48% и 52%, 2-х сторонний процесс, соответственно: в 88% и 76% ($p>0,05$). Монорезистентность МБТ была у 8% больных 1-й группы и у 12% – 2-й группы, полирезистентность и МЛУ, соответственно: у 28% и 24%, и у 24% и у 20% ($p>0,05$). В 1-й группе у 48% были внелегочные туберкулезные поражения и у 28% – другие вторичные заболевания, а во 2-й, соответственно: у 52% и 29% ($p>0,05$). Все больные 1-й и 2-й группе употребляли психоактивные вещества, а также у всех больных, как в 1-й группе, так и во 2-й – был диагностирован гепатит В и/или С, энцефалопатия, невропатия и анемия, что существенно осложняло проведение ПХТ и АРВТ. Основным условием клинического исследования была полная приверженность больных к лечению. **Результаты:** Установлено, что через 3 мес. лечения интоксикационный синдром и бронхолегочные проявления болезни исчезли у всех (100%) больных 1-й группы и только у 45% пациентов 2-й, клинический анализ крови у всех больных 1-й группы нормализовался, что отмечалось только у 40% больных 2-й ($p<0,05$). Количество CD4+ лимфоцитов в крови у больных 1-й группы повысились до 400-500 кл./мкл, а у пациентов 2-й группы в 55% случаев оставалось менее 350 кл./мкл. ($p<0,05$). В 1-й группе прекращение выделения МБТ было установлено у 84% больных и закрытия каверн в легких у 70%, нежелательные побочные эффекты выявлены у 7%, которые купировались патогенетическими средствами, при этом на Fn ни в одном случае подобных нежелательных побочных реакций не было установлено. Во 2-й группе прекращение выделения МБТ и закрытие каверн было – в 58% и 42% случаев, а нежелательные эффекты на H с развитием гепатотоксических и нейротоксических реакций при сочетании с АРВТ выявлены у 23% пациентов ($p<0,05$). **Выводы:** Таким образом, доказана высокая эффективность и безопасность российского препарата Fn в комплексном амбулаторном лечении больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, а снижение эффективности лечения при использовании изониазида было связано с отменой H и перерывами в лечении ПТХ и АРВТ, что требовало назначения Fn.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ И ПЕРОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ВВЕДЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Мишина А.В., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. каф. – д.м.н., профессор Мишин В.Ю.)

Научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Мишин В.Ю.

Цель работы: Оптимизация противотуберкулезной химиотерапии (ПХТ) впервые выявленных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, при парентеральном и пероральном введении противотуберкулезных препаратов (ППП) в инъекционных и в таблетированных отдельных формах, и антиретровирусной терапии (АРВТ) находившихся на стационарном лечении в Московской туберкулезной клинической больницы № 3 им. профессора Г.А.Захарьина Департамента здравоохранения г. Москвы. **Материал и методы исследования:** Обследовано 120 больных деструктивным диссеминированным и инфильтративным туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) в возрасте 20-60 лет, сочетанным с 4Б и 4В стадии ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и количеством CD4+ лимфоцитов менее 350 кл./мкл. Пациенты рандомизированы на 3 группы. В 1-ю группу вошли 60 пациентов, которые получали лечение лимфотропном введением изониазида (H), левофлоксацина (Lfl) и/или амикацина (Am), которое проводилось по методике Е.С.Овсянкиной и др. (2005), внутривенным – H и/или Lfl и пероральным – рифабутин (Rb), пиразинамида (Z) и этамбутола (E). 2-ю группу составили 60 пациентов, которые получали пероральное применение – H, Rb, Z, E, Lfl и внутримышечным введением – Am. Больные 1-й и 2-й группы при различных методах введения получали одинаковый режим химиотерапии: H, Rb, Z, E, Lfl, b Am применяемый в Российской Федерации при высоком уровне первичной региональной и индивидуальной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) МБТ, которая в 1-й группе определялась в 24% случаев и во 2-й – в 22,5% ($p>0,05$). В 1-й группе у 48% были внелегочные туберкулезные поражения и у 28% – другие вторичные заболевания, а во 2-й, соответственно: у 52% и 29% ($p>0,05$). Все больные 1-й и 2-й группе употребляли психоактивные вещества, а также у всех больных, как в 1-й группе, так и во 2-й – был диагностирован гепатит В и/или С, энцефалопатия, невропатия и анемия, что существенно осложняло проведение ПТХ и АРВТ. Основным условием клинического исследования была полная приверженность больных к лечению. Результаты лечения оценивались по клиническим, микробиологическим и рентгено-томографическим показателям через 3 и 12 месяцев лечения. **Результаты:** Установлено, что через 3 мес. лечения прекращение выделения МБТ в 1-й группе установлено у 92,5% больных и во 2-й – у 82,5% ($p>0,05$). Каверны в легких закрылись у больных 1-й группы в 80% случаев и у пациентов 2-й – в 42,5% , что было соответственно: в 2 раза меньше, чем в 1-й группе ($p<0,05$). Нежелательные побочные реакции в 1-й группе проявлялись у 17,5% и во 2-й – у 20% ($p>0,05$). Применение патогенетических лекарств позволило купировать побочные реакции у всех пациентов 1-й и 2-й группы. После получения данных лекарственной чувствительности МБТ проводилась коррекция и в фазе продолжения лечения больные обеих групп получали ППП при пероральном и отдельном их приеме. Через 12 месяцев клиническое излечение было достигнуто у 97,5% больных 1-й группы, у 87,5% – 2-й ($p<0,05$). **Выводы:** Таким образом, доказана наиболее высокая эффективность и безопасность ПХТ при парентеральном (лимфотропного и внутривенного) методе введения ППП. При этом создаются условия для достижения их высоких концентраций в крови и в легких у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и высоким уровнем МЛУ МБТ. Это является определяющим фактором прекращения бактериовыделения (92,7%) и закрытия каверн в легких (80%) в интенсивной фазе химиотерапии, при низкой частоте побочных реакций, что в итоге позволяет добиться качественного клинического излечения к окончанию основного курса лечения (97,5%).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Морозов И.А., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. каф. – д.м.н., профессор Мишин В.Ю.)

Научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Мишин В.Ю.

Цель работы: Оптимизация клинического наблюдения и лечения впервые выявленного туберкулеза органов дыхания (ТОД) у больных молодого возраста, находившихся на стационарном лечении в Московской туберкулезной клинической больницы № 3 им. профессора Г.А.Захарьина Департамента здравоохранения г. Москвы. **Материал и методы исследования:** Обследовано 117 ВИЧ-отрицательных больных ТОД в возрасте 18-34 лет. Всем больным проводилось клинико-рентгенологическое и микробиологическое исследование и туберкулинодиагностика с одновременной постановкой внутрикожной пробы Манту с 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л (правое предплечье) и с 0,1 мл Российского препарата Диаскинтест® (левое предплечье). Химиотерапию проводили с учетом высокого уровня региональной и индивидуальной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ). **Результаты:** Установлено, что среди 117 больных ТОД 67,5% были женщины и только 32,5% – мужчины, что было в 2,1 раза меньше ($p < 0,05$). Наибольшее количество пациентов было в возрасте 26-30 лет в 47% случаев, при этом 59,8% составляли женщины в возрасте 26-30 лет и 46,2% – мужчины в возрасте 31–34 лет ($p < 0,05$). 61,5% больных относились к социально-активным группам населения, при этом учащиеся составили 28,2%, военнослужащие – 21,4% и рабочие – 11,9%. 38,5% – не работали, из них 33,3% употребляли психоактивные вещества и алкогольные напитки. У 85,5% больных ТОД был выявлен при обращении с симптомами воспалительного бронхолегочного заболевания и только у 14,5% – при профилактических флюорографических обследованиях органов грудной клетки. Инfiltrативный туберкулез был диагностирован в 59,8% случаев, диссеминированный – в 14,5%, очаговый – в 10,3%, фиброзно-кавернозный туберкулез – в 6,8%, туберкулема – в 6,5%, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – в 3,9%. У 76,1% пациентов процесс носил односторонний характер, при этом у 57,3% больных процесс в легких ограничивался 1-2 сегментами, у 24,7% процесс затрагивал 1-2 доли, у 18% были поражены 3 и более долей. У 50,4% (у 59 пациентов) были выявлены каверны в легких, у 24,7% каверны не превышали 2 см в диаметре, у 22,3% – 2-4 см и у 3,4% – более 4 см. Выделение МБТ при посевах на питательные среды выявлено у 75 (64,1%), из них МБТ чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам были в 14,5% случаев, монорезистентные – в 6,9%, полирезистентные – в 50,3% и МЛУ – в 28,3%, при этом широкая лекарственная устойчивость не выявлена ни в одном случае. Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л у 12,8% пациентов была отрицательная, у 8,5% – сомнительная (папула до 5 мм в диаметре), у 69,3% – положительная (5-20 мм) и у 9,4% – гиперергическая (более 21 мм), а реакция Манту с препаратом Диаскинтест®, соответственно: в 23,9%, в 5,1%, в 66,7% и в 4,3% ($p > 0,05$), что определяет трудности в диагностической интерпретации результатов. У 75 больных прекращение выделения МБТ через 3 мес. лечения было достигнуто в 53,3% случаев и через 12 мес. 85,3%, а у 59 пациентов закрытие каверн в легких за эти сроки, соответственно: у 47,5% и у 71,2%. Продолжение выделением МБТ у 14,7% пациентов и сохранение каверн в легких у 28,8% было связано с МЛУ МБТ и распространенным кавернозным туберкулезом легких. **Выводы:** Таким образом, ТОД у впервые выявленных больных молодого возраста характеризуется поздним выявлением с преобладанием распространенных инfiltrативно-кавернозных процессов в легких и высоким уровнем первичной МЛУ МБТ, что определяет их, как «группу высокого риска по заболеванию туберкулезом» и требует совершенствования диспансеризации и целенаправленных контролируемых профилактических осмотров.

ИСКУССТВЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Морозов И.А., ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. каф. – д.м.н., профессор Мишин В.Ю.)

Научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Мишин В.Ю.

Цель работы: Оптимизация комплексного лечения больных деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ) с использованием искусственного пневмоторакса (ИП) у больных молодого возраста с различным характером лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ). **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 120 больных ДТЛ с выделением МБТ в возрасте 18-34 лет. Диссеминированный туберкулез легких был у 18,3% больных, инfiltrативный – у 50,8% и кавернозный – у 30,9%. Больные были рандомизированы на 4 группы по 30 пациентов в каждой. I группу составили больные с сохраненной лекарственной чувствительностью (ЛЧ) МБТ или монорезистентностью (МР), II – с полирезистентностью (ПР); III – с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ); IV – с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ). Каждую группу подразделяли на две подгруппы: А, где применяли ИП и химиотерапию (ХТ) (группы IA, IА, IIIA, IVA) и Б, где применяли только ХТ (группы IB, IБ, IIБ, IVБ). Перед назначением лечения ИП всем пациентам проводили обязательное клиническое обследование, включающее анамнез, объективное исследование, рентгено-томографическое исследование грудной клетки, бронхоскопию, ФВД и ЭКГ. Эффективность лечения оценивалась через 6 и 12 месяцев по показателям прекращения выделения МБТ и закрытия каверн в легких. **Результаты:** Установлено, что через 6 мес. у больных IA группы, прекращение выделение МБТ было в 100% случаев и закрытие каверн – в 82%, а у пациентов IB группе, соответственно: 66% и 48% ($p < 0,05$). Через 12 мес., как у больных IA группы, так и IB, показатели прекращения выделение МБТ и закрытия каверн нивелировались и были, соответственно: в IA – 100% и 94%, в IB – 94% и 94% ($p > 0,05$). Через 6 мес. у больных IА группы прекращение выделение МБТ было в 100% случаев и закрытие каверн – в 80%, а у пациентов IБ, соответственно: 70% и 46%, ($p < 0,05$). Через 12 мес., как у больных IА группы, так и IБ, показатели прекращения выделение МБТ и закрытия каверн также нивелировались и были, соответственно: во IА 100% и 90%, во IБ – 90% и 90% ($p > 0,05$). Через 6 мес. у больных IIIA группы прекращение выделение МБТ было в 82% случаев и закрытие каверн – в 80%, а у пациентов IIБ – соответственно: 38% и 18%, ($p < 0,01$). Через 12 мес. у больных IIIA группы, показатели прекращения выделение МБТ и закрытия каверн были, соответственно: 92% и 92%, а у пациентов IIБ – эти показатели составляли, соответственно: 76% и 56% ($p > 0,05$). Через 6 мес. у больных IVA группы прекращение выделение МБТ было в 68% случаев и закрытие каверн – в 48%, а у пациентов IVБ – эти показатели составляли, соответственно: 6% и 2% ($p < 0,001$). Через 12 мес. у больных IVA группы, показатели прекращения выделение МБТ и закрытия каверн были, соответственно: 82% и 82%, а у пациентов IVБ – эти показатели составляли, соответственно – 8% и 8% ($p < 0,001$). У 41% больных, имеющих плевропульмональные спайки и сращения, была успешно произведена операция торакокаустики, и лечение ИП было продолжено с хорошим эффектом. Осложнениями у 18% больных был пневмоплеврит, у 12,5% – подкожная эмфизема и у

5,5% – травматический пневмоторакс, что не требовало отмены ИП. **Выводы:** Таким образом, проведенное клиническое исследование убедительно доказало высокую эффективность ИП практически у всех больных деструктивным туберкулезом легких с различным уровнем лекарственной устойчивости МБТ, но ИП абсолютно показан при МЛУ и ШЛУ МБТ, когда ХТ практически не эффективна, как было в доантибактериальный период при полном отсутствии противотуберкулезных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Муратов Т.И., клинический ординатор 1 года обучения СамМИ., асс Мухидинов А.И.

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф. - д.м.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: к.м.н. Ашрапов Х.А.

Хронический бронхит (ХБ) – является одним из актуальных заболеваний органов дыхания и по своей значимости, распространенности и осложнениям занимает первое место среди хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). **Цель работы:** изучение клиники и диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 35 больных, находившихся на стационарном лечении: 25 мужчин и 10 женщин. Всем больным кроме общих клинических исследований также были проведены рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ и пикфлоуметрия. **Результаты:** Давность заболевания составляла с 10 по 18 лет. Средний возраст больных 39 лет. Среди обследованных 10 больных работали во вредных условиях, а курящие среди обследованных составляли 25 человек. Общее состояние больных в основном оценивалось как тяжелое. Умеренный акроцианоз выявлен у 22 (62,5%), а выраженный – у 13 (37,5%) больных. При аускультации легких у большинства больных отмечались сухие свистящие и влажные звучные хрипы с обеих сторон преимущественно в нижних отделах. Кашель с выделением мокроты отмечался у всех обследованных больных, особенно по утрам. По характеру мокрота у 20 больных (57,14%) была слизистая, у 15 (42,85%) слизисто-гнойная. В анализах крови лейкоцитоз отмечался у 23 больных (65,71%), СОЭ варьировала от 12 до 28 мм/ч. При рентгенографическом исследовании грудной клетки у большинства больных были выявлены различной степени выраженности эмфизема легких, явления пневмосклероза, усиление легочного и сосудистого рисунка и гипертрофия правых отделов сердца. По показателям пикфлоуметрии у 17 больных (48,57%) отмечались умеренные, а у 18 (51,42%) больных тяжелые нарушения пиковой скорости выдоха. Электрокардиографические и ЭхоКГ те же. Синдром легочного сердца выявлен у всех больных, причем в стадии компенсации у 14(40%) больных и декомпенсации у 21 (60%) больных. **Выводы:** Таким образом, подробное рассмотрение клиники ХОБЛ помогает изучению динамики развития заболевания и способствует правильной постановке диагноза.

ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мухамедова М.Г.¹, Арнопольская Д.И.²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, ²ООО «Нуршах», Узбекистан, Ташкент

Цель работы: определение клинико-гемодинамических эффектов включения петлевых диуретиков в состав базисной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН). **Материал и методы исследования:** В исследование были включены 100 больных ХСН ишемического генеза, получавших стандартную терапию ХСН на протяжении не менее 1 месяца до включения в исследование: аспирин 150мг/сут, аторвастатин 20мг/сут, лозартан 25-100мг/сут и бисопролол 2,5-10мг/сут. Все больные были распределены на 2 группы. Больным группы Т в комплекс терапии был дополнительно включен торасемид в дозе 2,5-10мг/сут, больным группы Ф – фуросемид в дозе 10-40мг/сут. Группы были рандомизированы антропометрическим данным и всем исследуемым параметрам. Всем больным исходно и в конце 3-го месяца терапии проводилось ЭхоКГ исследование с определением расчетного гемодинамического давления в легочной артерии, определение концентрации мозгового натрийуретического пептида в периферической крови экспресс-методом (МНУП) и концентрации электролитов. Клинически выраженность ХСН оценивалась по длине дистанции, проходимой в тесте с шестиминутной ходьбой (ТШХ) и суммарному баллу, полученному по Миннесотскому опроснику «Жизнь с сердечной недостаточностью» (MLHFQ). **Результаты исследования:** В обеих группах на фоне дополнительного введения петлевых диуретиков в состав базисной терапии отмечалось достоверное уменьшение концентрации МНУП в периферической крови (на 21,33 % и 13,78 % в группах Т и Ф, соответственно), сокращение объемов левых полостей сердца (ЛП на 4,35 % и 2,24 %, ЛЖ на 1,48 % и 2,54 %), увеличение фракции выброса ЛЖ (на 6,62 % и 2,86 %) и снижение расчетного среднего давления в легочной артерии (на 3,62 % и 2,02 %). При сопоставимом эффекте обоих диуретиков на показатели структуры и систолической функции желудочков, выявлен достоверно больший эффект торасемида на размер ЛП ($p < 0,05$) и среднее расчетное давление в легочной артерии ($p < 0,001$), отражающие нарушение диастолической функции ЛЖ. Также торасемид оказывал более выраженный положительный эффект на концентрацию МНУП ($p < 0,001$) и результаты ТШХ ($p < 0,05$) и MLHFQ ($p < 0,001$). Также в обеих группах отмечалось снижение концентрации натрия (на 0,95 % и 2,73 %), магния (на 5,25 % и 5,47 %) и калия (на 2,24 % и 5,72 %), в большей степени в группе фуросемида ($p < 0,05$ для всех электролитов). **Выводы:** Таким образом, настоящее исследование показало, что добавление петлевых диуретиков в состав базисной терапии ХСН в течение как минимум 3-х месяцев позволяет значительно улучшить клинический и гемодинамический статус больных. Клинически и гемодинамически торасемид оказывал более выраженные положительные эффекты при менее выраженном влиянии на электролитный состав крови.

ОЦЕНКА КОАГУЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Муханбеткалиев А.А., Куралбаева А.А., Белгумбаева Т.А, Бижан Б.К.,

Молдалиев Б.М., студенты 4-003 группы, КГМУ, Казахстан

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. каф. - д.м.н., профессор Тайжанова Д.Ж.)

Научный руководитель – к.м.н. Бейсенбекова Ж.А.

Цель работы: Изучить состояние коагуляционного гемостаза у больных с синдромом диабетической стопы на фоне декомпенсированного сахарного диабета 2 типа. **Материал и методы исследования:** Обследовано 23 больных с тяжелым течением сахарного диабета 2 типа в возрасте 52-69 лет, из них 17 (73,9%) мужчин и 5 (21,7%) женщин. У всех пациентов кроме сахарного диабета имелись сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия 2-3 степени и ишемическая болезнь сердца. При обследовании пациентов с поражениями стоп на фоне сахарного диабета 2 типа оценивали объ-

ем гнойно-некротического очага, учитывали наличие нейропатии и степень ишемии, а также оценили общее состояние пациентов и наличие сопутствующих заболеваний. Все пациенты были прооперированы по поводу различных форм гнойно-некротических поражений на стопе и соответственно выполнялись операции на стопе: некроэктомия, вскрытие флегмон, экзартикуляция пальцев стопы и ампутация нижних конечностей. Всем больным проводились общеклинические исследования, в том числе коагулограмма, где оценивалась протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), тромбиновое время, а также регулярно оценивали уровень глюкозы. Антибактериальная терапия проводилась с учетом динамики общего состояния пациента и гнойно-некротического очага, а также в зависимости от полученных данных видового состава микрофлоры. Всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия и инсулинотерапия в зависимости от уровня гликемии. **Результаты:** У всех обследованных пациентов продолжительность заболевания сахарным диабетом составляло в среднем $12,5 \pm 3,6$ лет. У 82% пациентов отмечались повышение фибриногена (в среднем $4,6 \pm 1,5$), при этом эти показатели не зависели от стажа заболевания. Показатели АЧТВ ($42 \pm 0,9$) были повышены у 42% пациентов. У 77% пациентов показатели РФМК были положительными, т.е. у этих пациентов на фоне гнойно-некротических осложнений диабетической стопы не исключался развитие ДВС синдрома. По данным анализа коагулограммы у 66% выявлены проявления гиперкоагуляции, показатели ПТИ ($105 \pm 0,8$) были несколько повышены. По результатам проводимого стационарного лечения больных с синдромом диабетической стопы 33% пациента выписаны в удовлетворительном состоянии с полным заживлением гнойных воспалительных процессов нижних конечностей, 50% пациентам проводилась экзартикуляция в зависимости от очага гнойно-некротического процесса и направлены на дальнейшее амбулаторное наблюдение, а 17% пациентам проводилась ампутация нижних конечностей в связи с неэффективностью консервативной терапии. **Выводы:** Таким образом, обнаружена общая закономерность активации прокоагулянтных механизмов при различных формах гнойно-некротических поражений на стопе у больных с синдромом диабетической стопы. При этом показатели коагуляционного гемостаза напрямую зависели от объема гнойно-некротических поражений стопы и уровня гипергликемии, что в свою очередь влияет на тяжесть и течение аутоинтоксикации. У больных СД на фоне нарушения обменных процессов и сопутствующих осложнений уже имеется изменение гемокоагуляции. При этом присоединение гнойной инфекции резко усугубляет патологические сдвиги в системе гемостаза. Отмечается значительное повышение вязкости крови, уровня фибриногена, снижение активности антикоагулянтной системы и как следствие существенное влияние гемореологических изменений на нарушение микроциркуляции и развитие других осложнений.

ЗАМОНАВИЙ ЭТАПДА МЕНИНГОКОККЛИ МЕНИНГИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ КЛИНИКА МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА ТАХЛИЛ ЭТИШ

Мухсинов Ф.Б., СамДТИ даволаш факультети, 618 гурух талабаси

Юкумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (каф. мудири: доц. Ярмухаммедова Н.А.)
Илмий раҳбар: Самбаева У.Х.

Тадкикот максоди: Замонавий этапда менингококкли менингит касаллигининг кечиш хусусиятларини тахлил этиш. **Тадкикот материаллари ва усуллари:** Шу максадда биз максадиди 2014 йил давомиди ВЮККШ шифохонасида «Менингококкли менингит» ташхиси билан ётиб даволаниб чиккан 24 беморнинг касаллик тарихини ретроспектив тахлил этдик. Беморларга ташхис стандарт асосида клиник, эпидемиологик ва лаборатор курсаткичларга асосан куйилган. **Натижалар:** Тахлил натижасида шу нарса маълум булдики, беморлардан сахар ахолиси 8, кишлок фукарола-ри-16 кишини ташкил этган. Жумладан, Кушработ-1, Булунгур-2, Самарканд тумани-2, Нуробод-2 та, Ургут-3, Пайарик-1. Бошқа вилоятлардан 5 киши мурожаат этган (Жиззах-4, Кашкадарё-1 та). Касаллик мавсумийлиги- январь-3, февраль-2, март-4, апрель-6, май-4 холатда, июль, август, сентябрь, октябрь, декабрь ойлариди биттадан учради. Ёш жиҳатидан: 1 ёшгача-4, 1-2 ёш-4, 3-4 ёш 4 та, 5-6 ёш-3 та, 8 ёш-2 та, 15 ёш-3 та, катта ёшларда 4 холатда кузатилди. Касаллигининг 1-2 кунлари 11 бемор, 3-4 кунлари-5 бемор, 5-6 кунлари 2 бемор, 7-8 кунлари 4 бемор мурожаат қилган булса, 10-20 кунлари икки беморнинг кечикиб мурожаат қилиш холлари ҳам учраган. Беморларнинг шифохонага кеч мурожаат этиши уларда асоратлари келиб чиқиши билан боғлиқдир. Асоратларидан гипертензион гидроцефал синдром 2 беморда, мия шиши-3 беморда, менингоэнцефалит 3 беморда, инфекциян токсик шок 1 беморда, гемипарез 3 беморда аниқланди. Касаллик аксарият беморларда огир шаклда кечиб ($95, 9\%$), урта огир шакли бир беморда кузатилди. Бизнинг кузатувимизда касаллигининг энгил шакли учрамади. Хамрох касалликлар камконлик-21 беморда, арахноидит-1 беморда кузатилган. Менингилал симптомлар интоксикациянинг кучайиши фониди келиб чиккан. Беморларда куйидаги менингилал белгилар мусбатлиги аниқланди: Юкори Брудзинский 67% , энса мушаклари ригидлиги $87,7\%$, Керниг белгиси $65,3\%$. Колган менингеал белгилар суст ифодаланган. Патологик рефлекслар кузатилмади. Менингилал симптомлар касаллигининг 2-3 кунидан келиб чиқиб, 10-15 кун давомиди сакланиб турган. Орқа мия суюклиги эса динамикада касаллигининг 3-5 хафта-сида уз холига қайтиши маълум булди. Периферик кон тахлилида Нв микдорининг пасайиши, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши аниқланган. Менингококкли менингит билан хасталанган барча беморларда орқа мия суюклиги таркибининг узгариши аниқланди. Ликворда хужайраларнинг нейтрофиллар хисобига 1600 тагача ошиши, оксиллар микдорининг 3-4 г/л гача кўпайиши, хлоридлар микдорининг кўпчилик холларда силжимасдан қолиши аниқланди. Панди, Нонне-Апельта синамаларининг мусбатлиги ($++++$) гача кузатилди. Ликвор таркиби хира булганлиги боис, аксарият беморларда глюкоза микдори аниқланилмаган. **Хулоса:** менингококкли менингитда хасталик огир кечиб орқа мия суюклигида нейтрофиллёр узок муддат сакланиб туради. Бу холат аксарият шифохонага кеч мурожаат этган беморларда кузатилган. Шу боис ҳам менингококкли менингитдан сунг беморлар нафақат инфекциян кузатувида, балки невропатолог кузатувида ҳам булишлари шарт.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ

Мухиддинова Г., студентка 6 курса медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены Заведующий кафедры - д.ф. Аминов З.З.

Научный руководитель: Исраилова С.Б., асс. Курбанов А.А.

Одним из основополагающих критериев здорового образа жизни является рациональное питание. Напряжённый умственный труд предъявляет значительные требования к высшим психическим функциям - восприятию, памяти, мышлению, концентрации и объёму внимания, что требует поддержания в течение учебного дня высокого уровня физической и умственной работоспособности. **Цель работы:** Выявить соответствие режима и рациона питания студентов суще-

ствующим нормам и рекомендациям специалистов. **Методы исследования:** Проведен анализ научной литературы и анкетирование у 50 студентов 4 курса Самаркандского Государственного Архитектурного Института. **Результаты:** Проанализировав научную литературу выявили что студентам в возрасте 20-22 года для покрытия энергетических затрат и обеспечения высокой умственной работоспособности необходимо питаться не менее 4-5 раз в сутки с периодичностью в 3,5-4 часа. Распределение суточной калорийности рациона при 4-разовом питании должно быть следующим: завтрак - 25 %; 2-ой завтрак - 15 %; обед - 35 %, ужин - 25 %; а суточный рацион питания должен составлять 2400-2500 ккал. При этом содержать: жиров 80-90 гр., белков 100-115 гр., углеводов 300-350 гр. Углеводы основной источник глюкозы, которая используется мозгом как источник энергии, активизируя мыслительные способности и память. Белок необходим для выработки допамина и адреналина, которые возбуждают мозг, ускоряют реакцию и процессы мышления, что положительно сказывается на умственной работоспособности и ясности ума. По результатам данных анкетирования соответствие завтрака рекомендуемому рациону питания (набору продуктов) мы выявили, что лишь 45% студентов придерживаются рекомендуемых норм, а у 55 % студентов набор продуктов в завтраке не соответствует рекомендациям. Второй завтрак по рациону питания соответствует у 27 % студентов, а 73 % его нарушают. В обед лишь 43 % студентов придерживаются рекомендуемых норм, а у 57 % студентов набор продуктов на обед не соответствует рекомендациям. Во время ужина лишь 32 % студентов соблюдают рекомендуемые нормы, а 68 % нарушают. **Выводы:** Режим и рацион питания студентов 4 курса не соответствует рекомендуемым нормам, так как питание студентов не обеспечивает поступление в организм питательных веществ и витаминов, обеспечивающих высокий уровень умственной работоспособности. Студентам необходимо соблюдать рациональный режим и рацион питания, что обеспечит необходимое поступление основных пищевых веществ (включая витамины и минералы) согласно научно обоснованным рекомендациям и позволит сохранять высокий уровень физической и умственной работоспособности; питаться не менее 4-5 раз в сутки с периодичностью приёма пищи 3,5–4 часа.

МЕСТО КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Насирова А.А, резидент магистратуры, Жалалова И. студентка 514 группы, Рузиев А., студент 419 группы СамМИ
Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)

Научный руководитель: д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.

Цель работы. Изучение эффективности комбинированной антигипертензивной терапии с препаратами из групп БРА (валсартан) и АИР (моксонидин) у пациентов с АГ при МС. **Материал и методы исследования.** Обследовано 40 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 \geq 140/90 мм.рт.ст.); повышение уровней триглицеридов \geq 1,7 ммоль/л; холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>$ 3,0 ммоль/л; снижение ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) \leq 1,2 ммоль/л; уровень глюкозы в плазме крови натощак \geq 6,1 ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах \geq 7,8 и \leq 11,1 ммоль/л). Для оценки ст. ожирения использована классификация ВОЗ, в которой избыточная масса тела оценивается по значениям индекса массы тела (ИМТ). Критерии включения в исследование: систолическое артериальное давление (САД) \geq 140 мм рт.ст.; диастолическое артериальное давление (ДАД) \geq 90 мм рт.ст.; абдоминальное ожирение; наличие дислипидемии; нарушение толерантности к глюкозе. **Результаты.** Известно, что ключевыми позициями менеджмента АГ являются, достижение целевого уровня и контроль артериального давления (АД). У всех обследованных больных проводили суточное мониторирование артериального давления. По результатам проведенного лечения антигипертензивными препаратами валсартан и моксонидин в большинстве случаев достигали целевого уровня АД, наблюдалось улучшения суточного профиля АД и у всех больных отмечалось субъективное улучшение. Так, больные получавшие комбинацию валсартан и моксонидин целевого АД (140/80 мм рт.ст.) достигли 34 пациентов (85%), при дозе моксонидина и валсартана 0,2 и 80 мг/сут соответственно. У 6 больных (15%), целевого АД достигнуть не удалось, хотя было зафиксировано снижение, как САД, так и ДАД. Исходно среднее САД составило 162,5 \pm 1,53 мм рт.ст., среднее ДАД 92,67 \pm 1,37 мм рт.ст. Через 2 недели САД и ДАД соответственно снизились на 16,81% и 12,22%. САД составило 135,2 \pm 2,31 мм рт.ст., ДАД - 81,33 \pm 1,22 мм рт.ст. До назначения фармакотерапии среднее суточное САД составило 142,4 \pm 1,78 мм рт.ст., среднее суточное ДАД - 88,65 \pm 1,2 мм рт.ст., среднее дневное САД - 140,6 \pm 1,48 мм рт.ст., среднее дневное ДАД - 88,46 \pm 1,22 мм рт.ст., среднее ночное САД - 139,1 \pm 2,22 мм рт.ст., среднее ночное ДАД - 84,6 \pm 1,19 мм рт.ст. В результате лечения среднее суточное САД уменьшилось на 6,2% и составило 133,5 \pm 1,79 мм рт.ст., среднее суточное ДАД снизилось на 4,62% и составило 84,55 \pm 1,04 мм рт.ст., среднее дневное САД и ДАД уменьшилось на 5,19% и 4,3% соответственно. САД составило 133,3 \pm 1,39 мм рт. ст., ДАД - 84,58 \pm 1,04 мм рт. ст. Средние ночные показатели также имели положительную динамику. Среднее ночное САД снизилось до 129,5 \pm 2,22 мм рт.ст. (на 6,9%), среднее ночное ДАД до 80 \pm 1,76 мм рт.ст. (на 5,42). **Заключение.** Таким образом, рекомендуемая нами рациональная комбинация лекарственных препаратов валсартан и моксонидин позволила достигнуть целевой уровень АД и нормализовать суточный ритм АД, что в свою очередь должно привести к значительному снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и улучшению качества жизни у больных.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕЧЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Насирова З., резидент магистратуры, Кодиров Д., Орипова А., студенты 7 курса медико - пед. факультета,
Бердимуродова Д., резидент магистратуры, Мухиддинов А.И., Суннатов Г.И., Мирзаев Р., Маджидова Г.Т.

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.) СамМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц: Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: изучить этиологические аспекты и особенностей течения систолической хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ИБС и АГ. **Материал и методы исследования:** Проведено ретроспективное исследование 166 историй болезни больных с ХСН с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 39%. Средний возраст больных составил 59,4 \pm 9,9 лет госпитализированных в СФРНЦЭМП с ХСН II–IV ФК по поводу декомпенсации ХСН (23,8%). **Результаты:** Как показали Результаты, средняя продолжительность ХСН до момента госпитализации составила около 3-4 лет. При объективном обследовании преобладающее количество больных имели III ФК ХСН (49,8%). Основными причинами развития ХСН у большинства являлись ишемическая болезнь сердца (68%) и артериальная гипертензия (73,5%). У

46% больных отмечался посинфарктный кардиосклероз. Дилатационная кардиомиопатия отмечалась у 3,8% больных, гипертрофическая кардиомиопатия отмечалась в 2,8% случаях. У 26,6% больных при эхокардиографии отмечалась фибрилляция предсердий (ФП). У 52 (31,3%) больных фоновым заболеванием был сахарный диабет II типа. Хронические obstructивные заболевания лёгких (ХОБЛ) отмечалось в 40 (24%) случаях. В анамнезе у больных ХСН в 25 (15%) случаях была оказана высокотехнологическая медицинская помощь. При выписке больным были назначены ингибитор АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), β -блокаторы, спиронолактон или эплеренон. **Выводы:** Как показали Результаты ИБС и АГ выступали основными причинами развития ХСН, ФП выявлялась примерно у трети пациентов, значимая коморбидность представлена с ХОБЛ, СД. Дальнейшее изучение клинико-эпидемиологических особенностей ХСН способствует выявлению пробелов в проводимой медикаментозной терапии, разработке эффективной стратегии по улучшению качества медицинской помощи больным ХСН, снижению рисков повторной госпитализации и продления жизни пациентов.

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

Насирова З., Курбанова З., резиденты магистратуры и клин. ординатор СамМИ., асс Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д.
Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)
Научный руководитель : д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Хроническая obstructивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – одно из распространенных заболеваний человека, во многом обусловленное загрязнением окружающей среды, табакокурением, повторными респираторными инфекциями. **Цель работы:** Оценка эффективности и безопасности цефепима у больных с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, госпитализированных в отделение экстренной терапии РНЦЭМПСФ. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 40 больных хронической obstructивной болезнью лёгких, в т. ч. 30 мужчин и 10 женщин. Лечение проводилось в соответствии с Международной программой «Глобальная стратегия, диагностика, лечение и профилактика ХОБЛ» (в английской аббревиатуре GOLD, 2003). Больные были разделены на две сопоставимые по клиническому характеристикам группы (по 20 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 3-й группе (основная) - цефепим (по 1,0 г 2 раза в сутки внутривенно) 5-7 дней, во 2-й (контроль) - ципрофлоксацин (по 0,2 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, кислородотерапию, флуконазол. Лечение проводилось под контролем клинико-рентгенологических, лабораторных данных, ФВД. У пациентов 1-й группы достоверно быстрее исчезали проявления обострения хронической obstructивной болезни лёгких. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в 1-й группе составила $8,54 \pm 0,21$ дня, во 2-й - $13,45 \pm 0,97$ дня. **Выводы:** Таким образом, цефепим целесообразно использовать в комплексном лечении больных с обострением хронической obstructивной болезни лёгких. 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 obstructивной болезнью лёгких.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Насырова З.А., Насырова А.А., резиденты магистратуры 1 и 2 года обучения
Кафедры внутренних болезней №2 СФРНЦЭМП, СамМИ
Научный руководитель: зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Термин «Х синдром» используется для описания двух различных состояний: так называемого «кардиального Х синдрома», впервые описанного Ketg в 1973 году, включающего в себя типичную ангинозную боль, ишемические изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) после стимуляции предсердий и нормальные коронарные ангиограммы, и «метаболический Х синдром», описанный Reaven в 1988 году. Он впервые объединил ожирение, артериальную гипертензию (АГ), изменение липидного состава крови, нарушение переносимости глюкозы и ишемическую болезнь сердца (ИБС) в единый причинно связанный «Синдром Х», причем в основе этих сочетаний предполагалось снижение чувствительности тканей к инсулину. В западных странах распространенность МС составляет 25–35% населения. В возрасте старше 60 лет доля лиц с МС составляет 42–43,5%. Общее число взрослых, страдающих от синдрома, было оценено в 22%, при этом уровень соматического неблагополучия среди людей в возрасте 20–29 лет составил 6,7%, среди 60–летних – 43,5%. Распространенность МС среди мужчин – 24%, среди женщин – 23,4%. Частота встречаемости АГ у больных с МС составляет 30,5%. По данным Р.Г. Оганова и соавт., АГ в подавляющем большинстве случаев (90%) сопряжена с различными компонентами МС. **Цель работы:** изучить частоту встречаемости и влияние МС на течение и осложнение АГ. Задачи: улучшить течение и прогноз заболевания, предо творить осложнения АГ. **Материал и методы исследования:** На базе Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи Самаркандского Филиала было обследовано 140 больных с АГ в возрасте $58,4 \pm 8,2$ лет. Из них у 88 больных нестабильная стенокардия напряжения, у 39 больных ОКС с трансформацией в нестабильную стенокардию напряжения и у 23 больных ОКС с трансформацией в острый инфаркт миокарда. Контролем для всех больных служили условно здоровые лица, у которых в анамнезе отсутствовали данные заболевания, связанные с сердечно-сосудистой патологией, печени, почек, легких, сахарного диабета I, II типа и приконтрольных анализов отсутствовали изменения на ЭКГ, показателей крови и мочи. В эту группу включили 10 мужчин и 10 женщин, всего 20 человек в возрасте $49,6 \pm 9,9$ лет. **Результаты:** При составлении групп обследования главным условием было учитывать окружность талии, содержание в крови глюкозы, триглицеридов, общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП. Длительность наблюдения при лечении больных с АГ составила до 7 суток. Измерялась величина окружности талии (ОТ), как маркер абдоминально-висцерального ожирения – при показателях более $102 \pm 104,8$ см у мужчин и более $89 \pm 93,5$ см у женщин; уровень ТГ $1,69 \pm 1,78$ ммоль/л, как показатель, коррелирующий с наличием мелких плотных частиц ЛПНП; уровень ХС ЛПВП $1,18 \pm 1,29$ ммоль/л – для женщин и менее $1,01 \pm 1,04$ ммоль/л – для мужчин; систолическое АД 135 ± 220 мм рт.ст и/или диастолическое АД более 85 ± 120 мм рт.ст.; уровень глюкозы натощак $6,1 \pm 13,7$ ммоль/л. Согласно рекомендациям Национального института здоровья США для постановки диагноза МС достаточно наличия любых трех из перечисленных ниже признаков.

Выводы: Таким образом, верификация диагноза МС может быть сведена к проблеме критериев этого синдрома. Отталкиваясь от принятой гипотезы МС, как о самостоятельной нозологической форме, нужно диагностировать это заболевание во всех тех случаях, когда у пациента имеются признаки любого из синдромообразующих заболеваний (АГ, ИБС, и/или СД 2 типа), в явной или скрытой форме.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТЕ В САМАРКАНДСКОМ РЕГИОНЕ

Насруллаев У.Н., студент 401 гр. факультета медицинской педагогики СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф.-доц. Шодикулова Г.З).

Научный руководитель: асс Шеранов А.М.

В последние десятилетия хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет важнейшую медико-социальную проблему, отличается широкой распространенностью, приводит к экономическим потерям вследствие временной нетрудоспособности и инвалидности, характеризуется неблагоприятным прогнозом. Рациональное ведение больных ХОБЛ старческого возраста на стационарном и амбулаторном этапах, адаптация их в бытовых условиях представляет актуальную клиническую, психологическую и медико-социальную проблему. **Цель работы:** изучить особенности клинического течения и осложнения ХОБЛ, у больных пожилого и старческого возраста. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 70 больных с ХОБЛ в возрасте от 60 до 75 лет. Из них 52 мужчин и 18 женщин. **Результаты:** У большинства обследованных происходило постепенное развитие ХОБЛ в течение 12-15 лет; кашель опережал появление одышки на 10-15 лет; обострения, как правило, были 1-2 раза в год и реже продолжительностью 10 -14 дней. При госпитализации наблюдалось два типа обострения - инфекционное у 25% обследованных и неинфекционное - у 18% обследованных. У большинства больных отмечалась значительная и резко выраженная бронхиальная обструкция, отражавшаяся в совокупности с клиническими данными тяжелое и крайне тяжелое течение ХОБЛ. В конце курса лечения показатели спирометрии не претерпевали существенных изменений по сравнению с таковыми в первые дни после госпитализации, однако наблюдалось улучшение общего состояния больных, что расценивалось как клиническая ремиссия. **Выводы:** Таким образом, клиническое течение хронической обструктивной болезни легких у больных пожилого и старческого возраста характеризуется медленным прогрессированием с редкими непродолжительными обострениями. Длительное интенсивное курение с числом «пачка/лет» более 25 ед. и индексом курящего человека более 2, установленное у 80% больных, способствует развитию тяжелой и крайне тяжелой формы заболевания. При оценке качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких пожилого и старческого возраста отмечалось неравномерное снижение физического (9;18%) и эмоционального (14;28%) функционирования, самые высокие - по шкалам социального функционирования (36;72%) и психического здоровья (25;50%).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Нечитайло Е.Ю., ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии
ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина
Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.каф. - д.м.н. Коновчук В.Н.)

Научный руководитель - профессор, д.м.н. Коновчук В.Н.

Одним из наиболее тяжелых хирургических гнойно-некротических осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы. В основе его патогенеза лежат несколько механизмов - ангиопатии, нейропатии, остеоартропатии. Ведущим звеном считают нарушения микроциркуляции, значительная роль отводится также нейропатии, остеоартропатии, однако соотношение между различными патогенетическими составляющими изучено еще недостаточно. Диабетическая нейропатия обычно появляется после 15-20 лет болезни, но в последнее время отмечается некоторое «омолаживание» этой патологии. Чаще всего это происходит из-за ненадлежащего лечения заболевания, несоблюдения активного образа жизни, диеты, невысоких физических нагрузок. **Цель работы:** проанализировать роль нейропатии в формировании синдрома диабетической стопы. **Материал и методы исследования:** В работе обследовано 55 пациентов в возрасте от 44 до 79 лет (в среднем $67,8 \pm 1,6$ года) с сахарным диабетом второго типа, госпитализированных по поводу хирургических осложнений основного заболевания. У пациентов изучались особенности микроциркуляции, признаки нейропатии, остеоартропатии. Оценка степени нейропатии проводилась по состоянию чувствительности (тактильной, болевой и вибрационной), остеоартропатии - по морфологическим признакам, периферической микроциркуляции - с помощью компьютерной капилляроскопии. Результаты обрабатывались статистически с помощью программы «Статистика 6,0». **Результаты:** Ведущим патофизиологическим механизмом развития гнойно-некротических хирургических осложнений сахарного диабета были нарушения микроциркуляции, которые встречались у всех больных. Отмечалось уменьшением количества функционирующих капилляров, замедлением скорости кровотока, явления «сладжирования». Вторым по частоте и глубине нарушением была нейропатия, клинические проявления которой установлены у 89,1% пациентов. Диабетическая нейропатия способна поразить нервы, которые контролируют внутренние органы и мышцы, и поэтому симптоматика этой патологии очень разнообразна и обширна. У наших пациентов чаще всего отмечалось жжение в конечностях, покалывание, высокая чувствительность к болевым ощущениям, одеревенелость и онемение конечностей, нарушения координации движений при ходьбе. Наиболее ранним диагностическим симптомом мы отмечали снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах ног при использовании камертона 128 гц. Отмечалось также снижение тактильной, болевой и температурной чувствительности. Реже всего регистрировалось снижение или отсутствие сухожильных рефлексов. Наличие и степень клинических проявлений нейропатии в нашем исследовании не имели зависимости от длительности течения сахарного диабета. Глубина нейропатии коррелировала с тяжестью некротических изменения стопы ($r=0,36$, $p<0,05$) и длительностью процессов репарации ($r=0,27$, $p<0,05$). Остеоартропатии формировались у меньшего количества пациентов (32,7%) и коррелировали с длительностью СД ($r=0,47$, $p<0,05$). Таким образом, у пациентов с хирургическими осложнениями СД присутствуют все три патофизиологических механизма с доминированием стойких нарушений микроциркуляции. **Выводы:** Нейропатия является частым симптомом при синдроме «диабетической стопы». Степень выраженности нейропатии имеет прогностическое значение, указывая на тяжесть и длительность течения некротических процессов.

ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Нигмонов Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность темы: Системная красная волчанка (СКВ), системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органо-неспецифических аутоантител к различным компонентам клеточно-го яда с развитием иммуно-воспалительного повреждения тканей и внутренних органов. Цели и задачи: Распространенность СКВ составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости приходится на 15-25 лет, женщины страдают в 8-10 раз чаще мужчин. СКВ наиболее часто развивается в репродуктивном возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде. Летальность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции. Ранняя смертность наиболее часто связана с активностью заболевания и присоединением вторичной инфекции, по мере увеличения продолжительности жизни на одно из первых мест (примерно у трети пациентов) в качестве причины смерти выходит сердечно-сосудистая патология. **Материалы и методы исследования:** По ретроспективным анализам данных полученных из интернета 2010-2014г. **Результаты исследования:** По соотношению эффективности и безопасности лекарственные схемы не всегда удовлетворяют клиницистов. Кроме того, у многих больных даже раннее назначение адекватных доз ГКС и цитотоксических препаратов не позволяет избежать необратимого поражения внутренних органов и нередко ассоциируется с развитием тяжелых, потенциально смертельных побочных реакций. Больные СКВ нуждаются в адекватном контроле не только основного заболевания, но и в коррекции сопутствующей патологии. Нередко возникают показания к назначению десятка и более лекарственных препаратов, особенности взаимодействия которых также следует учитывать. **Выводы:** Всем больным СКВ с дебюта заболевания целесообразно назначение симптоматических препаратов по терапевтическим показаниям для коррекции и профилактики осложнений заболевания и проводимой терапии. Основной целью лечения больных СКВ является увеличение продолжительности и качества жизни больных, которое определяет необходимость изучения новых подходов к фармакотерапии за счет внедрения новых схем и новых препаратов.

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА - ИНФЕКЦИОННЫЙ АГЕНТ ВЫЗЫВАЮЩИЙ НЕИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Низанова С.С., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА
Кафедра эпидемиологии (зав. каф. - д.м.н. Матназарова Г.С.)
Научный руководитель: к.м.н Рахманова Ж.А.

Злокачественные новообразования относятся к числу одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (МЛИП/IAIRC) в мире ежегодно заболевает злокачественными новообразованиями более 10 миллионов человек, 23 миллиона человек живут с диагнозом рак, установленным в последние 5 лет, и 6 миллионов умирают от этой патологии. В эпидемиологических исследованиях определены признаки папиллома-вирусной инфекции (ПВИ), обусловленной ВПЧ высокого канцерогенного риска, свойственные другим инфекциям, передаваемым половым путем (ИГТПШ). Обобщение результатов исследования свидетельствует о высокой распространенности HPV- инфекции среди населения. Вместе с тем, указанная инфекция не включена в перечень инфекционных заболеваний, подлежащих обязательному государственному учету и регистрации, не разработана система эпидемиологического надзора и профилактики этой патологии. Вирус папилломы человека (ВПЧ), папиллома-вирусная инфекция (ПВИ) занимают особое место среди сексуально- трансмиссивных заболеваний. По данным ВОЗ (1999), за последнее десятилетие количество инфицированных в мире возросло более чем в 10 раз. Резкое увеличение числа больных, высокая гетерогенность вирусов (к настоящему времени выделено более 100 серотипов ВПЧ, различающихся эпидемиологической значимостью и клинической симптоматикой), сложности диагностики, полиорганность вызываемой патологии, а также способность инициировать злокачественные процессы ставит папилломавирусную инфекцию в ряд приоритетных медико-социальных проблем. Рак шейки матки, связанный с персистирующей инфекцией вирусом папилломы человека (HPV) - один из самых распространенных и опасных видов злокачественных новообразований у женщин во всем мире. Из 10 миллионов новых случаев онкологических заболеваний, регистрируемых во всём мире ежегодно, примерно 15% случаев ассоциированы с инфекционными агентами. HPV ответственен за 30% данных злокачественных новообразований (5% от общего числа раковых заболеваний). По данным ВОЗ каждый год в мире диагностируется около 500 000 новых случаев рака шейки матки, который занимает второе место в мире как причина смерти от рака среди женщин. На сегодняшний день, по крайней мере, 700 миллионов человек являются носителями HPV-инфекции, а количество летальных исходов, связанных с HPV-инфекцией, достигает 280 тысяч в год. Рак шейки матки занимает второе место по частоте среди онкопатологии женской половой сферы. Реальной профилактикой рака шейки матки является своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний. Именно поэтому важным этапом профилактики злокачественных новообразований шейки матки являются ранняя диагностика и эффективное лечение поражений шейки матки вирусом папилломы человека. **Выводы:** Таким образом, своевременная диагностика и адекватная терапия папилломавирусных поражений гениталий являются не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. Актуальность данной проблемы определяется, прежде всего, тем, что не существует окончательного алгоритма диагностики и терапии ВПЧ-поражений шейки матки, что приводит к прогрессу заболевания и развития, плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки и рака шейки матки.

ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЯМИ

Носирова Д.Э., Мамурова Н.Н.
Кафедра внутренней медицины № 4 с гематологией (зав. каф. - д.м.н. Аралов Н.Р.)
Научный руководитель: д.м.н Аралов Н. Р

Диагностика пневмоний относится к числу сложных медицинских задач, особые сложности возникают при возникновении пневмонии на фоне какого-то иного тяжелого соматического страдания. Последние исследования ученых показали, что причиной лихорадки может быть развившаяся во многих случаях патология в гепатобилиарной системе. **Цель работы:** Изучение частоты сочетания патологии гепатобилиарной системы с пневмониями в зависимости от возраста больного. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 33 больных в пульмонологическом отделении ГМО №1 г. Самарканда. У всех больных была диагностирована «внебольничная пневмония». Из них 17 женщин, 16 муж-

чин, средний возраст 21-81 лет. Все больные были обследованы по стандартам, и был установлен диагноз «Внебольничная пневмония». **Результаты:** Среди обследованных больных у 6ти был выявлен хронический гепатит на основании анамнеза, объективных данных, УЗИ и ИФА крови. Из них- 1 больной HBsAg вирусной этиологии, 2 больных с HCV вирусной этиологии и 1 больной с криптогенной этиологией. У 5 больных в сопутствующем диагнозе присутствовал «Сахарный диабет 2 типа». Из всех больных 7 человек страдали патологией со стороны сердечно-сосудистой системы. У 17 больных была обнаружена анемия различной степени, 30 больных был обнаружен хронический холецистит при ультра звуковом исследовании. **Выводы:** Таким образом у больных с внебольничными пневмониями 91 % было обнаружена патология гепатобилиарной системы, что показывает её превосходство над другими. Среди этих больных молодые составили 66 %. По литературным данным, при патологии в гепатобилиарной системе происходит транслокация микроорганизмов в системный кровоток. У больных с патологией гепатобилиарной системы, одними из бактериальных ко-морбидных инфекций являются респираторные инфекции, и наиболее прогностически неблагоприятной из которых является пневмония. В последние годы отмечено, что инфекции дыхательных путей у больных с патологией в гепатобилиарной системе протекают немного легче. Таким образом, анализ современной литературы по проблеме позволяет сказать, что на сегодняшний день достоверных данных по частоте пневмоний у больных с патологией гепатобилиарной системы, факторам риска развития респираторной патологии, а также о прогнозе больных с данными коморбидными бактериальными инфекциями практически нет. Однако, внебольничная бактериальная пневмония требует оперативных действий, поскольку смертность у этих пациентов выше. Рекомендуем в сочетании комплексного лечения пневмонии, не упускать из вида при патологии в гепатобилиарной системе транслокацию микроорганизмов в системный кровоток.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нуриллаева Х., студентка 5 курса медико-педагогического факультета СамМИ

Кафедра общественного здравоохранения и общей гигиены (Заведующий кафедрой - д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель –Аминов З.З.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидирующими причинами инвалидности и смертности среди населения среднего возраста во всем мире. Это приводит к значительным затратам системы здравоохранения и социальных служб. Многими исследованиями доказаны, что наиболее распространенными и известными причинами ССЗ являются старение, малоподвижный образ жизни, нездоровая диета, стресс, курение и наследственность. К вышеизложенным причинам по последним исследованиям следует также отнести и невидимые факторы окружающей среды, увеличивающие риск ССЗ, такие как пассивное курение и химические отходы (вещества, загрязняющие окружающую среду). **Цель работы:** Провести обзор литературы для обобщения их результатов в целях изучения влияния факторов окружающей среды на риск развития ССЗ. **Материал и методы исследования:** Проведен обзор литературы и научных трудов последних лет. Так как существуют очень много факторов, влияющих на риск развития ССЗ, в данной работе приводятся только основные из них, которые в значительной мере повышают риск ССЗ. **Результаты:** Многие когортные и экологические исследования указывают на статистически значимую взаимосвязь между проживанием в экологически неблагоприятной местности с частотой развития ССЗ, даже после вычета доли риска, относящиеся возрасту, образу жизни, полу и наследственности. После детального изучения данной взаимосвязи были выявлены следующие химические отходы/вещества, которые в значительной мере повышают риск ССЗ: CO, NO₂, SO₂, твердые частицы воздуха с размерами менее 2,5 микрона (PM_{2,5}), многохлорированные бифенилы, хлорсодержащие пестициды и др. Эти химические вещества имеют разный масштаб и силу поражающего эффекта на сердечно-сосудистую систему (ССС). Газообразные вещества имеют более широкий охват и относительно быстрый эффект, тогда как тяжелые органические вещества имеют более медленное поражающее воздействие на СССР. Последнее, часто, происходит вторично, путем нарушения обмена веществ (липидов и углеводов). Немаловажную роль, в повышении риска ССЗ играет пассивное курение. Табачный дым содержит более 4 тысяч химических веществ, включая вышеупомянутые вещества, которые поражают СССР. Развитие ССЗ при воздействии этих веществ объясняется образованием радикала кислорода, который поражает стенку сосудов (развивается атеросклероз) или уменьшает эластичность сосудов (развивается гипертония). В некоторых исследованиях приводятся данные о высокой степени госпитализации в холодное время года, когда сжигаются уголь и древесина для отопления жилищных помещений и выработки электроэнергии. При этом в воздухе в значительной степени повышается концентрация твердых частиц разного размера: крупные (10 микрон) способствуют развитию патологии дыхательной системы, более мелкие (2,5 микрон) приводят к патологиям СССР. Воздействие многих химических веществ можно ограничить разными способами, таких как применение современных технологий в производстве, издание закона о запрете курения и т.д., но невозможно ограждать от воздействия тяжелых хлорсодержащих органических веществ после их попадания окружающую среду без переселения. Большинство этих веществ имеют очень долгий период полураспада, исчисляемые десятилетиями. **Выводы:** С развитием индустрии и сельского хозяйства появляются новые малоизученные факторы, повышающие риск ССЗ. Поэтому, при сборе анамнеза больных, наряду с общеизвестными факторами риска ССЗ, нужно тщательно собирать информацию о месте проживания больных и объектах производства в них, так как возвращение в место проживания больного часто приводит к рецидиву болезни. Наше Государство уделяет огромное внимание озеленению и оздоровлению окружающей среды. Каждый человек должен вносить свой вклад в предупреждении загрязнения окружающей среды.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ

Нуриддинов С.С., студент 613 группы пед. факультета СамМИ, Ким А.А.

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ассистент Саидова М.А.

Цель работы: повышение эффективности диагностики туберкулёзного инфицирования и локальных форм туберкулёза у детей на основе применения Диаскинтеста. **Материал и методы исследования:** Нами проанализированы Результаты методом Диаскинтеста 225 детей Самаркандской области для уточнения диагноза в связи с подозрением на заболевание туберкулёзом. **Результаты:** Детей раннего возраста (1 – 3 лет) было 35, дошкольного (3 – 6 лет) 58, школьного возраста (7 – 12 лет) 95 и старшего школьного возраста (12 – 15 лет) – 37 человек. Диагноз туберкулёза был подтвержден у 110 (48,8%), у 19 (8,4%) детей диагностирован ранний период туберкулёзной инфекции без заболевания, у 23 (10,2 %) туберкулёзное инфицирование с, прошлых лет с гиперергической реакцией Манту с 2 ТЕ, 15 (6,6%) пациента имели туберкулёзную инфекцию с нарастающим реакцией, 28 (12,4 %) детей было туберкулёзная инфекция с монотонностью проб без

заболевания. Признаны не инфицированными МБТ 30 (13,4%). У большинства детей (87 из 110) диагностированный туберкулёзный процесс был расценен как активный у остальных 23 детей изменения во внутригрудных лимфатических узлах в виде мелких единичных кальцинатов при отсутствии клинических признаков активности были расценены как остаточные изменения перенесенного туберкулёза. **Выводы:** Таким образом исследование показало, что диаскинтест отражает активность туберкулезной инфекции у детей, как имеющих латентные формы туберкулеза, так и являющихся только инфицированными. Среди детей инфицированных наибольшая частота положительных реакций диаскинтеста и максимальные размеры папул наблюдается у детей в раннем периоде туберкулезной инфекции у детей с гиперэргической чувствительностью. У детей имеющих активные формы туберкулеза, частота положительных реакций на диаскинтест выше, чем во всех группах детей, инфицированных МБТ, и имеющий процесс в фазе кальцинации. Полученные результаты дают основание необходимости дальнейшего внедрения Диаскинтеста как скринингового метода обследования на туберкулёз что позволит сократить ненужные расходы на дообследование детей, значительно повысить качество диагностики туберкулёзной инфекции, и улучшить ситуацию по заболеваемости туберкулёзом в целом.

ФОРМИРОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВА ВОЛЕЙБОЛЬНОЙ КОМАНДЫ ПОДРОСТКОВ

Олейник Н.А.

Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины, физического воспитания и здоровья

Научный руководитель: доктор наук по физическому воспитанию и спорту, доцент Дорошенко Э.Ю.

Цель работы: Целью исследования стало определение и теоретическое обоснование уровня развития коллектива волейбольной команды подростков и особенностей формирования коллектива волейбольной команды подростков, и его влияния на жизнь человека. В исследовании принимали участие 12 спортсменов, календарный возраст 12 - 15 лет. Результаты проведенного исследования позволили констатировать, что в коллективе волейбольной команды подростков преобладает благоприятная атмосфера в группе, бодрый, жизнерадостный тон, членам коллектива нравится быть вместе, успехи или неудачи товарищей вызывают сопереживание, то есть морально - психологический климат в группе и межличностные отношения в группе находятся на достаточно высоком положительном уровне. **Материал и методы исследования:** Исследование психологических особенностей межличностных отношений было проведено в команде волейболистов (12 спортсменов), возрастом 12 - 15 годы, которые тренируются в Запорожской специализированной школе № 7. С целью изучения межличностных отношений в коллективе волейбольной команды подростков использовались следующие методики: 1) Методика Ф. Фидлера - "Атмосфера в группе". 2) Оценка морально - психологического климата в коллективе (по Лутошкин Л.М.). 3) Диагностика уровня развития межличностных отношений в группе. **Результаты:** Результаты: Методика Ф. Фидлера - "Атмосфера в группе" показала, что в целом атмосфера в группе волейбольной команды подростков благоприятна. В анкете спортсменам были предложены варианты ответов от самой позитивной (от 1) к самой негативной (до 7). Было выявлено, что в сумме все члены команды ответили 1 - 39 раз, 2 - 37 раз, 3 - 19 раз, 4 - 16 раз, 5 - 7 раз, 6 - 1 раз и 7 - тоже 1 раз. На основании этого было выявлено, что атмосфера в команде для большинства членов команды находится на позитивном уровне, кроме Стародуб К., которая ответила, что в группе преобладает скука. Позже было выявлено, что она ответила именно так потому, что заниматься волейболом ее вынуждают родители. Благодаря методике "Оценка морально - психологического климата в коллективе (за Л.М. Лутошкиним)" было выявлено, что по мнению многих членов команды в коллективе преобладает бодрый, жизнерадостный тон, членам коллектива нравится быть вместе, успехи или неудачи товарищей вызывают сопереживание и другое. Но также было обнаружено, что Стародуб К. считает, что иногда каждый нетерпим к мнению товарищей Саркисова Е. считает, что в большинстве случаев члены команды равнодушны друг к другу Бородина И. ответила, что иногда успехи вызывают зависть, неудачи - злорадство. Благодаря этому исследованию было обнаружено, что положительных баллов (ответов) - 4, а отрицательных - 232. То есть: $232 - 4 = 228$; $228 / 10 = 22,8$. На основании этого можно судить, что в целом в коллективе волейбольной команды подростков морально - психологический климат находится на достаточно высоком позитивном уровне. Методика "Диагностика уровня развития межличностных отношений в группе" показала, что уровень развития межличностных отношений в группе находится на высоком позитивном уровне (см. таблицу 3). Благодаря этой методике были получены такие результаты: ответов А - 134, В - 125, С - 36, D - 41, что является подтверждением высокого уровня позитивных межличностных отношений в группе. **Выводы:** На основании проведенной исследовательско - экспериментальной работы можно сделать выводы, что в коллективе волейбольной команды подростков преобладает благоприятная атмосфера в группе, бодрый, жизнерадостный тон, членам коллектива нравится быть вместе, успехи или неудачи товарищей вызывают сопереживание, то есть морально - психологический климат в группе и межличностные отношения в группе находятся на достаточно высоком позитивном уровне.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Оллобердиев Х., резидент магистратуры 2-го года обучения, СамМИ

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

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

В связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии и все возрастающим интересом к проблеме острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) при сахарном диабете (СД) особую актуальность приобретает изучение характера патоморфологических изменений микроциркуляторного русла (МЦР). **Цель работы:** изучить особенности патоморфологических изменений МЦР у пациентов умерших от ОНМК на фоне СД. **Материал и методы исследования:** изучено венозное русло головного мозга 30 умерших от ишемического инсульта в возрасте 45-88 лет (средний возраст $62,9 \pm 5,8$), развившегося на фоне СД. Патогистологическому исследованию подверглось капиллярное русло ГМ в зонах смежного кровоснабжения. Длительность заболевания СД до 5 лет наблюдалась у 7 (23,3%), от 5 до 10 лет - у 12 (40%), свыше 10 лет - у 11 (36,7%). **Результаты:** изменения артериолярного звена, как в очагах, так и вне зон ОНМК, у умерших с СД тесно коррелируют со структурными изменениями деструктивного характера мелких разветвлений интрацеребральных артерий. Распространенный артериологелиоз в коре и белом веществе полушарий большого мозга дополнялся признаками острых метаболических нарушений в стенке мелких сосудов с развитием диффузной плазморрагии, фокального фибриноидного некроза, что сопровождалось нарастанием периваскулярного отека с развитием спонгиоза, преимущественно в белом веществе глубинных и срединных отделов полушарий. В коре и сером веществе подкорковых ганглиев у всех исследуемых просветы капилляров были неравномерно расширены, местами - спавшиеся, в отдель-

ных сегментах приобретали повышено извилистый характер с формированием микроаневризм. Во всех наблюдениях неравномерное утолщение базальных мембран сопровождалось значительным сужением просвета капилляров. В периферических участках компоненты базальной мембраны микрососудов вследствие нарастающего отека были разволокнены и разрыхлены. Степень кровенаполнения артериолярного и капиллярного звена микроциркуляции была крайне неравномерна. В интактных зонах сосуды микроциркуляторного русла были расширены, заполнены плазмой и форменными элементами в различных соотношениях. На этом фоне выявлялись признаки стаза с агрегацией эритроцитов в монетные столбики и формированием гиалиновых тромбов. Так же отмечалось пристеночное отложение фибрина в виде окрашенных компактных масс, значительно суживающих просвет сосудов. Периваскулярно располагались оптически пустые пространства, свидетельствующие о резком повышении сосудистой проницаемости вплоть до диапедеза одиночных эритроцитов. Наряду с подобными изменениями выявлялись парадоксальные выпрямления капиллярных петель со сравнительным уменьшением числа капилляров в условиях незначительного количества обнаруживаемых адаптационных структур типа конволотов. **Выводы:** выявленные изменения артериолярного и капиллярного звеньев МЦР ГМ у умерших от ОНМК при СД определяют возникновение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания с распространенным микротромбозом в сосудах серого и белого вещества полушарий большого мозга и ствола. Выявленные особенности структурных изменений МЦР головного мозга независимо от возраста у больных СД свидетельствуют о значительной распространенности и тяжести диабетической микроангиопатии в сером и белом веществе полушарий большого мозга и ствольных отделов у умерших от ОНМК.

УСИЛЕНИЕ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Омонова Р., студентка 417 группы 4 курса леч. факультета АГМИ
Кафедра терапии и народной медицины (зав. каф. - проф. Хужамбердиев М.А.)
Научный руководитель: ассистент Дустмурадова Д.А.

Железодефицитные анемии (ЖДА) – широко распространенные заболевания, при которых снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и других депо. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), железодефицитные анемии встречаются у 1,7 млрд населения земного шара. Наиболее подвержены ЖДА женщины детородного возраста, беременные, кормящие, а также дети в период интенсивного роста. Несмотря на лечение препаратами железа, эффект от терапии остаётся на низком уровне, а достижение желаемых результатов занимает очень много времени. Таким образом, модификация лечения больных данной группы населения является приоритетной задачей охраны материнства и детства. **Цель работы:** Оптимизировать лечение ЖДА у женщин детородного возраста. Для достижения данной цели поставлены следующие задачи: 1) обосновать целесообразность назначения аскорбиновой кислоты комбинированно с препаратами железа; 2) ускорить процесс достижения целевых значений гематологических показателей; **Материал и методы исследования:** Было обследовано 75 женщин в возрасте от 18 до 50 лет, у которых выявлена ЖДА 1-степени. ЖДА диагностировано на основании общего анализа крови, а также определения содержания сывороточного железа крови. Средний показатель гемоглобина был 103 ± 5 г/л. Сывороточного железа крови – 10 ± 2 ммоль/л. Больные разделены на 2 группы. 1 группа, состоящая из 35 женщин, получала только препарат железа (II) сульфат (Гардиферон). 40 женщин, вошедших во вторую группу, помимо препаратов железа получали перорально аскорбиновую кислоту в дозе 300 мг в сутки. Повторное определение гематологических показателей производилось каждый месяц в течении 6 месяцев. **Результаты:** В ходе наблюдения 5 женщины из первой группы и 2 женщины из второй группы перестали принимать предписанные лекарства и выбыли из исследования. Достижение целевого усреднённого уровня гемоглобина ($Hb_{cp} > 120$ г/л) в первой группе отмечалось на 5 месяц наблюдения и удерживался на достигнутом уровне на 6 месяц, в то время как во второй группе аналогичный показатель был достигнут уже на 4 месяце и продолжал возрастать до 6 месяца и по результатам 6-месячного наблюдения был в среднем на 11 г/л выше, чем в первой группе. Ещё более выраженные различия отмечены при измерении сывороточного железа. Повышение усреднённого уровня сывороточного железа до нормальных значений ($Fe_{сыв-сред} > 10$ ммоль/л) достигнуто в первый месяц наблюдения в обеих группах. Однако во второй группе этот показатель был достоверно выше ($12,1 \pm 3,2$ ммоль/л в первой группе против $18 \pm 2,6$ ммоль/л во второй группе, $p < 0,001$) и продолжал оставаться на высоком уровне в течении всего периода наблюдения ($Fe_{сыв-сред} > 18,6$ ммоль/л в 1-группе и $Fe_{сыв-сред} > 24,3$ ммоль/л в 2-группе). По истечении 6-месячного срока целевой уровень гемоглобина не был достигнут у 4 женщин из 1-группы и у 1 женщины из 2 группы. **Выводы:** Стимулирование абсорбции железа аскорбиновой кислотой привело к более эффективному лечению ЖДА. Целевые уровни гемоглобина и сывороточного железа крови при использовании аскорбиновой кислоты достигались в меньшие сроки. Больше количество пациентов достигли целевого уровня гемоглобина.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Очилова Д., студентка 412 группы леч. факультета, СамМИ
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. кафедрой – профессор Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Шмырина К.В.

По данным статистики, болями в спине страдает более половины населения Земли. Практически каждый человек хотя бы раз испытывает в своей жизни такое неприятное ощущение с негативными эмоциональными переживаниями, как боль. Именно она чаще всего заставляет пациента обращаться к врачу и искать средства избавиться от неё. **Цель работы:** изучить влияние препарата Габагамма на редукцию болевого синдрома у больных с хронической неспецифической болью в нижней части спины. **Материал и методы исследования:** обследовано 147 пациентов (58 мужчин (средний возраст $38,22 \pm 11,2$) и 89 женщин (средний возраст $39,54 \pm 9,9$)), страдающих хроническими неспецифическими болями в спине. Диагностический процесс включал анализ анамнестических данных, результатов вертеброневрологического обследования, МРТ. Субъективная оценка боли проводилась при помощи Визуальной Аналоговой Шкалы боли (ВАШ). 75 больным: 48 женщинам и 27 мужчинам в схему лечения был включен препарат Габагамма применяемый в течение 4-х недель. Препарат назначали в начальной дозе 300 мг/сут, в дальнейшем ее увеличивали на 300 мг/сут каждый день, достигая 900 мг/сут. Группу сравнения составили 72 пациента (41 женщина и 31 мужчина) получавших традиционное лечение. Результаты оценивали на 10-й день и через 3 месяца от начала лечения по показателям ВАШ боли. **Результаты и обсуждение:** 126 (85,7%) пациентов связывали появление боли с подъемом тяжести, остальные 21 (14,3%) с переохлаждением. При корешковых синдромах отмечалось снижение или выпадение коленного рефлекса у 7 (10,3%) обследуемых, выпадение

ахиллова рефлекса – у 10 (14,7%), выпадение подошвенного рефлекса – у 9 (13,2%) пациентов, сочетание выпадений рефлексов – у 42 (61,8%) больных. Положительный симптом Ласега выявлен у 93 (63,3%) пациентов, симптом Нери – у 76 (51,7%) больных, симптом Вассермана выявлен у 56 (38,1%) больных, симптом Мацкевича у 37 (25,2%) пациентов. Анализ результатов МРТ показал: наиболее часто грыжа диска локализовалась на уровне L4-L5 – в 32,7% случаев, грыжа диска L5-S1 – в 27,9%, грыжа диска L3-L4 – в 8,8% наблюдений. Сдавление корешка выявлено у 39,5% больных, сдавление дурального мешка – у 33,3% пациентов. В 87,8 % случаев наблюдалось сочетанное поражение межпозвоночных дисков. В первый день обследования выраженность болевого синдрома по ВАШ в основной группе составила $8,18 \pm 0,66$ балла, в группе сравнения – $7,38 \pm 1,28$ балла соответственно ($p < 0,01$). На 10-й день лечения средняя интенсивность болевого синдрома в группе пациентов получавших Габагамму составила $2,49 \pm 1,76$ баллов ($p < 0,001$). В группе сравнения на 10-й день болевого синдром регрессировал до $4,2 \pm 0,97$ балла ($p < 0,001$). На следующем этапе пациентов осматривали через три месяца после окончания терапии. При анализе динамики болевого синдрома по ВАШ установлено, что в группе пациентов получавших габагамму отмечалась положительная динамика по ВАШ – интенсивность болевого синдрома изменилась с $2,49 \pm 1,76$ до $0,8 \pm 0,36$ балла ($p < 0,05$). В группе контроля отмечалась стабильная динамика в виде незначительного уменьшения боли: показатель изменился с $4,2 \pm 0,97$ балла до $2,96 \pm 1,18$ баллов ($p < 0,001$). Рецидив болевого эпизода в основной группе не возник ни у одного пациента, в то время как в группе контроля у 11 пациентов (15,3%) отмечалось повторение болевого эпизода. **Выводы:** применение габагаммы в комплексной терапии хронической неспецифической боли в нижней части спины является клинически эффективным в связи с купированием нейропатического компонента болевого синдрома, преобладающего при указанной патологии. Его использование является патогенетически обоснованным и не сопровождается развитием серьезных побочных эффектов.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Очилов У.У., старший научный сотрудник соискатель, Хидиров Л.Ф., Тураев Б.Т. - резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии (зав. кафедрой: к.м.н., доц. Велиляева А.С.)

Научный руководитель: д.м.н., проф. Магзумова Ш.Ш.

ВИЧ-инфицированность больных употребляющих психоактивные вещества (ПАВ) является риском психической травматизации. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) ухудшает не только психологическое самочувствие больных, но также их социальное положение и качество жизни. Проблема осложняется тем, что риск ПТСР часто ассоциируется с употреблением ПАВ. Несмотря на возрастающую актуальность проблемы стрессовых и других тревожных расстройств у лиц употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфицированностью, в отечественной литературе крайне немногочисленны работы, посвященные этой тематике. Отсутствие на этот счет определенных данных не позволяет учитывать распространенность, факторы риска, клиническое своеобразие и закономерности течения этих расстройств, а также взаимные функциональные связи между коморбидными состояниями, что, в свою очередь, мешает разработке эффективных подходов к терапии и реабилитации этих больных. **Цель работы:** изучить формирование ПТСР у больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией. **Материал и методы исследования:** Было обследовано в основной группе 56 больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией, в контрольной группе 42 пациента с наркологической зависимостью без ВИЧ-инфицирования состоящих на учете в СОНД. Средний возраст больных составил 27-54 лет. Предметом изучения были особенности развития и проявления ПТСР, их причинные зависимости. Для решения поставленных задач использовался комплекс клинико-психопатологических, экспериментально-психологических и статистических методов исследования. С целью получения анамнестических сведений была разработана специальная карта-анкета. Критериями включения в исследование были: наличие наркотической зависимости, положительный тест на ВИЧ, отсутствие прогрессивных психических расстройств и добровольное согласие на исследование. **Результаты:** Выявлено, что более 80% больных употребляющих ПАВ подвергались в течение жизни, различным стрессовым событиям. Формирование ПТСР, как правило, было связано с развитием психического расстройства, вызванного у употребляющих ПАВ с информированием о ВИЧ-инфицировании. Наиболее типичными проявлениями травматической диссоциации были клинические проявления в виде тревожных 36%, фобических 12%, панических 18%, депрессивных расстройств 23% и острых диссоциативных реакций 11%. В течении более 1 месяца проявлялись симптомы повторяющимися тягостными воспоминаниями, сильными психологическими потрясениями при столкновении с событиями, снижением интереса к ранее значимым видам деятельности и эмоций, нарушением сна, раздражительностью и повышенной пугливостью, затем формировалось ПТСР. Сравнительный анализ исследуемых групп показал, что в группе ВИЧ-инфицированных больных употребляющих ПАВ формирование ПТСР зависит от социальных факторов, степени распространения ВИЧ-инфекции, ее профилактики и исхода. В контрольной группе эти показатели были более благоприятными. **Выводы:** Наиболее значимым фактором формирования ПТСР у больных употребляющих ПАВ является психическая травма, связанная с известием о положительном тесте на ВИЧ, проявляющиеся клиническими симптомами: тревожные, фобические, панические, депрессивные и диссоциативные реакции.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Плаксина С.С., Кошурников Р.В., студенты 5 курса лечебно-профилактического факультета УГМУ
Кафедра психиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. Ретюнский К.Ю.)

Научный руководитель - к.м.н., доц. Петренко Т.С.

Цель работы: Определить значимость исследования ФАМ у пациентов с органическими повреждениями головного мозга. **Материал и методы исследования:** В исследовании приняли участие 3 пациента Свердловской областной клинической психиатрической больницы, находившихся на стационарном лечении с установленным диагнозом «Органическое заболевание головного мозга» (ОЗГМ) и один относительно здоровый испытуемый для контроля изучаемых параметров ФАМ. Запись ЭЭГ проводилась в фоновом состоянии и состоянии когнитивной нагрузки. Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось с использованием компьютерного комплекса «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» Medicom Ltd. Полученные данные анализировались при помощи программного пакета «ФАМ» Medicom Ltd. Изучались параметры кросс-корреляции, кросс-спектра и когерентности ЭЭГ. **Результаты:** Наиболее интересные различия были получены при кросс-корреляционном анализе в диапазоне альфа ритма: у контрольного исследуемого отмечались стабильно высокие показатели взаимодействия между отведениями (более 0,7) во всех исследуемых со-

стояниях; у пациентов с ОЗГМ отмечались либо низкие показатели взаимодействия в тех зонах коры, которые должны активироваться при проведении когнитивных тестов, либо равномерно низкие показатели альфа-ритма во всех отведениях. При проведении когерентного анализа в диапазоне бета-1 ритма были выявлены общие для всех исследуемых закономерности – наибольшая активность наблюдается в лобных и центральных зонах коры правого полушария головного мозга. **Выводы:** В результате проведенного исследования впервые были установлены параметры функциональной асимметрии головного мозга у пациентов с органическим повреждением головного мозга в результате разных причин. Общим для всех пациентов оказалось снижение эффективности работы внутримозговых и межполушарных взаимодействий, которые в норме необходимы для решения когнитивных задач. Результаты анализа кросс-корреляции и кросс-спектра позволяют оценить общий уровень энергетических процессов в бодрствующем состоянии человека. При органическом повреждении головного мозга наблюдается значительное ослабление общеэнергетических процессов в головном мозге. Результаты анализа когерентности сигнала ЭЭГ позволяют оценить степень взаимодействия различных участков коры во время решения когнитивных задач. В норме отмечается формирование мощных связей между различными зонами коры, преимущественно в правом полушарии. При органическом повреждении головного мозга наблюдается снижение активации необходимых для решения задач зон коры. Результаты проведенной пилотной работы позволяют сформулировать задачи серьезного исследования закономерностей ФАМ с целью разработки методов ранней диагностики ОЗГМ и прогнозирования его последствий.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С 4В-СТАДИЕЙ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ

Плаксина С.С., студентка группы ОЛД-513 лечебно-профилактического факультета
Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. каф. – проф. Волкова Л.И.)
Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии (зав. каф.– проф. Сабитов А.У.)
Научные руководители - д.м.н., проф. Надеждина М.В., к.м.н., доц. Веревищев В.К.

Цель работы: Выявить особенности психоневрологических, вегетативных нарушений у пациентов с 4В стадией ВИЧ-инфекции. **Материал и методы исследования:** Проведено комплексное обследование 20 пациентов с 4В-стадией ВИЧ-инфекции. Выделено 2 группы по 10 пациентов в зависимости от срока постановки диагноза 4В стадии ВИЧ-инфекции: I группу составили пациенты с впервые выявленной 4В стадией ВИЧ-инфекции или установленной в течение года, II – через 8,5±1,2 лет после диагностики ВИЧ-инфекции. Изучены анамнез заболевания, динамика неврологического статуса, данные Гиссенского опросника соматических жалоб, данные шкалы оценки психического статуса (MMSE) и теста «батарея лобной дисфункции» (FAB), а также проведена оценка внимательности, эффективности работы, степени вработываемости, психической устойчивости с помощью таблиц Шульте и методики «Счет по Крепелину». **Результаты:** Средний возраст пациентов обеих групп составил 36,4±3,6 лет. Предполагаемый путь заражения ВИЧ-инфекцией: у пациентов I группы парентеральный (в/в употребления наркотических средств) - у 60,0%, половой - у 30,0% и 10,0% пациентов затруднились с ответом; II группы половой путь - у 60,0%, парентеральный - у 20,0% и 20,0% больных затруднились с ответом. Обращало внимание преобладание парентерального пути заражения у пациентов с ранним выявлением 4В стадии ВИЧ инфекции. Опрос пациентов с помощью Гиссенского опросника, показал высокую выраженность «истощения» и «интенсивности жалоб» у пациентов обеих групп с преобладанием у пациентов II группы ($p<0,05$) с поздним сроком выявления 4В стадии ВИЧ инфекции. Выраженный синдром вегетативной дистонии наблюдался у 19 больных. Интенсивность вегетативных нарушений была в 1,5 раза выше у пациентов II группы ($p<0,05$). При оценке уровня и степени депрессии по шкале Бека отмечено преобладание выраженной депрессии у пациентов I группы ($p<0,05$), а тяжелой у пациентов II группы ($p<0,05$). Когнитивные нарушения выявлены у 18 ВИЧ инфицированных больных, причем легкие когнитивные нарушения преобладали у пациентов I, а деменция легкой и средней степени - II группы ($p<0,05$). Признаки деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур также были более выражены у пациентов II группы. Полученные данные с помощью методик «Таблицы Шульте» и «Счет по Крепелину» свидетельствовали о низкой степени эффективности работы, медленной вработываемости, повышенной утомляемости у 50,0% пациентов обеих групп. «Истошающийся тип» внимания с постепенным увеличением числа ошибок, снижением продуктивности, выявлен у пациентов I и II групп в 50,0% и 70,0% наблюдений соответственно. **Выводы:** Таким образом у всех пациентов с 4В стадией ВИЧ-инфекции был выявлен сильно выраженный синдром вегетативной дистонии с преобладанием интенсивности вегетативных нарушений у пациентов II группы. Уровень и интенсивность соматических жалоб, «истощение» также преобладали у больных II группы. По шкале Бека у пациентов I группы преобладала выраженная, а у пациентов II группы – тяжелая депрессия ($p<0,05$). Когнитивные нарушения установлены у всех больных с 4В стадией ВИЧ-инфекции, причем легкие когнитивные нарушения и умеренная лобная дисфункция преобладали у пациентов I, а деменция легкой и средней степени с преимущественным поражением лобных долей - II группы. «Истошающийся тип» внимания был выявлен у пациентов I и II групп в 50,0% и 70,0% наблюдений соответственно.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Разаков С.А., резидент магистратуры 1 года обучения ТаШПМИ
Кафедра фтизиатрии (зав. кафедры д.м.н. Ташпулатова Ф.К.)
Научный руководитель: д.м.н. Ташпулатова Ф.К.

Цель работы: Изучить распространенность табакокурения среди больных туберкулезом легких. **Материал и методы исследования:** Применялся вопросник, состоящий из 15 вопросов и тест Фагерстрема. Уточнялся пол, возраст, рост, вес, стаж курения, показатели внешнего дыхания (ФВД). Проанкетировано 80 больных добровольцев. Средний возраст (40±4,5 лет). Число мужского пола составило 60(75%), женского пола 20(25%). Для определения ФВД был использован Micro Peak Flowmetr. **Результаты:** В результате было установлено, что среди лиц мужского пола болеющих туберкулезом легких частота курящих составляет 38%. Среди лиц женского пола частота курящих составило только 10%. Стаж курения среди больных туберкулезом легких лиц мужского пола у 70% составило 2 до 10 лет, у 30% - от 1 до 7 лет. Стаж курения среди лиц женского пола болеющих туберкулезом легких у 76% составляло от 1 до 4 лет, у 33% - от 4 до 7 лет. Интенсивность курения (количество сигарет в сутки) среди курящих лиц мужского пола от 2-10 сигарет отмечено у 60%, от 5 и более сигарет у 40% обследованных. Среди курящих лиц женского пола индекс курения составило от 1-5 сигарет у 90%, от 5 и более сигарет 10%. Среднее значение ОФВ1/ФЖЕЛ среди лиц мужского пола составляет 0,224, а отношение ОФВ1/ФЖЕЛ среди лиц женского пола составил 0,158. **Выводы:** Выявлена распространенность табакокурения среди лиц мужского пола боль-

ных туберкулезом легких 38% , среди лиц женского пола 10%. Анализ индекса курения, показало, что среди больных туберкулезом легких преобладают лица употребляющие сигареты от 1 до 5 в день.

ИЗУЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Рафиков Б., Ахмедов И., студенты 3-курса

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. - к.м.н. доц. Ярмухаммедова С.Х.)

Научный руководитель: доц. Ярмухаммедова С.Х.

Аортальный стеноз – это самый распространенный приобретенный порок сердца. В 10% случаев виной аортального стеноза является ревматический процесс. Распространенность аортального стеноза, колеблется от 3–4 до 7%. **Цель работы:** Изучить эхокардиографические признаки аортального стеноза у больных с ревматическим поражением сердца. **Материал и методы исследования:** Обследовано 28 больных с аортальным стенозом находившихся на стационарном лечении во 2-кардиологическом отделении клиники Самми. Из них 15 мужчин и 13 женщин в возрасте от 24 до 53л. **Результаты и их обсуждение.** Эхокардиографическое исследование проводилось в «В» и «М» - режимах с применением доплерографии. Диагностическими критериями при М-модальном исследовании являлось уменьшение расхождения створок АК во время систолы ЛЖ, а также уплотнение и неоднородность структуры створок клапана. В норме систолическое раскрытие створок аортального клапана обычно превышает 12-18мм. У 3-х пациентов раскрытие створок аортального клапана составляло 7,6мм,7,4мм,7,8мм что свидетельствовало о тяжелой степени стеноза. У 9-ти исследуемых расхождение створок составляло 10мм, у всех остальных - 12мм что соответствовало легкой степени стеноза. В В-режиме было выявлено что систолическая сепарация между правой коронарной створкой и некоронарной створкой меньше 1,5 см почти у всех пациентов. У всех были утолщенные аортальные створки в парастернальной проекции длинной оси левого желудочка или поперечном сечении на уровне магистральных сосудов. Причем правая коронарная створка была повреждена у 25 исследуемых. У всех выгибание аортальных створок за линию смыкания Допплер-ЭхоКГ: У 16 исследуемых градиент давления 12-25 мм рт.ст, у 9 пациентов 40-55мм рт.ст. у 3 больных 66 мм рт ст. Таким образом, I-степень аортального стеноза была выявлена у 16 исследуемых, II- степень у 9-х, III-степень у 3 пациентов. **Вывод:** Эхокардиографический метод исследования позволяет достоверно выявить степени аортального стеноза.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Рахимова М.Б., Рахимова М.Э., Сайфиддинова М.А., Султанхонов С.С.

Кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета ТМА, г. Ташкент

Цель работы: изучить механизмы влияния патологии гепатобилиарной зоны на сердечно-сосудистую систему.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3-Клиники ТМА за 2013-2015 годы. Изучено 1870 историй болезни больных ИБС, получавших стационарное лечение в отделении кардиологии. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени и желчного пузыря). Верификация диагноза проводилась на основании объективных критериев приведенных в МКБ-10. В ретроспективное исследование были включены результаты обследований 1870 больных. Из них были выделены 214 (11,44%) больных с ИБС , имеющие в спутствующем заболевании патологию гепатобилиарной системы. Возраст больных составил в среднем $62 \pm 9,8$ лет. Набор пациентов проводился параллельно в три подгруппы, разделенных по функциональным классам ИБС, стабильная стенокардия напряжения (II-IV). Численность каждой подгруппы при завершении исследования составила : I-я- больные со стенокардией напряжения ФК II – 60, II-я- больные с СН ФК III – 116, III-я- больные с СН ФК IV- 48. **Результаты:** У 120 (56,1%) больных ишемической болезнью сердца были выявлены изменения в печени по типу кардиального фиброза- 6 (2,83%), застойных изменений в печени-36 (16,82%), жирового гепатоза -68(31,77%), гепатомегалии -10 (4,67%). У 172 (80,4%) больных были выявлены изменения билиарной системы: дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу – 18(8,41%), хронический холецистит 154 (71,96). Нарушения в желчевыводительной системе у больных с ИБС сочетались с ультразвуковыми признаками поражения печени и желчного пузыря. При анализе результатов в 92,3% случаях отмечалось утолщение стенок желчного пузыря в среднем до $3,7 \pm 0,2$ мм при норме 1-2 , но не более 3 мм . Уплотнение стенок найдено у 88,5% пациентов, а наблюдение увеличения размеров происходило в 76,9% случаях. Данные ферментативных анализов показали повышение показателей АЛТ до $0,562 \pm 0,08$ мкмоль\л у 28 (12,8%) больных, что подтверждает патологию гепатобилиарной зоны. При исследовании липидного спектра было отмечено повышение среднего значения уровня холестерина у исследуемых больных, а именно $5,25 \pm 1,7$ ммоль\л. Это дает нам право судить о том, что рефлекторное влияние из желчных путей на сердце способствует развитию и прогрессированию атеросклероза и ухудшению коронарной микроциркуляции под влиянием гиперлипидемии. При изучении инструментальных данных были выявлены следующие, характерные для изучаемой патологии изменения. Показатели среднего систолического давления составили $141 \pm 15,4$ мм рт ст, среднего диастолического- $88,7 \pm 7,04$ мм рт ст, у 49 (23%) больных была отмечена брадикардия (ЧСС от 60 и ниже уд в мин). Наличие у больных повышенных цифр артериального давления, а также брадикардии дает нам право судить о преобладании регуляции симпатической нервной системы и развитии холецисто-кардиального синдрома у больных ИБС в сочетании с хроническим холециститом. **Выводы:** Сочетание ИБС с заболеваниями гепатобилиарной системы сопровождается развитием различного рода нарушений функции печени и желчного пузыря. Рефлекторное влияние из желчных путей на сердце способствует развитию и прогрессированию атеросклероза и ухудшению коронарной микроциркуляции под влиянием гиперлипидемии.

ИЗМЕНЕНИЯ В БРОНХАХ НА РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рахматов А.Б., Джуманазаров И.И., резиденты магистратуры, Аметова А.С.

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав. кафедрой: доц. Мустафакулов И.Б.) СамМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ашуров А.А.

Нарушение проходимости бронхов при бронхиальной астме (БА) имеет в своей основе аллергический воспалительный процесс, локализованный в мелких бронхах и бронхиолах. На формирование болезни и её течение имеет значение вовлечение в патологический процесс всего бронхолегочного аппарата и его сосудов. В визуализации изменений в бронхах ведущее место занимает рентгенологическое исследование. Причиной бронхиальной астмы являются разнооб-

разные факторы, среди которых не последнюю роль играют и плесневые гриба рода *Paecilomyces*, обладающие выраженной аллергенной активностью при неблагоприятном фоне и сниженной иммунологической защите. **Цель работы.** Изучить диагностические возможности общедоступного рентгенологического исследования для выявления характера и степени нарушения бронхов при БА грибковой этиологии. **Материал и методы исследования.** Проведена полипозиционная рентгенография 190 больным с БА в возрасте от 17 до 56 лет (мужчин-114, женщин-76). На наличие активного бронхолегочного воспалительного процесса грибковой этиологии указывают повышение температуры, кашель, боль в груди, удушье содержания сферул гриба рода *Paecilomyces* в нативной крови и мокроты, лейкоцитоз, эозинофилия и ускорение СОЭ. **Результаты и их обсуждение.** Рентгенографическое исследование в таких случаях помогает уточнить характер возникающих бронхолегочных изменений. При изучении рентгенограмм грудной клетки в двух взаимоперпендикулярных проекциях у 190 больных бронхиальной астмой пециломикозной этиологии, давностью заболевания от 3-х месяцев до 24 лет. Установлено, что у 90 % (17) больных с лёгкой формой бронхиальной астмы в лёгких рентгенологические изменения не выявлены. У больных со средней и тяжёлой степенью тяжести бронхиальной астмы на фоне повышенной прозрачности лёгочных полей и сетчато-ячеистой деформации легочного рисунка выявляются утолщение стенок бронхов в 91% (173) случаев. Бронхи на рентгенограммах выявляются в виде парных, параллельных теней со светлыми промежутками (69%) или как единичная тень, идущая вдоль легочных артерий (14%). Иногда бронхи тесно прилегают к сосудам (17). В 62 % случаев инфильтративный отёк и фиброзное утолщение стенок бронхов выявляются в виде мелких кольцевидных теней, расположенных в прикорневых зонах (при ортоградном направлении бронхов). Степень утолщения стенок бронхов варьирует в зависимости от выраженности клинических проявлений и длительности заболевания. Имеется чёткая корреляция между рентгенологическими данными и клиническим состоянием больного. Необходимо учитывать, что в некоторых случаях эти изменения могут являться результатом хронического бронхита, наслаивающейся бронхиальной астмы. **Выводы.** Определение локализации, характера и уровень нарушения бронхолегочных структур бронхиальной астмы и дифференциальная диагностика в значительной мере базируется на данных рентгенологического обследования. Поэтому среди методов, используемых в диагностике БА ведущая роль должна отводиться классической полипозиционной рентгенографии.

ДИАНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Рахматов Ж., студент 607 группы леч. факультета, Абдушукурова К.Р., Наимова Х.А., ассистенты СамМИ
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии СамМИ (зав. кафедрой д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Тоиров Э.С.

Сущность изменений костей при ревматоидном артрите (РА) обусловлен остеопорозом - состоянием скелета, характеризующийся микронарушениями в архитектонике, снижением массы и повышением её хрупкости. При РА изучение нарушений кальций-фосфорного метаболизма имеет важное практическое значение как в отношении определения степени остеопороза, так и для определения прогноза заболевания. **Цель работы:** Оценить взаимосвязь метаболических изменений и степени остеопороза (ОП) при ревматоидном артрите (РА). **Материал и методы исследования:** В основу работы положен анализ результатов обследования 70 больных РА в возрасте 16-60 лет. Продолжительность РА у них составила от 1 до 10 лет. Диагноз «остеопороз» ставился на основании денситометрии проксимального отдела бедра и поясничного отдела позвоночника. Согласно рекомендациям ВОЗ, диагностику ОП проводили с учетом Т-критерия: норма - Т-критерий от 0 до -1 ББ; остеопения - Т-критерий от -1 до -2,5; ОП - Т-критерий ниже -2,5. Значения ниже -2,5 ББ при наличии хотя бы одного перелома в возрасте после 50 лет при низком уровне травмы классифицировались как тяжелый ОП. Т-критерий соответствует разнице между реальной костной массой и среднетеоретическим пиком костной массы у эталона и выражается в стандартных отклонениях от соответствующей нормы (SD). О состоянии кальций-фосфорного обмена судили по концентрации в сыворотке крови общего кальция (Ca, ммоль/л), фосфора (P, ммоль/л), по активности щелочной и кислой фосфатазы (ЩФ и КФ, в Ед/л). Контрольная группа состояла из 40 здоровых людей (16-мужчин, 24-женщин) в возрасте 16-60 лет (в среднем 33,6±2,02 лет). **Результаты:** У больных РА показатели Т-критерия шейки бедренной кости достоверно ниже, чем в контрольной группе (в 3,4 раза - на 242,3%). В поясничном отделе позвоночника у больных РА показатели Т-критерия достоверно не отличаются от нормы ($p > 0,05$). В целом остеопороз диагностирован у 25,7% больных РА, остеопения - у 45,7%, и лишь 28,6% обследованных имели нормальную плотность кости. Проведенный корреляционный анализ между показателями минеральной плотности костной ткани и клинико-лабораторными характеристиками больных РА выявил достоверные сильные связи с возрастом больных ($r = -0,44$), иммунологическими показателями: С-реактивным протеином и циркулирующими иммунными комплексами ($r = -0,63$; $r = -0,49$), показателями кальций-фосфорного обмена: концентрацией кальция, фосфора ($r = 0,5$; $r = 0,45$), активностью щелочной и кислой фосфатазы ($r = 0,46$; $r = -0,52$). **Выводы:** Активность патологического процесса сопровождается снижением минеральной плотности костной ткани и ОП является частым осложнением РА. В связи с чем проведение остеоденситометрии для назначения антиостеопоретических препаратов является обязательным. Своевременная диагностика и фармакотерапия остеопороза позволяет модифицировать течение болезни, снизить риск остеопоретических переломов и улучшить прогноз.

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ

Рузиева Ш.А., Мамурова М.М., резиденты магистратуры 1 года обучения
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н., проф. Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: к.м.н. Хакимова С.З.

Транзиторные ишемические атаки (ТИА) - это клинически быстро возникающие очаговые и общемозговые нарушения функции головного мозга, которые вызваны локальной ишемией и проходят в течение не более суток. Симптомы ТИА разнообразны и определяются локализацией ишемии мозга в том или ином сосудистом бассейне, клинически соответствуя невровазкулярным синдромам, характерным для ишемического инсульта. Патофизиологической основой клинических проявлений ТИА является наличие в головном мозге зон ишемической полутени, имеющей сложную молекулярно-генетическую, биохимическую, клеточную и пространственную структуру. **Цель работы:** Изучить клинико-нейровизуализационные особенности транзиторной ишемической атаки у больных молодого возраста. **Материал и методы исследования:** Обследовано 107 больных молодого возраста с ТИА, мужчин - 40 (37,4%), женщин - 67 (62,6%). Диагностический комплекс состоял из: клинико-неврологического осмотра, электроэнцефалографии (ЭЭГ), ультразвуковой до-

плерографии (УЗДГ). **Результаты:** Более половины больных 58 (54,2%) поступили в стационар с длительностью эпизода ТИА до 30 минут, у 90% больных она не превышала 15 минут. На ЭЭГ отмечалось преобладание низковольтной активности в зонах ишемизации 10 (20,0%), увеличение индекса β -активности-10 (20,0%) и наличие очаговой активности - 10 (20,0%) больных. На УЗДГ из 44 в 17 (38%) случаях отмечено снижение кровотока в бассейне внутренних сонных артерий, у 11 (25,0%) - повышенный тонус и снижение кровотока по позвоночным артериям. Начало внезапное, чаще днем, во время работы, учебы (83,7%), реже (16,3%) - в состоянии покоя. При возникновении ТИА в каротидном бассейне отмечались: слабость в правой руке у 15 (14%), в правой ноге у 5 (4,6%), в левой руке у 8 (7,4%); слабость и тяжесть в руке и ноге у 13 (12,5%); «перекос» лица у 4 (3,7%) больных. Моторная афазия у 8 (7,4%), сенсорная афазия у 6 (5,6%) больных. При поражении вертебробазилярного бассейна отмечались: односторонняя слабость 3 (2,8%); слабость во всех конечностях 2 (1,8%); двоения в глазах у 8 (7,4%), нарушения глотания и изменения голоса у 2 (1,8%) больных. **Выводы:** Клиническая картина ТИА у людей молодого возраста весьма вариабельна и полностью обусловлена бассейном, в котором развивалась острая сосудистая дисциркуляция. Наиболее информативным дополнительным методом диагностики ТИА оказалась УЗДГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРНИГИЛА С СОЛКОТРИХОВАКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА СОЧЕТАННОГО С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ

Рустамов А.У., студент 512 группы, Суянов А.Ф., студент 508 группы, Юлдашев У.К., студент 512 группы СамМИ
Кафедра инфекционных заболеваний, эпидемиологии (зав. каф. - доц. Ярмухамедова Н.А.)

Научный руководитель: ассистент Ахмедов Ш. К.

Цель работы: Целью нашего исследования являлось определить эффективность орнигила с солкотриховаком при лечении трихомониаза сочетанные с бактериальным процессом. **Материал и методы исследования:** Было пролечено 28 больных (10 мужчин, 18 женщин) хроническим трихомониазом в сочетании с бактериальным процессом с применением офлозола и сопутствующего лечения. Возраст больных колебался от 20 до 34 лет. Давность заболевания от 4 до 7 лет. В анамнезе у всех больных были неоднократные курсы лечения трихополом и местного лечения. Обследуемые имели субъективные симптомы и объективные признаки воспаления со стороны половых органов. У мужчин наблюдались такие синдромы как уретрит, простатит, орхоэпидидимит; у женщин - кольпит, вульвовагинит, цервицит, аднексит и уретральные синдромы. Лабораторная диагностика трихомониаза и бактериальной обсемененности проводилась с помощью культурального исследования. Для диагностики трихомониаза применялись стандартная питательная среда для выделения и культивирования урогенитальных трихомонад. По данным наших исследований установлено, что трихомониаз как моноинфекция встречается только у 10,5 % больных трихомониазом, а его смешанные формы в ассоциациях с другими инфекциями наблюдаются у 89,5 % пациентов. Орнигил назначался на протяжении 10 дней по 500 мг два раза в день. Вакцина «Солкотриховак» назначалась за 1 неделю до начала приема Орнигила, № 3 с интервалом 2 недели. Установление излеченности трихомониаза и бактериального процесса проводили дважды - через 10 дней и через 2 месяца после окончания лечения путем трехкратного микроскопического и однократного культурального исследования. **Результаты:** Побочные эффекты лечения в виде желудочно-кишечных расстройств и головной боли наблюдались у 1-го пациента, из 28. что составило 2,8%. В результате первого контроля эффективности лечения (ближайшие результаты через 10 дней после окончания лечения) клинический эффект наблюдался у 26 пациентов из 28 (92,85±2,0%). При втором контроле эффективности лечения через 2 месяца после лечения клинический эффект был отмечен у 27 (96,42±2,6%). Только у одного больного были обнаружены трихомонады и условно-патогенные бактерии. Таким образом, микробиологический эффект лечения по разработанной методике через 2 месяца составил 92,3±3,7%. **Выводы:** Применение Орнигила на протяжении 10 дней по 500 мг два раза в день и вакцина «Солкотриховак» № 3 с интервалом 2 недели для лечения больных воспалительными заболеваниями мочеполовых органов трихомонадно-бактериальной этиологии дало клинический и микробиологический эффект до 90-96%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОСПАЗМА МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Рустамова Н.А., студентка 411 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: ассистент Ким О.А.

Цель работы: Оптимизация лечения блефароспазма методами иглотерапии и точечного массажа. **Материал и методы исследования:** Иглотерапию проводят по торсионному методу. Точечный массаж усиливает иглоукальвание. Используют следующие точки: на меридиане «трех обогревателей» точки (TR-23, 5, 6), на меридиане желудка (E-2, 3), на меридиане мочевого пузыря (V-10, 60) точка V-1 всегда чаще массируется, иглоукальвание в ней проводится с особой осторожностью, при этом острие иглы направляется от глаза к носу. На меридиане желчного пузыря стимулируют точки (VB-1, 20, 21), на меридиане толстой кишки (GI4), внемеридианная точка (ТВМ-3), на ухе точки: 82, 55, 51, 8, 34, 25, 29. **Результаты:** Продолжительность тонизирующего массажа - от 1 до 5 минут на точку, успокаивающего - от 5 до 20 минут, гармонизирующего - от 3 до 10 минут. На точки, расположенные около глаз, воздействуйте в течение 2-5 минут, на остальные зоны и точки - в течение 3-10 минут. Симметричные точки следует массировать одновременно. За один сеанс воздействуйте на 2-3 пары точек, или на 1-2 точки и 1 зону. Силу и продолжительность воздействия для каждого человека надо подбирать индивидуально, в зависимости от его состояния, возраста и восприимчивости к массажному воздействию. Для массажа точек около глаз (и других точек тела) можно воспользоваться любым предметом с гладкой округлой поверхностью, например, закругленным концом шариковой ручки диаметром 5-6 мм. Если поверхность предмета прохладная, следует предварительно потереть ее пальцами, чтобы она нагрелась до температуры тела. Чтобы определить точное положение точки, следует совершить несколько пробных надавливаний в районе ее расположения. Место, где воздействие окажется наиболее чувствительным, надо массировать легкими, не растягивающими кожу вращательными движениями. Данная методика вызывает механическое раздражение в соответствующих точках и зонах, что приводит к увеличению электропроводности кожи и усилению местного кровообращения. Успокаивающее и расслабляющее действие этих методов позволяет снять проявления болезни через 2-3 курса. **Выводы:** Таким образом, воздействием на активные зоны и акупунктурные точки в ряде случаев удается повысить остроту зрения, избавиться от чувства утомления и тяжести в глазах. Кроме того, отсутствие противопоказаний, безболезненность, полная безвредность для организма без интоксикации и нежелательных явлений, присущих традиционному медикаментозному воздействию, всегда положительный эффект - все это делает рефлексотерапию поистине волшебным методом лечения.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ САММИ

Рустамова Г., студентка 407 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра общественного здоровья и общей гигиены (зав. каф. - д.ф. Аминов З.З.)

Научный руководитель: асс. Кужматова Д.Э.

Важнейшей составляющей здоровья человека является репродуктивное здоровье (РЗ). Состояние РЗ во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. Актуальность и значимость данного вопроса подтверждается объявлением 2016 года в Республике Узбекистан годом «Здоровой матери и ребенка». Важной стороной охраны РЗ молодежи является достаточный уровень знаний по предупреждению нежелательной беременности и профилактике инфекций передающихся половым путем (ИППП). **Цель работы:** изучение отношения студентов СамМИ к своему здоровью, в частности к РЗ, их семейные установки и ценности, а также источники информации о РЗ. В рамках исследования, проведенного среди студентов института, был изучен уровень информированности студентов в вопросах охраны РЗ. **Материал и методы исследования:** Сбор первичной информации осуществлялся методом анонимного анкетирования. Была сформирована выборочная совокупность, представленная 63 студентами 7 курсов педиатрического факультета. Опрошенные были в возрасте 23-27 лет. Исследуемая группа состояла из 30 девушек (48%) и 33 парня (52%); состояли в браке 77,8%. **Результаты:** 93,7% опрошенных (59 студентов) родились в полных семьях. 60,3% студентов считают РЗ как возможность для воспроизводства потомства, 28,6% – отсутствие ИППП, 11,1% – наличие половых контактов. Из числа состоящих в браке 24,5% начали половую жизнь в возрасте 18-20 лет, 38,8% в возрасте 21-23 лет, 38,7% в возрасте 24 лет и старше. На вопрос проводили ли родители с ними сексуальное просвещение 15,9% опрошенных ответили положительно, 81% – отрицательно, 3,1% – воздержались от ответа. Отношение к аборту, у 77,8% опрошенных – отрицательное, положительное у 9,5%, 12,7% затруднились ответить. Основными причинами оправданного аборта считают медицинские показания (74,8%) иматериально-бытовые условия (14,3%). Среди опрошенных основными используемыми контрацептивными средствами являются презервативы (40,6%), ВМС (35,8%), календарный метод (6,3%) и ОКС (5,1%). Основными мотивами выбора методов контрацепции являются надежность (46%), нерегулярные половые контакты (12,6%), отсутствие побочных эффектов (7,0%) и доступность (18,6%). Информацию о контрацептивах респонденты чаще всего получают от врачей (70,2%), интернета (10,8%), СМИ (6%), партнера/ши (7,6%), родителей (3%), сверстников (2,4%). 21,2% респондентов считают, что нарушения РЗ могут быть вызваны ранним началом половой жизни; 55% – ИППП; 23,8% – несоблюдение правил гигиены. На вопрос касательно обращения в медучреждение по РЗ 57,8% ответили, что проходят обследование каждые 6 месяцев, 26,4% – раз в 3 года, 15,8% – вообще не посещают медучреждений. Только 20,7% опрошенных считают, что на сегодняшний день молодежь хорошо информирована о РЗ и 19% считают, что уровень информированности могло бы быть лучше. К факторам, способствующим заражению ИППП 78,8% относят незащищенный половой контакт, 16,8% – переливание крови, 4,4% считают, что заразиться можно во время купания в бассейне. По мнению 58,7% опрошенных отметили использование презервативов для профилактики ИППП, 12,5% – ВМС, а 28,8% отдали предпочтение воздержанию. Рост количества аборт 46,7% опрошенных связали с возросшей безответственностью, 43,8% – с низким уровнем информированности о сексуальных отношениях, а 9,5% считают, что у нас вовсе нет этой проблемы. **Выводы:** На основании проведенного опроса, можно сделать вывод что студенты СамМИ неплохо осведомлены о РЗ, но есть некоторые аспекты РЗ, по которым нужно провести с ними дополнительную работу, несмотря на то что это связано с их профессиональной подготовкой.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ

Саидахмедова Д.А., студентка 407 группы медико-педагогического факультета СамМИ

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

Научный руководитель: асс. Василенко А.В.

Актуальность данной проблемы современной офтальмологии определяется бурными клиническими проявлениями, что в сочетании с назо-фарингеальной лихорадкой и ухудшением общего состояния резко снижают трудоспособность и качество жизни больного Ю.Ф. Майчук, В.О. Анджулова (1971-81). **Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 18 больных (36 глаз) больных аденовирусным конъюнктивитом. Изучался анамнез, производилась пальпация околоушных и подчелюстных лимфатических узлов. Все больные были подвергнуты общеклиническому и офтальмологическому обследованию: осмотр в боковом освещении, биомикроскопию переднего отдела глаза на щелевых лампах ШЦЛ-2Б (СССР) и Carl Zeiss (Германия). В отдельных случаях при проведении биомикроскопии поверхность роговой оболочки окрашивали флюоресцеином, у 11 больных было произведено исследование методом флюоресцирующих антител в соскобах конъюнктивы. При биомикроскопии таких больных определялись субэпителиальные точечные инфильтраты в поверхностных слоях роговицы, окрашивающиеся флюоресцеином. У 19 больных (60,2%) отмечались выраженные отеки век и периферических складок конъюнктивы, что в сочетании с гипертрофией регионарных лимфоузлов помогает почти сразу установить диагноз вирусного конъюнктивита. **Результаты и их обсуждение.** Разработан следующий алгоритм лечения: частое промывание глаз фурациллином в разведении 1:5000 струей из стерильного одноразового шприца с отломанной иглой во избежание травмы глаза, инстилляция человеческого лейкоцитарного интерферона, приготовленного путем разведения его в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. Параллельно назначался комбинированный препарат макситрол, содержащий растворы неомицина, полимиксина В и дексаметазона по схеме (постепенная отмена). Внутри назначали таблетки ацикловира по 0,2-0,4* 4 раза в день, на протяжении 5 дней. Внутримышечно использовали циклоферон по 2,0 мл ежедневно 5-10 дней, параллельно назначали 4,0-6,0 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутримышечно. Данная схема лечения приносила положительные результаты не сразу, а на 4-5- день от начала выраженных клинических проявлений. Отмечалось уменьшение гиперемии у 100% больных (36 глаз), уменьшение или исчезновение гнойного отделяемого у 15 больных из 18 (78,6%), у 5 больных (10 глаз) (57,5%) диагностирована субэпителиальная инфильтрация роговицы. После отмены гормоносодержащего препарата эпителиопатия проходила, как правило, без дополнительного специального лечения. **Выводы.** 1. Предложенный алгоритм лечения аденовирусных конъюнктивитов позволяет достичь выраженного клинического улучшения на 10-12 день лечения. 2. У 8 (48,6%) больных из-за недостаточного клинического эффекта пришлось прибегнуть к парабульбарным и лимфотропным инъекциям циклоферона. 3. У 5 (37,8%) больных отмечалась эпителиопатия, напоминающая таковую при герпес-вирусной инфекции, которая бесследно проходила на 14-15 день после отмены гормоносодержащих капель при продолжении активной противовирусной терапии.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сагымбаева А.А., интерн 1 года обучения, Сагымбаева А.А., резидент 1 года обучения,

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

Кафедра детских инфекционных болезней (зав. каф. - д.м.н, доцент Катарбаев А.К.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кутгыкужанова Г.Г.

Цель работы: улучшить диагностику врожденной ЦМВИ. **Материал и методы исследования:** исследуемые - I группа - 28 детей с а/CMV Ig M (+), II группа - 50 пациентов с а/CMV Ig M (-) ответом. В обеих группах а/CMV Ig G был положительным. Возраст детей колебался от 0 до 15 мес. В I группе преобладали дети от 1 до 6 мес. (87,1%), во II группе - от 0 до 1 месяца жизни (78%). В обеих группах мальчиков (64,3 и 64%) было больше чем девочек. Заболевание в I группе подтверждалось исследованием крови методом ПЦР на наличие цитомегаловируса, положительный результат свидетельствовал об активном процессе. При ИФА исследовании наличие а/CMV Ig M(-) и а/CMV Ig G (+) во II группе свидетельствовало скорее всего о латентном течении процесса. **Результаты:** Акушерский анамнез достоверно чаще отягощен во 2-ой группе (у 20% против 10,7%). Как в I группе (39,3%), так и во второй группе (54%) практически половина родившихся были недоношены. Патологическое течение беременности отмечено у 96,3 % матерей в I группе у 86% - во II группе. При этом чаще регистрировали анемию, угрозу прерывания беременности, токсикоз, обострение хронического пиелонефрита, маловодие или многоводие, нарушения в прикреплении плаценты, ОРВИ, реже другие патологические состояния. У всех детей отмечено поражение различных систем и органов, среди них на первом месте в обеих группах поражение ЦНС (100 и 90,5 %), на втором месте - дефицит массы тела (55 и 64 %), на третьем месте - желтушный синдром по типу пролонгированной конъюгационной желтухи. Такие симптомы как лихорадка (33%), гиперемия слизистой ротоглотки с зернистостью (77,8%), менингит или менингоэнцефалит (3,5%), симптоматическая эпилепсия, поражение печени (гепатит), инфекция мочевыводящих путей были в основном в I группе, тогда как для второй группы более характерны - вегетососудистые нарушения (76%), пневмония (скорее бактериального генеза), гидроцефалия или микроцефалия, острые нарушения мозгового кровообращения, атрофия головного мозга. Для I группы в периферической картине крови более характерно наличие лейкоцитоза (50% против 4%), тромбоцитоза (22,2% против 8%), ускоренного СОЭ (46,4% против 10%). Во II группе отмечено чаще чем в I группе - лимфоцитоз (12% против 3,6%) и нарушение коэффициента Де-Ритиса менее 1, за счет увеличения АсАт. Изменения в моче были чаще в I группе (35,7% против 8%). **Выводы:** Таким образом, как при активном, так и латентном течении ЦМВИ у детей, беременность практически у всех их матерей протекала патологически и у половины закончилась недонашиванием плода. Также и у детей в обеих группах отмечалось поражение многих систем и органов, среди них на первом месте поражение центральной нервной системы, далее дефицит массы тела, пролонгированная желтуха. ИФА показатели в группе с латентным течением процесса не могут считаться окончательно диагностическими, так как может произойти реактивация процесса или же возможно ложноотрицательный ответ а/CMV Ig M, поэтому необходимо проведение во всех случаях ПЦР исследования крови.

РОЛЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАСТЕНИЙ

Сайдиева С.И., студентка 411 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: ассистент Ким О.А.

Под функциональными заболеваниями нервной системы понимают в первую очередь различного рода неврозы. Невроз - это психогенно обусловленное, благоприятно протекающее заболевание, в основе которого лежат нарушения высшей нервной деятельности как результат негативных изменений особенно значимых жизненных условий человека. На сегодняшний день на долю неврастений приходится 40-75% больных среди неврозов, который чаще развивается у лиц преимущественно молодого возраста, когда наряду с психотравмами сочетаются и другие вредные факторы (умственное и физическое перенапряжение, длительное недосыпание, курение, алкоголь и т.д.). При лечении неврастений важным является проведение мероприятий, направленных в первую очередь на ликвидацию ведущего синдрома. Применение рефлексотерапии в большинстве случаев позволяет добиться положительных результатов. При этом чаще используют II вариант тормозной методики с оставлением игл на 20 мин без сильной стимуляции. Выбор необходимых точек определяется индивидуально и зависит от ведущего синдрома и стадии заболевания. Более высокий процент выздоровлений наблюдается при ранней стадии болезни. При лечении неврастений основное значение придается точкам С5 и С7, которые устраняют тревогу, страх, тахикардию, боль в области сердца; в случае депрессии лучше воздействовать на точки С3 и С9, при бессоннице - МС6, РР6, Т14, Е36, R6, Т20, Е14, R2, TR14, V62, F2, F3; при головокружении - VB20, V10, P7, G14, G11, T14, T24, TR5; при физической слабости - T4, T14, Е36, G10, G11; при головных болях: боль в лобной части - T23, G14, Е36; боль в височной области - E8, TR5, VB11; боль в теменной области - T20, V63, F2, V7; боль в затылочной области - V10, T14, IG3, V60. Таким образом, при проведении рефлексотерапии при неврастении необходимо учитывать основной синдром. Курс лечения составляют 10 - 15 сеансов. Первые процедуры проводят ежедневно, после наступления некоторого улучшения рекомендуется лечение через день. Лучших результатов достигают в сочетании с аурикулопунктурой, прогреванием точек или раздражением пучком игл. Лучших результатов лечения методом рефлексотерапии достигают при учете вегетативного гомеостаза: пульсографии, замерах ЭКС, температуры в точках - источниках. Рефлексотерапия является универсальным методом, направленным на регуляцию реакций стресса и адаптации во всем многообразии их физиологических и клинических проявлений. Ныне она перешла из разряда эмпирических в разряд научно обоснованных лечебно-профилактических методов и интегрирована в систему современного целостного подхода в здравоохранении.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сайфиддинова М.А., Рахимова М.Э., Рахимова М.Б., Исломов И.И.

Кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета ТМА

Цель работы: Целью нашего ретроспективного анализа было выявление количества больных с ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны и определить степени взаимосвязь этих патологий с ИБС с патологией. **Материал и методы исследования:** С этой целью нами были изучены 2636 историй болезни, получавших лечение в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3-клинике ТМА за 2014 - 2015 годы. Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 300 больных (11%). Из них пациенты (173 мужчины и 127 женщин) в возрасте от 33 до 91 лет (в среднем - 61,6 лет).

Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени, ЭФГДС). Верификация диагноза была проведена на основании субъективных и объективных критериев, а также результатов лабораторно-инструментальных исследований приведенных в МКБ-10. **Результаты:** В ретроспективное исследование вошли результаты обследований 300 больных, средний возраст которых составлял $62,6 \pm 9,9$ года. Из них 127 женщин (42,3%) и 173 мужчины (57,7%). Длительность анамнеза заболевания (ИБС) колебалась от 4 до 12 лет. Гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 295 пациентов (98,3%), из них 128 (42,7%) женщины и 167 (55,7%) мужчины, у 219 (73%) больных выявлено ГБ II – III степени. Среднее систолическое артериальное давление составляло 148,0 мм рт. ст. диастолическое артериальное давление 86,9 мм.рт.ст. Средний показатель пульса составлял 79,7 ударов в минуту. У 290 (96,6%) больных диагностировалась стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (Ф/К) II 63 (21,8%), (Ф/К) III 167 (57,5%), у 60 (20,7%) больных (Ф/К) IV. ИБС в сочетании с гастродуоденальной патологией (ГДП) выявлена у 176 (58,7%) пациентов, из них 10 (5,7%) Язвенная болезни желудка, 43 (24,4%) Язвенная болезни перстной кишки, 44 (25,0%) гастрит, 32 (18,1%) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 28 (15,9%) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит 9 (5,1%), дуоденит 10 (5,7%). Среди исследованных 300 больных у 176 (58,7%) отмечается ИБС в сочетании с ГДП. Из 176 больных ЭФГДС было проведено 72 (40,9%) больным, а 104 (57,9%) больным из за тяжести состояние по ИБС исследование не проведено. Диагноз установлен на основании жалоб, объективных данных и анамнеза. У больных с ГДП диагностированы более высокие ФК ИБС. Из-за обострения ГДП им не были назначены антиагреганты и антикоагулянты. **Выводы:** Патология желудочно-кишечного тракта на фоне ИБС составили 11%. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта патология гастродуоденальной зоны у больных ИБС составляет 58,7%. Коморбидность ИБС и ГДП, независимо от тяжести ГДП, проявляется в ухудшении клинического статуса и качества жизни больных. Особенности сочетанного течения ИБС и ГДП необходимо учитывать при диагностике и лечения таких пациентов.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ МИОКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ С ГЕЛЬМИНТНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Саидахмедова Д.А., студентка 407 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. – доц. Ярмухамедова С.Х.)
Научный руководитель: доцент Ярмухамедова С.Х.

Миокардит-это поражение сердечной мышцы преимущественно воспалительного характера, обусловленное воздействием инфекции, паразитарной инвазии, а также поражение, возникающее при аллергических и аутоиммунных заболеваниях. В последнее время особое значение уделяется изучению поражения миокарда у больных с гельминтозами. Они оказывают выраженное патологическое влияние на все органы и системы, в том числе на сердечно-сосудистую. **Цель работы:** Изучение клинико-гемодинамических признаков поражения сердечно-сосудистой системы у больных с паразитарными поражениями. **Материал и методы исследования:** Обследовано 20 больных гельминтозами, в возрасте от 18-30 лет, находящихся на лечении в институте паразитологии. Из них женщин было-12, мужчин-8. Все больные прошли общеклинические методы обследования. Всем обследованным больным были проведены ЭКГ, ЭхоКГ. **Полученные результаты:** У обследованных больных анемия была выявлена - у 16 б-х, дискинезия желчевыводящих путей - у 11 б-х, аллергические заболевания (обструктивные бронхиты, бронхиальная астма, крапивница) у 7 б-х, гастродуодениты- у 8 б-х. У 15-ти из 20 больных были выявлены признаки нарушения ССС, подтверждаемые как клинически, так и инструментальными методами. На ЭКГ были выявлены: у 2х больных синусовая аритмия; у 6 б-х - метаболические нарушения в миокарде. У этих больных наблюдались периодические колющие боли в области сердца, сердцебиение, утомляемость. На ЭКГ у больных с синусовой аритмией отмечалось число сердечных сокращений от 70 до 90 в 1 мин, различные интервалы R-R. у больных с метаболическими нарушениями в миокарде отмечались удлинение интервала Q-T, снижение зубца Т. У 1 больного была отмечена единичная желудочковая экстрасистола, которая на ЭКГ выражалась в преждевременном появлении желудочкового комплекса QRS, отсутствие зубца Р, комплекс QRS- широкий, увеличен его вольтаж. Зубец Т отрицательный; компенсаторная пауза длинная. При выполнении ЭхоКГ у больных были обнаружены локальные нарушения сократимости в виде отдельных участков гипокинезии. Так, у 6 обследованных была выявлена выраженная гипокинезия МЖП и ЗСЛЖ во всех сегментах, у 11 из обследованных наблюдалось нарушение локальной сократимости и в сегментах МЖП, и ЗСЛЖ. Фракция выброса 17 б-х составляла $51,5 \pm 5\%$, в трех случаях – от 42,6 до 46,8%. При доплерографическом исследовании определяли диастолическую функцию сердца. Диастолическая дисфункция левого желудочка была выявлена у 2-х пациентов. При этом соотношение E/A соответствовало 0,98 и 0,96. Все симптомы значительно уменьшились, а в 5-х случаях исчезли после проведения антигельминтной терапии. **Выводы:** Влияние паразитарного фактора на деятельность сердечно-сосудистой системы подтверждалось клиническими и инструментальными методами исследования. После излечения от паразитарного заболевания клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы регрессировали.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ) ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Салохидинова Ш.Ш., Кодиров А.А., резиденты магистратуры 2 года обучения, СамМИ
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н профессор Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.

Пожилым возраст является значимым фактором риска развития когнитивных нарушений и деменции. Одной из наиболее частых причин возникновения когнитивных нарушений в пожилом возрасте является хроническая ишемия мозга или дисциркуляторная энцефалопатия. В диагностике когнитивных нарушений традиционно используются нейропсихологические методы исследования, самооценка больного, сообщения ближайших родственников. Однако, в последние годы все большее внимание уделяется методикам, объективизирующим информацию о когнитивных нарушениях, в частности ЭЭГ. **Цель работы.** Динамика ЭЭГ когнитивных нарушений у больных пожилого возраста на фоне лечения. **Материал и методы исследования.** Обследовано 100 больных среднего и пожилого возраста (от 45 до 74 лет). Среди обследованных было 48,4% мужчин и 51,6% женщин. Больным, находившимся в неврологическом отделении, проводилось обследование и лечение по поводу ДЭ, последствий острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Клиническое и неврологическое обследование проводили по общей схеме. Проводили дополнительные методы исследования, включавшие ЭЭГ. Больным было назначено лечение глиатилином по 1000мг в/в №5. Затем по 1капсулы (400мг) 2 раза в день

№30. **Результаты.** ЭЭГ проведена у 52,3% исследованного больного осуществлялось в динамике. Оценка полученных электроэнцефалограмм производилась по Жирмунской. I тип ЭЭГ (ритмичная кривая) выявлен у 27,2% больных. В передних отделах регистрировался бета-ритм частотой от 18-20 до 30 кол/с, амплитудой от 5 до 15-20 мкВ. В задних отделах отмечался альфа-ритм частотой 9-12 кол/с, амплитудой от 35 до 70 мкВ. Также можно было отметить повышение индекса медленной активности: тета- и дельта-волны амплитудой от 10 до 40 мкВ регистрировались преимущественно в отведениях от передних отделов полушарий, достигая 40-50% записи. Гиперсинхронная или ЭЭГ II типа выявлена у 8 (9,9%) больных. Реакция на открывание глаз была слабо выраженной. Гипервентиляция существенных изменений электроэнцефалографической картины не вызвала. Амплитуда альфа-ритма у 3 больных была в диапазоне 50-70 мкВ, у 1 - более 70 мкВ, а у 4 - не превышала 40-50 мкВ. III тип ЭЭГ (десинхронный) выявлен у 18,5% больных. Отмечались сглаженностью зонального рисунка, отсутствие реакции на открывание глаз и гипервентиляцию. ЭЭГ IV типа (дезорганизованная) регистрировалась у 38,3% больного. Отмечалась средне- и низкочастотная дизритмия колебаний с амплитудой от 20 до 50-60 мкВ. На фоне изменений, характерных для IV типа ЭЭГ, межполушарной асимметрии также выявить не удавалось. ЭЭГ V типа (грубо нарушенная) регистрировалась у 5 исследованных больных. В динамике после проведенного лечения отмечалось положительные сдвиги. На ЭЭГ в 85-90% случаев доминирует альфа-ритм с правильными зональными различиями, модулированный в веретена амплитудой 50-100 мкВ. Однако в 10-15% случаев отмечается амплитуда альфа-ритма не превышающая 20 мкВ, что обусловлено функционированием аутосомно-доминантного гена. **Выводы.** До лечения регистрируется альфа, бета и мио-активность, появление на ЭЭГ взрослого человека медленных ритмов расценивается однозначно как признак патологии. После 60 лет - регресс ЭЭГ. Альфа ритм замедляется. Появляется в лобных отведениях. Теряется зональность ритмов. На фоне глиатилина увеличивалась величина соотношения альфа и Q ритма в затылочных и лобных отведениях, что говорит о положительном влиянии на спектр когнитивных показателей.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ: ТАКТИКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ

Суярова З., студентка 420 гр. леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф. - доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: асс. Курбанова З.П.

Цель работы: изучение клинической эффективности антигипертензивных препаратов в комплексной терапии с ЗГТ в период менопаузы. **Материал и методы исследования:** Обследовано 30 пациенток в возрасте 43-55 лет. Все больные разделены на 2 группы. 1 группа 18(60%) больных-ранее принимавшие ЗГТ, 2-группа -12 (40%) ранее непринимавшие. Все больные прошли клиническое обследование по общепринятым стандартам. Требования к препаратам для лечения артериальной гипертензии в при менопаузе: удобный режим приема (1 - 2 раза в сутки), отсутствие гипотензивных реакций, уменьшение активности симпатoadреналовой системы, отсутствие отрицательного влияния на липидный метаболизм, возможность комбинации с препаратами для ЗГТ. Пациенткам было назначено 80, 160 мг Вальсартан один раз в сутки. Все больные проходили обследование 3 раза на протяжении 3 месяцев. 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 90,2 мм рт.ст. для диастолического АД (ДАД). 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 -9,4 мм рт.ст. За время наблюдения в I группе пациенток отмечались резкое уменьшение признаков АГ как головная боль, головокружение, ощущение приливов. Показатели АД достигли целевых уровней. Во II группе к концу исследования 60 % пациентов достигли АД менее 140/90 мм рт.ст. У остальных 40 % пациентов показатели АД не достигли целевого уровня. **Выводы:** Таким образом, комбинация ЗГТ и антигипертензивных препаратов в частности препарата Вальсартан при АГ в период менопаузы даёт высокую эффективность и максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Саттарова М., студентка 412 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: ассистент Шарафова И.А.

Физическая реабилитация является составной частью медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и представляет собой систему мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма. Физическая реабилитация располагает широким арсеналом средств, которые можно подразделить на: 1) активные: все формы кинезотерапии- разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки (ходьба, бег и другие), работа на тренажерах (механотерапия), гидрокинезотерапия; 2) пассивные: массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, включающая электростимуляцию, естественные и преформированные природные факторы; 3) психорегулирующие: аутогенная тренировка, мышечная релаксация и т.д. Кинезотерапия — метод лечения, использующий движения (физические упражнения) для восстановления здоровья и трудоспособности, предупреждая последствия патологического процесса. В основе метода лежат педагогические и физиологические закономерности формирования движений и управление ими. Их лечебное действие объясняется важной социальной и биологической ролью движений в жизни человека. Кинезотерапия является наиболее важным средством реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, особенно больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения. В связи с тем, что ведущее значение в клинической картине парезов и параличей занимают нарушения движений, основная задача восстановительного лечения сводится к нормализации двигательной деятельности больного. Механизмы лечебного воздействия физических упражнений многообразны: 1) тонизирующий. Под влиянием физических упражнений у больных развиваются, совершенствуются и закрепляются временные связи (кортико-мышечные, кортико-сосудистые и др.) — усиливается регулирующее воздействие корковых и подкорковых центров на вегетативную нервную систему, опорно-двигательный аппарат. Рефлекторный компонент дополняется гуморальным, так как при выполнении физических упражнений в кровь выделяются гормоны, метаболиты и др., которые оказывают стимулирующее воздействие на функцию органов и систем. 2) компенсаторный (временная или постоянная замена утраченной функции). Компенсация отражает временное или постоянное замещение измененной или утраченной в результате

болезни или травмы функции органов или систем. Физические упражнения активизируют процесс формирования компенсаций. Временные компенсации необходимы для приспособления во время болезни, в течение определенного времени после клинического выздоровления. 3) восстановительный – нормализация и улучшение нарушенных функций. В основе нормализации патологически измененной функции лежит разрушение сформировавшихся временных связей и восстановление свойственных здоровому организму условно-безусловной регуляции функций. Физические упражнения используются в соответствии с проявлениями травмы или болезни, способствуют угнетению патологических рефлексов и нормальному функционированию органов, систем, целостного организма. Таким образом, основными задачами медицинской реабилитации являются ускорение восстановительных процессов и предотвращение или уменьшение опасности инвалидизации. Невозможно обеспечить функциональное восстановление, если не учитывать естественного стремления организма к движению (кинезофилия). Поэтому кинезотерапия должна стать главным звеном медицинской реабилитации больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Сафарова С.Н., студентка 519 группы леч. факультета СамМИ, Асатулаев А.Ф.
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф.-д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: Ким А.А.

Цель работы: Оптимизировать эффективность комплексного лечения больных туберкулезом. **Материал и методы исследования:** Обследовано в терапевтических отделениях Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера 68 больным проведено комплексное лечение с включением коррекцию психосоциального статуса. Обязательным дополнением к медикаментозному лечению включено психологическая поддержка (уверенность в излечении). Больные разделены на 2 группы: 30 (44%) ранее не леченные, первично заболевшие (I группа) и 38 (56%) повторные с хроническими деструктивными формами в стадии обострения (II группа). **Результаты:** Установлено, что в I группе у лиц молодого и зрелого возраста 26 (87%). Повысилась мотивация к излечению, уверенность в реализации намеченных целей. 1 (3%) больная 63 лет с сопутствующим сахарным диабетом, не смогла смириться с диагнозом и долго отказывалась от госпитализации, умерла в стационаре на 9 день лечения от острого обширного трансмурального инфаркта миокарда. У 3 (10%) больных выявлен полирезистентный туберкулез и они переведены на лечение по ДOTS+. Во II группе у 21 больных (55%) отмечается положительная клинико-рентгенологическая динамика, а также появилась надежда на излечение. У 11 (29%) больных выявлены выраженные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы; у 3(8%) больных обширный амилоидоз внутренних органов; у 3 (8%) больных полирезистентный туберкулез. Предпосылкой этого состояния является срыв адаптации, на психическом уровне, приведший к нарушениям в эмоциональной и волевых сферах, что проявлялось в немотивированном сопротивлении к разным инструкциям. Часть больных находились в состоянии эмоционального кризиса испытывая сильную тревогу (страх смерти, страх не изличимости, одиночества). Беспокойство вызвано риском заражения близких и родных, появлением неспособности к эффективной деятельности, потерей физической и финансовой независимости. **Выводы:** Таким образом, коррекция психо-социального статуса больных туберкулезом в сочетании с медикаментозной терапией помогло снятию тревожности, повышению эмоциональной стабильности, формированию индивидуальных механизмов психологической защиты, выработке психологической толерантности воздействия социальной среды, усиление приверженности к лечению, быть дисциплинированным в плане лечения и соблюдать санитарно-гигиенические нормы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Сафарова С.Н., студентка 519 группы леч. факультета, Асатулаев А.Ф.
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: Ким А.А.

Цель работы: анализировать случаи осложненного течения туберкулезного спондилита. **Материал и методы исследования:** Нами изучены клинико-рентгенологические и лабораторные данные 42 пациентов с осложненным и распространенным течением туберкулезного спондилита. Мужчин составило 25(60%), женщин 17(40%) пациентов. В возрастном соотношении от 18 до 70 лет. Из них 23(54%) лица трудоспособного возраста, 19(46%) пожилого возраста. **Результаты:** Клинически у 22(52%) отмечалось постепенное начало с затяжным прогрессированием болевого синдрома на уровне пораженного позвоночника, а также присоединением неврологической симптоматики; у 20(48%) пациентов отмечалось острое начало заболевания, характеризующееся подъемом температуры, выраженным интоксикационным синдромом, резким прогрессированием болевого синдрома и спинномозговых нарушений. По томографическим данным выявилось, что у 38(90%) пациентов специфический процесс локализовался на одном уровне, у 4(10%) отмечено двухочаговое поражение несмежных отделов позвоночника. В 29(69%) случаях поразились тела 2-х позвонков, в 9(21%) – тела 3-х позвонков, в 4(10%) случаях – тела 4-х и более смежных позвонков. Всем пациентам назначалась специфическая противотуберкулезная терапия с соблюдением ортопедического режима на щите. 32 больным была проведена абсцессонекрэктомия с восстановлением опороспособности позвоночного столба фиксацией аутотрансплантатом. 5 больным из-за тяжести состояния выполнена абсцессотомия. **Выводы:** Осложненное течение туберкулезного спондилита преобладало у мужчин, а также с незначительной разницей у лиц трудоспособного возраста. Клинические признаки туберкулезного спондилита скрывались под масками других неспецифических заболеваний в виде выраженных и маловыраженных проявлений. Таким образом, длительное неправильно подобранное лечение другими специалистами, поздняя обращаемость, приводит к осложненному течению туберкулезного спондилита.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ САРКОИДОЗА ВНЕЛЕГочНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ситник В.А.¹ (2 гр. 6 курс), Коломиец Д.И.² (6 гр. 2 курс), студенты
Кафедры фтизиопульмонологии Белорусского государственного медицинского¹ (зав. каф. доцент Г.Л. Бородина)
Курского государственного медицинского университета² (зав. кафедрой проф. В.М. Коломиец)
Научные руководители – зав. кафедрами, к.м.н., доцент Г.Л. Бородина и д.м.н., проф. В.М.Коломиец)

В последние годы течение саркоидоза органов дыхания изучено достаточно полно, клинические же проявления саркоидоза внелегочной локализации (СВНЛ), частота которых нарастает, изучены явно недостаточно. Полиморфизм клинической симптоматики СВНЛ определяет высокую вероятность диагностических ошибок, в то же время запоздалая диагностика может иметь крайне негативные последствия. **Цель работы:** Анализ особенностей диагностики и клиниче-

ского течения саркоидоза внелегочной локализации для совершенствования алгоритма его диагностики. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в отделениях клинических баз кафедр фтизиопульмонологии Белорусского и Курского государственных медицинских университетов в соответствии с договором о межвузовском сотрудничестве вузов Союзного государства (Республика Беларусь и Российская Федерация). Особенности развития и клинического течения СВнЛ изучены при наблюдении 90 пациентов, сформированных в 2 группы - 50 пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД) и 40 пациентов с СОД+СВнЛ. **Результаты:** Среди всех диагностированных внелегочных проявлений СОД+СВнЛ доминировало поражение кожи и периферических лимфатических узлов (чаще всего над- и подключичных, шейных, подмышечных). Клинические проявления были очень разнообразны, зависели от особенностей локализации процесса и варьировали от генерализованной формы заболевания с множественным внелегочным проявлением до бессимптомного течения. Синдром Леффрена чаще встречался в I группе (18% и 5%; $p < 0,05$). выявлены клинические особенности течения и исходов СОД+СВнЛ. **Выводы:** В настоящее время выявляемость внелегочных проявлений саркоидоза постепенно повышается, однако удельный вес таких случаев остается невысоким и среди них доминируют пациенты с поражениями кожи и периферических лимфатических узлов, являющиеся наиболее легкодоступными для диагностики. Результаты подтверждают необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с саркоидозом. Для совершенствования диагностики внелегочных проявлений рекомендуется введение в комплекс обследования дополнительных диагностических мероприятий (УЗИ сердца и щитовидной железы, Холтер-мониторирование с анализом вариабельности сердечного ритма и консультации офтальмолога, невролога, кардиолога и т.д.).

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ КОМОРБИДНОСТИ

Сивак А.Ю. 1(2 гр. 6 курс) и Коломиец В.И. 2 (6 гр. 3 курс), студенты

Кафедры фтизиопульмонологии Белорусского государственного медицинского¹ (зав. каф. доцент Г.Л. Бородина)

Курского государственного медицинского университета² (зав. кафедрой проф. В.М. Коломиец)

Научные руководители - зав. кафедрами, к.м.н., доцент Г.Л. Бородина и д.м.н., проф. В.М.Коломиец)

В развитых странах ХОБЛ и сердечно-сосудистая патология занимают ведущие места среди причин смертности, и в последнее время клиническая значимость таких состояний возрастает. Проблема коморбидности является чрезвычайно актуальной как для врачей различных специальностей, так как при ХОБЛ увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Так снижение ОФВ₁ на 10% увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности на 28%, а нефатальных коронарных событий - на 20%, при наличии же их ХОБЛ протекает более тяжело и имеет более неблагоприятный исход. Как показало исследование Lung Health Study, причиной обострения ХОБЛ, требующего госпитализации, более чем в 40% случаев являлась дестабилизация ССЗ, в то время как по непосредственно респираторным причинам было только 14% госпитализаций. **Цель работы:** проведение анализа взаимосвязей между показателем системного воспаления (СРБ) и гиперхолестеринемией при различных фенотипах ХОБЛ у пациентов с ИБС. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в порядке межвузовского сотрудничества вузов Союзного государства (Республика Беларусь и Российская Федерация). Для оценки уровня системного воспаления и нарушений липидного обмена была сформирована группа из числа пациентов с ХОБЛ, проходивших курс стационарного лечения в пульмонологических отделениях клинических баз вузов по поводу обострения заболевания. Проведен анализ обследования 75 пациентов ХОБЛ; средний возраст - 69 лет; соотношение мужчин и женщин - 62/13. Использовались стандартные опросники mMRC, CAT. Исследование функции внешнего дыхания выполнялось на аппарате «МАС -1». Анализировались следующие параметры: ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЕЛ, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅. Исследование показателей СРБ и холестерина в биохимическом анализе крови пациентов проводилось по стандартной методике. Статистическую обработку произвели с помощью программы Microsoft Office Excel 2010. В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на различные клинические фенотипы (А, В, С, D) с учетом данных mMRC, CAT и степени тяжести бронхообструкции по GOLD. В группе с фенотипом А было 25 пациентов (33,3%), фенотип В - 12 (16%), фенотип С - 28 (37,3%) и фенотип D - 10 пациентов (13,33%), **Результаты:** Установлено, что во всех группах показатели содержания холестерина практически одинаковы: фенотип А - $5,71 \pm 0,75$ ммоль/л; В - $6,17 \pm 1,82$ ммоль/л; С - $6,30 \pm 1,31$ ммоль/л и фенотип D - $6,06 \pm 1,34$ ммоль/л. В отличие от этого выявлены значительные различия в уровнях СРБ, который увеличивается по мере изменения фенотипов от А до D - от $9,25 \pm 5,09$ мг/л до $30 \pm 26,97$ мг/л ($t_{B-D} = 2,30$, $t_{A-D} = 2,38$, $p < 0,05$). **Выводы:** Клиническое понимание взаимоотношений ХОБЛ и ИБС крайне важно не только для улучшения диагностики с целью выявления высоковероятного коморбидного заболевания, но и для проведения профилактических и лечебных мероприятий. Выделение отдельных фенотипов способствует внедрению «пациент-ориентированного подхода» к диагностике и лечению пациентов и объективизации критериев назначения терапевтических мероприятий. Терапия ХОБЛ должна быть направлена не только на легочные нарушения, но и на коррекцию системных проявлений, и в первую очередь важно отметить необходимость использования статинов вне зависимости от уровня холестеринемии. Роль более специфических противовоспалительных препаратов нуждается в уточнении.

ЗАНЯТИЯ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Соловьев О.О., студент 307 группы, Сычев Г.К., студент 320 группы леч. факультета

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Попова Н.М.

Цель работы: Оценить степень компьютерной игровой зависимости у студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) Министерства Здравоохранения Российской Федерации. **Материал и методы исследования:** Для определения наличия игровой зависимости проведен опрос 250 студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ИГМА. **Результаты:** Установлено, что среди 250 опрошенных 80 человек (32%) играют в онлайн-игры, из которых 46 (57,5%) девушек и 34 (42,5%) юношей, в возрасте 18-23 лет. Играют в онлайн-игры более двух лет 76,3% опрошенных. Уделяют играм более 6 часов в день 5,0%, 3-5 часов - 13,8%, играют около 2 часов - 81,2%. Студенты в 7,5% играли когда-либо на платных серверах. Когда-либо студенты расходовали деньги на онлайн-игры 31, 35% играющих, из которых расходы составляли около 300 рублей в месяц у 82,7%, до 1000 рублей в месяц - 8,7%, до 3000 рублей - 4,3%, более 3000 рублей - 4,3% респондентов. Нейтральные отношения к играм имеют 40,0% опрошенных, положительное - 31,3%, отрицательное - 28,7%. Не имеют проблем с учебой 61,3% играющих, имеют некоторые проблемы с учебой 27,5%, имеют

проблемы с учебой (пропуски занятий, несвоевременная и несдача экзаменов, зачетов) 11,2%. Не пренебрегают домашними делами 57,5%, иногда пренебрегают домашними делами 32,5%, часто пренебрегают 6,3%, не делают домашние дела 3,8% опрошенных студентов. При просьбе родителей спокойно отвлекаются от игры 82,4%, игнорируют их 8,8%, злятся в таких случаях 8,8% студентов. Прекратить играть в онлайн-игры при необходимости могут 37,5%, не задумывались об этом 62,5% опрошенных. **Выводы:** Уделяя умеренное количество времени играм, студенты получают возможность отвлечься и отдохнуть от учебы. Кроме того, игры развивают ряд навыков и положительных качеств, которые могут помочь студенту в процессе учебы и в дальнейшей жизни: улучшение внимания, тренировка памяти, смекалки, скорости мышления и восприятия, быстрое принятие решений руководителями, мелкой моторики рук и т.п. Таким образом, подавляющее большинство студентов ИГМА не имеют игровой зависимости, контролируя свое время и учебную деятельность. И лишь немногие из опрошенных имеют игровую зависимость - уделяют играм более 6 часов в день 5%, 3-5 часов - 13,8% - эти студенты входят в группу риска. У студентов занятия компьютерными играми влияют на успеваемость и 11,2% имеют проблемы с учебой. Студенты в 7,5% играли когда-либо на платных серверах. Необходимо своевременно выявлять лиц группы риска, проводить соответствующую профилактическую работу с целью предупреждения у студентов игромании.

ДИНАМИКА УРОВНЯ НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В ПРОЦЕССЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Степан Н.А., ассистент кафедры дерматовенерологии

«Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина)

Кафедра дерматовенерологии (зав. каф. - д.мед.н., профессор Денисенко О.И.)

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Денисенко О.И.

Цель работы: Изучить динамику уровня неоптерина в сыворотке крови больных экземой в процессе дифференцированного использования иммуномодулирующего препарата. **Материал и методы исследования:** Проведено обследование и лечение 38 больных экземой (21 - мужского, 17 - женского пола) в возрасте от 18 до 79 лет, из которых у 27 (71,0%) пациентов диагностированы микробные формы экземы, у 11 (29,0%) - истинная экзема с продолжительностью дерматоза от 6 месяцев до 23 лет. У большинства (57,9%) больных патологический процесс на коже имел распространенный характер. Уровень неоптерина в сыворотке крови больных экземой определяли методом иммуноферментного анализа с использованием диагностической тест-системы "Neopterin ELISA" (Германия). Группу контроля составили 28 практически здоровых лиц (доноров) такого же возраста. **Результаты:** В результате обследования 38 больных экземой в период обострения дерматоза установлено достоверное увеличение (в 2,04 раза) уровня неоптерина ($20,3 \pm 2,62$ нмоль/л; у лиц контрольной группы - $9,97 \pm 2,59$ нмоль/л, $p < 0,05$), при этом установлено зависимость уровня неоптерина от характера клинического течения дерматоза. Поскольку неоптерин считают более чувствительным и стабильным маркером воспалительного процесса в коже, он может быть использован как критерий эффективности лечения дерматозов, в частности - экземы. Все пациенты в процессе лечения методом рандомизации были распределены на две группы: I (сравнительная) - 18 больных, которые получали средства стандартной терапии дерматоза; II (основная) - 20 пациентов, которым на фоне базового лечения дополнительно и дифференцированно назначали иммуномодулирующий препарат на основе аминоксидогидрофталазиндиона натрия (галавит): при истинной экземе с длительностью дерматоза до 3-х лет - по 100 мг внутримышечно один раз в сутки в течение 5 дней, затем по 100 мг один раз в сутки через день 10 инъекций, на курс лечения - 15 инъекций; при микробной экземе и истинной экземе с длительностью дерматоза больше 3-х лет - по 100 мг внутримышечно один раз в сутки в течение 5 дней, затем по 100 мг один раз в сутки через день 15 инъекций, на курс лечения - 20 инъекций. До начала лечения у пациентов обеих групп установлено достоверное увеличение уровня неоптерина в крови по сравнению с контрольной группой - у больных сравнительной группы в 2,02 раза, у больных основной группы - в 1,95 раза. В конце лечения у пациентов сравнительной группы установлено незначительное снижение (на 2,0%) уровня неоптерина (до лечения - $20,1 \pm 3,45$ нмоль/л; после лечения - $19,7 \pm 2,86$ нмоль/л; $p > 0,05$). В то же время, у больных основной группы, которые дополнительно получали иммуномодулирующий препарат, отмечено существенное уменьшение (на 32,0%) уровня неоптерина (до лечения - $19,4 \pm 3,06$ нмоль/л; после лечения - $13,2 \pm 2,84$ нмоль/л) с приближением к уровню показателя у лиц контрольной группы. **Выводы:** Комплексное лечение больных экземой с дифференцированным использованием иммуномодулирующего препарата на основе аминоксидогидрофталазиндиона натрия («галавит») способствует более выраженному, по сравнению с базовой терапией дерматоза, уменьшению содержания в сыворотке крови неоптерина - стабильного маркера воспалительного процесса, что обосновывает целесообразность назначения данного иммуномодулирующего препарата в период обострения разных клинических форм экземы.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Столбова М.С., студентка 302 группы леч. факультета ИГМА,

Петренко В.С., студент 305 группы леч. факультета ИГМА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Попова Н.М.

Цель работы: Дать характеристику здоровья студентов Ижевской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации в период эпидемии гриппа 2016 года и изучить применяемые ими методы профилактики. **Материал и методы исследования:** Методом анкетирования, по разработанной нами анкете опрошено 203 студента Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА). Социологический опрос проведен в период января-февраля 2016 года. **Результаты:** В Европе с 31.01 по 06.02.16 регистрировался рост заболеваемости гриппом и ОРВИ, в 5 странах (Финляндия, Ирландия, Греция, Белоруссия, Украина) регистрировалась высокая, в 26 странах - средняя. Доминировал грипп А(H1N1)pdm09. В США с 31.01. по 06.02.16 продолжался рост заболеваемости гриппом и ОРВИ. В Центральной и Западной Азии (Иран, Иордания, Оман) регистрировалась высокая заболеваемость гриппом А(H1N1)pdm09. Рост заболеваемости гриппом А(H1N1)pdm09 отмечался в Восточной Азии (Япония, Корея). В Российской Федерации эпидемический подъем заболеваемости зарегистрирован в 60 городах. Эпидемия ОРВИ и гриппа в Удмуртской Республике возникла в начале 2016 года. Зарегистрировано 91458 случаев заболевания гриппом и ОРВИ. Уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ в г. Ижевске был выше эпидпорога на 32,7%. Диагноз «Грипп» подтвержден у 345 больных. В Удмуртской Республике за 2006 - 2015 годы было зарегистрировано 67388 случаев заболевания гриппом. Самая высокая заболеваемость гриппом наблюдалась в 2009 году (1247,5 человек на 100000 населения), самая низкая - в 2014 году

(9,41 человек на 100000 населения). Нами был проведен социологический опрос 203 студентов стоматологического и лечебного факультетов ИГМА. Среди 203 опрошенных студентов 32,5% составили юноши, девушки – 67,5%. По возрасту анкетированные распределились таким образом: до 21 года – 40,4%, 21 год и старше – 59,6%. По уровню здоровья интервьюированные считали себя здоровыми 15,2 из 100 опрошенных, хороший уровень здоровья – 65,0, удовлетворительный – 18,2, неудовлетворительный – 1,6. На день опроса студенты ответили, что здоровы 83,3 из 100, 12,3 имеют респираторное заболевание, 4,4 находятся в преморбидном состоянии. В 2015 году прививки против гриппа были сделаны у 14,4 из 100 студентов, 6,1 привились от клещевого энцефалита, 4,2 прививались от других инфекций, не прививались 75,3. В 2014 году от гриппа были привиты 27,0 из 100 студентов. При этом среди студентов моложе 21 года из 100 опрошенных привиты от гриппа 56,1, а среди студентов 21 года и старше – 7,44. Респонденты считают, что прививка защищает от заражения гриппом в 100% случаев 1,5 из 100 анкетированных, в 70% случаев – 28,9, в 50% случаев – 32,3, менее 50% случаев – 37,3. В будущем планируют прививаться 35,5 из 100 опрошенных. Бесплатную прививку сделали 92,7 из 100, платную – 7,3. Из 100 опрошенных 70,8 считают, что стоимость прививки невысока. Самостоятельно решили поставить прививку 27,9 из 100 анкетированных, по рекомендации врача – 24,2, по другим причинам – 47,9. С целью профилактики гриппа в эпидемию 32,3 из 100 опрошенных носят маски, используют мазь – 26,3, не посещают массовые мероприятия – 25,8, принимают витаминно-минеральные комплексы – 17,3, осуществляют регулярное проветривание помещений – 30,1, тщательно моют руки (с использованием спиртосодержащих и дезинфицирующих растворов) – 24,5, используют другие средства защиты – 15,6. **Выводы:** Таким образом, студенты медицинского вуза не в достаточной мере осуществляют профилактические мероприятия по предупреждению гриппа. Привиты от гриппа 27,0 из 100 опрошенных студентов.

ТАБАКОКУРЕНИЕ - ОДНА ИЗ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОСТИ

Тажигаева З.А., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра эпидемиологии (зав. каф. – д.м.н. Магназарова Г.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Рахманова Ж.А.

Табакокурение (или просто курение) - вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака, наиболее часто в виде курения сигарет, сигар, сигарилл, курительных трубок или кальяна, а для нашей страны потребление бездымного табака - насвая. В некоторых социумах курение табака является ритуалом. Согласно данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), около одной трети взрослого мужского населения мира курят табак. Табакокурение было привезено в Испанию Колумбом после открытия Америки и затем распространилось в Европу и остальной мир через торговлю. По данным ВОЗ, за весь XX век табакокурение явилось причиной преждевременной смерти 100 миллионов человек по всему миру и в XXI веке их число возрастёт до миллиарда. Табак является второй по значимости причиной в структуре смертности в мире. Среди предотвратимых причин смертности курение табака занимает первое место в мире, однако от 3,5 до 5,4 миллионов человек ежегодно умирают в результате проблем со здоровьем, вызванных курением. Сергей Боткин, русский врач и учёный, говорил: «Если бы я не курил, я убеждён, что без страданий прожил бы ещё несколько лет». В развитых странах (например, в США) продолжительность жизни курильщиков в среднем на 13 лет меньше, по сравнению с некурящими. В 2012 году журнал The Lancet изучил статистику заболеваний курящих и некурящих женщин Великобритании (1,3 млн исследуемых). Специалисты сделали вывод о том, что курение сокращает жизнь женщины, по меньшей мере, на 10 лет. Россия занимает седьмое место в мире по числу сигарет, выкуриваемых за год в среднем на душу населения. Лидирует по этому показателю Греция (более 3000 сигарет на человека в год). Тем не менее, на конец 2012 года Россия является третьим по величине рынком табака в мире. В настоящее время в Узбекистане, как и во многих странах мира, широко распространено потребление табачных изделий. Табачные изделия относятся к психоактивным изделиям, которые являются серьезным бременем для общества в целом, его здоровья, благополучия и качества жизни. По степени вредного воздействия на организм человека ведущее место принадлежит наркотикам, на втором и третьем местах - курение и употребление алкоголя. От болезней, связанных с курением, на земле ежегодно умирают около 5 млн. человек, а в России - до 300 тыс. Около 50% курящих людей умирают из-за курения, половина из них теряет около 20 лет своей жизни. Данных о распространенности, заболеваемости и смертности от воздействия табака и табачных изделий в Узбекистане к сожалению нет). Оно повсеместно затрагивает более миллиарда людей, все больше вовлекая детей и женщин во многих странах мира. Курение - наиболее управляемый фактор риска. Основная профилактическая работа должна быть направлена на разъяснение отдаленных последствий курения. Важную роль в пропаганде вреда курения должны играть родители. Установлено, что в некурящей семье дети очень редко начинают курить. К сожалению, в последние годы распространенность курения не только не уменьшилась, но и увеличилась среди мальчиков на 20%, а среди девочек на 40%. Таким образом, принимая во внимание вышеизложенное, следует предпринять определенные действия в следующих направлениях: •Основными целевыми группами в плане борьбы с распространенностью табакокурения в обществе должны стать дети и подростки, молодежь, семьи. •Своего импульса требует работа с детьми и подростками, особенно в организациях образования, по формированию и закреплению навыков общения и противостояния давлению со стороны окружающих. •Необходимо широкое привлечение к пропаганде здорового образа жизни известных и популярных среди разных возрастных групп личностей.

РОЛЬ ПАРАЗИТОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ

Теменов Н.К., студент 622 группы, Мусабеева К.К., 640 группы, Исина С.Т., 640 группы леч. факультета КГМУ

Кафедра иммунологии и аллергологии

(Научный руководитель - д.м.н., доцент Газалиева М.А.)

Цель работы: Выявление причины обструктивного синдрома на примере клинического случая. **Материал и метод исследования:** Пациентка 4 лет жительница города Караганды, обратилась с жалобами на высыпания на коже туловища и верхних конечностях, сопровождающиеся сильным зудом, одышку при физической нагрузке, приступообразный кашель. Связывает свое состояние с употреблением орехов. Аллергоанамнез: страдает бронхиальной астмой с 1,5 лет. Для постановки диагноза были проведены лабораторные методы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, общий иммуноглобулин Е, обнаружение антител к возбудителю *Ascaris lumbricoides*, *Lambliа intestinalis* методом ИФА. **Результаты:** состояние пациентки удовлетворительное. На коже туловища верхних конечностях имеются мелкоочечные высыпания бледно-розового цвета, возвышающиеся над уровнем здоровой кожи. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание с жестким оттенком. ЧДД 21 в мин. Тоны сердца ясные,

ритм правильный. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 80 в мин. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул не регулярный. Мочиспускание свободное, безболезненное. На основании данных жалоб, клинического осмотра был выставлен предварительный диагноз: бронхообструктивный синдром неясной этиологии. Был назначен необходимый объем диагностического обследования. До получения результатов с целью купирования бронхообструктивно-го синдрома было назначено лечение, которое включало в себя гипоаллергенную диету, антилейкотриеновые, антигистаминные препараты, адсорбент, с последующим контролем через 1 месяц. При повторном посещении на фоне проведенного лечения состояние пациентки с положительной динамикой, высыпания не беспокоят, сохраняются жалобы на кашель и одышку. После проведенного обследования (эозинофилия в крови, повышенный уровень Ig E в крови, обнаружение оплодотворенных яиц аскарид и цист лямблий в кале) был выставлен заключительный диагноз: Бронхообструктивный синдром. Аскаридоз. Лямблиоз. Было назначена противопаразитарная терапия с последующим контролем через 1 месяц. При контрольном посещении состояние пациентки улучшилось, высыпания не беспокоят, обструктивный синдром купирован. Своевременная диагностика гельминтоза предопределяет его комплексное эффективное лечение, что приводит к устранению и предотвращению обструктивного синдрома. У больных с аллергическими заболеваниями паразитарную инвазию следует рассматривать и как триггерный фактор, ведущий к обострению заболевания, и как совокупность эндоаллергенов, способных дополнительно сенсибилизировать организм. **Выводы:** Установлено, что высокая сенсибилизация гельминтов, приводит к воспалению бронхов и увеличению концентрации эозинофилов и IgE в крови, и развитию бронхообструктивного синдрома.

КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С РАДИОАКТИВНЫМИ ОТХОДАМИ

Тен О.Л., старший научный сотрудник-соискатель
Кафедра гигиены ТашИУВ (зав. каф. - д.м.н., проф. Зарединов Д.А.)
Научный консультант: д.м.н., профессор Зарединов Д.А.

Разработка научных основ для определения критериев безопасности, обоснования мероприятий по улучшению радиационно-гигиенических условий труда и снижения возможных рисков этой категории работников является важной социально-гигиенической задачей, а её актуальность связана с разработкой приоритетных направлений государства. Уровень радиации, обусловленной указанными факторами, не является постоянной величиной, а в значительной степени зависит от конкретных условий: от масштабов и характера использования источников ионизирующих излучений, геологических характеристик литосферы, климато-географических условий местности. Принятая во всем мире концепция беспорогового действия ионизирующих излучений предполагает, что основополагающим в радиационной защите населения является максимально возможное снижение доз облучения за счет всех выше указанных факторов. **Цель работы:** оптимизировать критерии безопасности для снижения рисков персонала при обращении с радиоактивными отходами и разработать научно-обоснованные профилактические мероприятия. **Материал и методы исследования:** обследованы несколько радиационно-опасных объектов, содержащих отходы урановой промышленности, при этом были изучены и оценены факторы производственной среды нерадиационной (метеоусловия, запыленность воздуха рабочей зоны) и радиационной природы естественного и техногенного происхождения, питание, показатели онкологической заболеваемости. **Результаты:** установлены закономерности формирования доз внешнего и внутреннего облучения персонала при работе на площадках долговременного хранения РАО, выявлены производственные факторы нерадиационной природы и их фактические величины, определены условия питания персонала, установлена кривая зависимости по онкологической заболеваемости, проведена паспортизация объектов. Также, были разработаны профилактические мероприятия и гигиенические рекомендации, направленные на оптимизацию условий труда и питания, снижение профессиональных рисков, улучшение системы радиационной защиты персонала и сохранение его здоровья. В процессе изучения были разработаны критерии оценки условий труда при проведении аттестации рабочих мест персонала занятого обращением с радиоактивными отходами и работающего на площадках долговременного хранения радиоактивных отходов, критерии оценки радиационной опасности при обращении с радиоактивными отходами, научно обоснованы меры безопасности для снижения и управления радиационным риском. По результатам выполненной работы разработаны методические указания, СанПиН и практические руководства в области обеспечения радиационной безопасности. **Выводы:** таким образом, комплексный подход к решению поставленных задач позволил обосновать необходимость внедрения в практику результатов исследований, что нашло отражение в методических рекомендациях по улучшению и оптимизации условий труда и питания при обращении с РАО и снижению радиационного риска. Разработанные нормативные и методические документы, с практической точки зрения, внедрены в отделения радиационной безопасности ЦГСЭН, государственные учреждения и промышленные предприятия, а также в учебный процесс. Проведенные исследования позволят оценивать и управлять рисками при проведении восстановительных мероприятий на радиоактивно-загрязненных территориях.

ПРИМЕНЕНИЕ МУМИЕ В МЕДИЦИНЕ

Тиллоева Н., студентка 206 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 4 и гематологии (зав. каф. - д.м.н., доц. Аралов Н.Р.)
Научный руководитель: Ходжиева Н.С.

"Высоко в горах «плачут» каменные великаны. Их «слезы», застывая, образуют целебный бальзам – мумиё, который является лекарством от всех болезней. Редко кто находит «слезу великана», но нашедший становится самым здоровым и сильным человеком в мире" – так гласит старинная легенда. И это неспроста, ведь в древности мумиё применяли для лечения болезней желудка, кишечника и почек, туберкулеза, астмы, проказы, паралича и воспалительных процессов. **Цель работы.** Целью нашего исследования явилось провести анализ эффективности применения мумиё в лечении больных с заболеваниями желудка и 12 перстной кишки наряду с общепринятыми методами лечения. **Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 18 больных с хроническим гастритом и 4 больных язвенной болезнью 12 перстной кишки. Этим больным наряду с общепринятыми методами лечения было назначено препарат «Мумиё асил» 150 мг по 1 капсуле 3 раза в день в течении двух недель. Контрольная группа составляла 10 больных с хроническими гастритами. **Результаты:** Результаты нашего исследования показали, что у больных которые принимали препарат мумиё улучшение клинико-лабораторных показателей были намного выраженнее, чем в контрольной группе. У больных помимо исчезновения дисапетических жалоб наблюдали улучшение общего самочувствия, повышение тонуса организма. **Выводы:** Таким образом результаты нашего исследования мы еще раз утверждаем, что мумиё – древнее, до сих пор тая-

щее немало загадок вещество природного происхождения (природный бальзам). Спектр действия мумие настолько широк, что сразу перечислить все его лечебные свойства очень трудно. Мумие усиливает минеральный обмен в организме, ускоряет заживление ран. Также оно улучшает общее состояние, нормализует аппетит и сон. Применение препаратов мумие в комплексе лечения ускоряет процесс выздоровления не только гастроэнтерологических но и других соматических больных.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Тодорико Л.Д., зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии, д.м.н., профессор
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Украина

Кроме обычных разновидностей туберкулезной инфекции (*Mycobacterium tuberculosis*), в мире быстро распространяются мутантные формы микобактерий туберкулеза (МБТ), которые устойчивы к действию многих основных антимикобактериальных препаратов (АМБП): мультирезистентный (МРТБ, MDR) и с расширенной резистентностью туберкулез (РРТБ, XDR). В изучении вопросов эволюции патоморфоза туберкулеза (ТБ) легких и, в частности, формирования химиорезистентности, одной из задач является исследование полиморфизма известных генов-кандидатов, а также поиск новых генов, белковые продукты которых принимают участие в патогенетических механизмах развития заболевания. Современные штаммы МБТ характеризуются отсутствием возможности горизонтального переноса генов, но на сегодняшний день имеются исследования, которые показали наличие редкостных генных рекомбинаций. Эволюция *M. tuberculosis* complex осуществляется, в большинстве случаев, путем делеций и дубликаций, что предопределяет клональный патерн эволюции возбудителя и в сочетании с отсутствием рекомбинаций может стать причиной патогенетических особенностей течения отдельных штаммов. Генетически разные штаммы МБТ стимулируют отличительные между собой иммунные ответы, которые определяют разницу не только в патогенезе, но и в клинических проявлениях заболевания. Патогенность МБТ зависит от их способности выживать в макрофагах, которые их поглотили и индуцировали иммунные реакции гиперчувствительности замедленного типа. В разных штаммах *M. tuberculosis* выявлена различная экспрессия 527 генов (15 % от общего количества обследованных). Инсерционная последовательность IS6110, принадлежащая к семейству IS3 транспозонов, является последовательностью, которую широко используют как генетический маркер, поскольку она специфична для штаммов *M. tuberculosis*. Лабораторные исследования показали, что возникновение резистентности в *M. tuberculosis* связано с нуклеотидными изменениями (мутациями) в генах, которые кодируют различные ферменты, непосредственно взаимодействующие с лекарственными средствами. Например, мутации гена *gro*, который кодирует β -субъединицу РНК-полимеразы (в фрагменте длиной 81 пара нуклеотидов), в 96 % случаев приводят к формированию устойчивости *M. tuberculosis* к рифампицину. Мутации в гене *kat* приводят к замещению отдельных аминокислот в ферментах каталаза и пероксидаза, ответственных за формирование антиоксидантной защиты при развитии воспалительного оксидативного стресса. Нуклеотидные изменения в регуляторной и смежной кодирующих областях локуса *inh* ассоциированы с резистентностью отдельных штаммов микобактерий к изониазиду. Нечувствительность *M. tuberculosis* к стрептомицину (практически у 86 % наших больных туберкулезом связана с мутацией в гене *grs*, кодирующем S12 митохондриальный белок, или с нуклеотидными изменениями в гене *rrs*, который кодирует 16S РНК. Антигенный (АГ) состав измененных форм МБТ упрощается с потерей, как минимум 33,3-37,5 % АГ, ассоциированных, в большинстве случаев, с клеточной стенкой. Кроме того, измененные МБТ слабее индуцируют синтез антител. Вероятно, эти особенности дают возможность избегать контроля иммунной системы и создают условия для персистенции МБТ в организме. Трансформация МБТ в кислотоустойчивые формы сопровождается снижением концентрации АГ в клетке, упрощением антигенного состава с сохранением не больше 62,6-66,7 % АГ, в том числе специфических для комплекса *M. bovis* – *M. tuberculosis*. Таким образом, актуальным остается вопрос о генетических аспектах формирования лекарственной устойчивости *Mycobacterium tuberculosis* при туберкулезе легких для понимания механизмов взаимодействия в процессе реализации наследственной информации на организменном уровне с целью повышения эффективности лечения.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ И УРОВНЯ КОРТИЗОЛА, КАК СИСТЕМНЫХ ФАКТОРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Тодорико Л.Д., зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии, д.м.н., профессор
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Украина

При распространении лекарственно устойчивых форм туберкулеза (ТБ) успешное решение наиболее актуальных задач фтизиатрии становится возможным лишь в том случае, когда при их решении принимается во внимание тот факт, что развитие и исход туберкулезного процесса определяется: состоянием иммунных защитных реакций (цитокиновая и апоптотическая регуляция); выраженностью синдрома системного воспалительного ответа (СВО); степенью метаболической декомпенсации со стороны иммуноцитокиновой и эндокринной, в частности, глюкокортикоидной и тиреоидной систем, как главных эндокринных механизмов регуляции адаптации организма к действию МБТ и, которые являются важными составляющими СВО. **Цель работы:** определить патогенетические особенности формирования синдрома системного воспалительного ответа с учетом вариантов тиреоидной активности и содержания кортизола методом корреляционного анализа при химиорезистентном туберкулезе легких (ХРТБ). **Материал и методы исследования:** В открытое рандомизированное исследование включено 76 пациентов с ХРТБ (73,5 % муж., 26,5 % жен.) в возрасте от 20 до 76 лет. Методы исследования: клинические, лабораторные, биохимические; рентгенологические; микроскопические; микробиологические; иммунологические; иммуноферментные; статистические. **Результаты:** Как показали результаты, особенности иммуно-цитокинового статуса при ХРТБ легких зависят не только от клинической формы, течения и активности туберкулезной инфекции, но и от варианта тиреоидной активности и уровня кортизола. Характер тиреоидной и содержание кортизола у больных с ХРТБ характеризуется наличием позитивной корреляционной связи по Спирману. Наибольшей силы взаимосвязь установлена при ХРТБ между тиреотропным гормоном и свободным трийодтиронином (ТТГ-сТ₃), средней силы – между свободным трийодтиронином и тироксином (сТ₃-сТ₄), что дает основания считать это проявлением одной из компенсаторных реакций поддержания тиреоидного гомеостаза в условиях резистентной туберкулезной инфекции за счет смещения гормоногенеза в сторону свободного трийодтиронина. Средней силы корреляционная связь установлена между ТТГ-сТ₄, что свидетельствует о зависимости функционирования щитовидной

железы (ЩЖ) от гипоталамо-гипофизарной регуляции. Корреляционный анализ по Спирману позволил установить существование прямых взаимосвязей между показателями тиреоидного гомеостаза и содержанием кортизола (К) при ТБ легких. Корреляционная связь средней силы установлена между сТ₄-К и сТ₃-К при ХРТБ и слабой силы – связи между сТ₄-К при чувствительном туберкулезе легких. **Выводы:** Таким образом, нарастание глюкокортикоидного и тиреоидного дисбаланса на фоне прогрессирования СВО может свидетельствовать о недостаточной эффективности химиотерапии у больных с распространенными формами ТБ легких. Чрезмерно выраженная острофазовая мобилизация защитных сил организма сопровождается истощением резервов детоксикации, что может приводить у больных ТБ легких к ряду негативных последствий, в частности, развитию анемии, гиперкоагуляционного синдрома, синдрома мальабсорбции, диспептического синдрома и т.д., которые четко зависят от распространенности и тяжести воспалительного процесса и требуют соответствующей коррекции стандартных программ лечения.

ВЛИЯНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Тореханова Ж.Ж., Калиолдаева Т.М., Катубекова Т.М., Рысбекова А.Е., Санак А.А., интерны 610 группы
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (Алматы, Казахстан)
Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. каф. - д.м.н., проф. Каирбеков А.К.)
Научный руководитель: к.м.н., доц. Мырзабаева Н.А.

Артериальная гипертензия (АГ) составляет преобладающую часть сердечнососудистых заболеваний у пациентов пожилого возраста с высокими показателями осложнений и инвалидизации. **Цель работы:** определение влияния психо-эмоциональных нарушений на течение АГ у лиц пожилого возраста. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 36 пожилых пациентов с АГ находившихся в Городском центре паллиативной помощи по поводу АГ. Диагноз АГ был установлен на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев. Возраст пациентов варьировал от 60 до 84 лет (средний возраст составил 71,4±6,2 года), из них было - 17 больных лиц мужского пола и 19 - женского. АД систолическое было в пределах 130-190 мм рт. ст., диастолическое 90-110 мм рт. ст. Все пациенты принимали стандартную терапию: бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, аспирин, нитраты. Оценка психо-эмоционального статуса проводилась с применением опросника Спилбергера-Ханина. Также психическое состояние определяли с использованием клинко-психопатологического исследования и психодиагностических опросников HADS, MADRS, HAM-D. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по анкете, предложенной А.М. Вейном и позволяющей выявить признаки вегетативных нарушений. **Результаты:** У большинства пациентов пожилого возраста с АГ выявлены изменения психо-эмоционального состояния, проявляющиеся высоким уровнем личностной тревожности и депрессии. Уровень реактивной тревожности был отмечен у 58,3% пациентов. Показатель ситуативной тревожности пациентов составил 41,7±2,1 баллов, личностной тревожности - 52,8±2,0, что указывает на высокий уровень беспокойства, сопровождающийся нервно-психическим перенапряжением, которое приводит у них к снижению в социальной сфере. При оценке выраженности психологических параметров выявлено, что состояние нейротизма было не только частым, но и выраженным у пожилых пациентов с АГ. Уровень депрессии имел место у 36,1% пациентов. Анализ анкет вегетативных нарушений у наблюдаемых нами пациентов показал в среднем 37,6±10,3 балла. **Выводы:** Возникновение тревожно-депрессивных состояний у лиц пожилого возраста ухудшает течение АГ, сопровождается вегетативной дисфункцией и это необходимо принять во внимание для изучения патогенетической роли психо-эмоциональных нарушений в формировании АГ и разработки профилактических мероприятий с учетом психосоциальных моментов.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЗДАНИЯ ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ В КОМБИНАЦИИ С СТАТИНОМ

Тригубчак О.В. «ТГМУ им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины»
Кафедра управления и экономики фармации с технологии лекарств (зав. каф. - д.ф.н. Грошовый Т.А.)
Научный руководитель: д.ф.н. Грошовый Т.А.

Цель работы: Обосновать целесообразность создания таблеток кислоты ацетилсалициловой в комбинации с статином. **Материал и методы исследования:** Обследовано клиническое использование лекарственных средств кислоты ацетилсалициловой и препаратов с группы статинов при ишемической болезни сердца. Использовано данные Cochrane Library. Проведено маркетинговый и фармакоэкономический анализ исследуемых лекарственных препаратов. **Результаты:** Установлено, что в мире зарегистрированы комбинированные препараты кислоты ацетилсалициловой с правастатином (Pravastatin - Португалия, Франция), розувастатином (Rosucor ASP, Unistar - Индия), аторвастатином (A Vin AS, Aspivas, Atchol ASP, Atofast-AS, Aztor-ASP, CV Pill, Duocad, Lipicure AS, Liponorm-ASP, Lower A, Mactor ASP, Modlip ASP, Tonact ASP - Индия), аторвастатином и клопидогрелем (Lipikind Plus, Noklot CV, Stagrel-AV - Индия), аторвастатином и рамиприлом (Trinomia - Испания, RIL - АА, Avopril AS - Индия), аторвастатином, метопрололом и рамиприлом (Zycad 4 - Индия). На фармацевтическом рынке Украины зарегистрировано 71 препарат на основе кислоты ацетилсалициловой (среди которых 52% комбинированных) и 252 наименования лекарственных средств с группы статинов. Наибольшее количество препаратов занимают лекарственные средства на основе аторвастатина (51%), препараты симвастатина занимают 31%, розувастатин - 16%, ловастатин - 2%. Кислота ацетилсалициловая остается «золотым стандартом» анти тромботической терапии. Ее назначают для предотвращения послеоперационных тромбозов, при нарушениях кровообращения мозга с целью профилактики инсульта, людям с хронической ишемической болезнью сердца, в том числе больным, перенесшим инфаркт. Последние мета-анализы показывают, что наиболее эффективными препаратами для лечения выраженных нарушений липидного обмена являются синтетические статины. На основе данных доказательной медицины: ASTEROID; CARE; SITE; CORONA; DCCT; JUPITE; LIPID; MAAS; MARS; MERCURI; METEOR; MIRACL; 4S проведено обобщение результатов исследования препаратов с группы статинов. Установлено, что статины снижают смертность от всех причин на 24%, роковой инфаркт миокарда - 39%, нефатальный инфаркт миокарда - 34%, роковой инсульт - 23%, нефатальный инсульт - 31%. Аторвастатин снижает уровень ЛПНП в среднем на 39%, ловастатин и правастатин - на 31%, симвастатин - на 35-41%, флувастатин - на 25-35%, розувастатин - на 39-45%. С помощью метода «минимизация затрат» рассчитано, что наименее затратными являются Аллеста-симвастатин (табл. п / пл. об. 40 мг блистер, №30, производитель Alkaloid, Македония) Аторвастерол (табл. п / о 40 мг, №30, производитель-Polrpharma, Польша), Розарт (табл. п / пл. об. 40 мг №90, производитель-Actavis, Исландия). Методами фармакоэкономических исследований «затраты-эффективность» и «затраты-полезность» доказано, что преимущество имеет Аллеста-симвастатин (табл. п / пл. об. 40 мг блистер, №30, про-

изводитель-Alkaloid, Македония). **Выводы:** Таким образом для снижения риска инфаркта миокарда и уровня холестерина целесообразно создать таблетки, содержащие комбинацию кислоты ацетилсалициловой с симвастатином.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛАГРИПА ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Тагиева Ю.А., студент 306 группы пед. Факультета, Ержанова М.Е., студент 210 группы леч. факультета СамМИ
Кафедры внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – к.м.н. доц. Юлдашев С.Ж.)
Научный руководитель: ассистент Арсланова Р.Р.

Цель работы: Изучить противовирусную активность ЦелАгрипа. **Материал и методы исследования:** В исследование включены 11 опубликованных работ описывающих противовирусное действие ЦелАгрипа. **Результаты:** Перспективность использования препаратов как индуктора интерферона при различных вирусных инфекциях была показана на различных клеточных и животных моделях, при этом препарат прошел необходимый перечень регламентированных доклинических исследований, что явилось основанием для проведения его клинических испытаний. Полученные при доклинических исследованиях результаты показали наибольшую перспективность клинического применения ЦелАгрипа при вирусных инфекциях. Препарат вызывает в организме человека образование собственных эндогенных интерферонов, обладающих противовирусным действием. Таким образом, можно предполагать, что противовирусная направленность индуцируемых ЦелАгрипом цитокинов, по-видимому, способствуют более быстрому включению неспецифических механизмов, нарушающих репродукцию вирусов, и в дальнейшем специфических механизмов элиминации вирусной инфекции. **Выводы:** Полученные результаты могут служить основанием для разработки оптимальных схем дозирования ЦелАгрипа с учетом его противовирусного действия, что позволит повысить эффективность фармакотерапии при вирусных инфекциях. Данный препарат можно считать для эффективной профилактики и лечения больных гриппом и других острых респираторных инфекций.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АНЕМИЯ: ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Таирова З.К., резидент магистратуры 3 года обучения, Ахмедов И.А., асс. СамМИ
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. – д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Тоиров Э.С.

Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН), достигнутые в течении последних лет, прогноз этого заболевания остается крайне неблагоприятным и представляет важную медико-социальную и экономическую проблему для здравоохранения и общества в целом. **Цель работы:** Определение частоты, причин, особенностей клиники, прогностической значимости анемии при хронической сердечной недостаточности. **Материал и методы исследования:** Работа проводилась на базе кафедры внутренних болезней №1 и фтизиатрии в клинике СамМИ. Было обследовано 100 пациентов (71 женщин, 71%, 29 мужчин, 29%). Возраст больных варьировал от 20 до 60 лет, средний возраст составил $47,50 \pm 1,02$ лет. Длительность заболевания в среднем составила $4,85 \pm 0,26$ лет. Количество госпитализаций за год составило $2,15 \pm 0,063$ раз. У 10 (10%) пациентов был диагностирован ХСН IV ФК по NYHA, у 48 (48%) – III ФК, у 42 (42%) – II ФК. Средний ФК ХСН составил $2,68 \pm 0,06$. Анемия определялась согласно критериям ВОЗ (снижение уровня гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин). **Результаты:** Анемия легкой, средней и тяжелой степени была выявлена у 100% больных ХСН. Уровень Hb у пациентов составил в среднем $84,7 \pm 1,22$ г/л. Количество эритроцитов в среднем $3,42 \pm 0,04 \times 10^{12}/л$. По тяжести анемии были выявлены: анемия легкой степени у 27% больных (уровень Hb от 90 до 120/130 г/л, среднее количество эритроцитов – $3,74 \pm 0,05 \times 10^{12}/л$), анемия средней степени – у 58% больных (уровень Hb от 90 до 70 г/л, среднее количество эритроцитов – $3,4 \pm 0,003 \times 10^{12}/л$) и анемия тяжелой степени – у 15% пациентов (Hb менее 70 г/л, среднее количество эритроцитов – $2,89 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$). По мере снижения уровня Hb отмечалось увеличение ФК ХСН по NYHA. ХСН высокого ФК (III-IV) встречался у пациентов с анемией средней и тяжелой степени чаще, чем среди больных с анемией легкой степени (51% против 7%, $P < 0,05$). Причинами анемии были: ХБП (20%), гемодилуция (22%), дефицит железа (24%), анемия хронических заболеваний (34%). Для определения выраженности клинических проявлений ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС). У больных с I степенью анемии показатель ШОКС составил 4-8 баллов ($5,58 \pm 0,25$), II степенью анемии 4-10 баллов ($6,26 \pm 0,25$), III степенью анемии – 7-14 баллов ($9,6 \pm 0,52$). Для оценки уровня качества жизни больных ХСН и сопутствующей анемией был использован Миннесотский опросник качества жизни (MLHFQ). Показатель качества жизни больных ХСН и I степенью анемии ($n=27$) составил $36 \pm 1,25$ баллов, при II степени анемии ($n=58$) – $47,4 \pm 1,03$ баллов, при III степени тяжести анемии ($n=15$) – $59,9 \pm 2,46$ балла. Больные ХСН и наличием низкого уровня Hb продемонстрировали худшую толерантность к физической нагрузке в тесте шестиминутной ходьбы. Больные ХСН и I степенью анемии прошли дистанцию от 335 до 400 (в среднем $348,33 \pm 10,55$), III степенью анемии – 110-205 ($152 \pm 8,33$) метров. **Выводы:** Таким образом, при хронической сердечной недостаточности анемия выявляется у 100% больных. Снижение гемоглобина при сердечной недостаточности способствует снижению толерантности к физическим нагрузкам, понижению показателей качества жизни, развитию признаков декомпенсации и соответственно, более частой госпитализации. Наличие выраженной анемии при ХСН сопровождается повышением функционального класса сердечной недостаточности и значительным ухудшением прогноза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ НЕБУТАМОЛОМ

Туркманов М.М., студент 402 гр. мед-пед факультета СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф. – доц. Шодикулова Г.З.)
Научный руководитель: асс. Саматов Д.К.

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, которое поражает 2 - 12% населения планеты. Хроническое течение этой патологии, склонной к рецидивированию, требует индивидуального подхода для определения длительности базисной терапии. Считается, что оптимальной ингаляционной техникой доставки лекарственных препаратов, в частности β -агонистов, при обострении бронхиальной астмы является использование дозированных аэрозольных ингаляторов либо небулайзеров. Применение последних имеет значительное преимущество при лечении тяжелой бронхиальной патологии, а также в тех случаях, когда надо быстро оказать помощь. Основными бронхолитическими препаратами при терапии бронхиальной астмы являются β -агонисты, в частности 0,1%-й раствор

небутамола (0,1%-й раствор сальбутамола гемисукцината). Обычно небутамол назначают через небулайзер, эффект наступает через 15-20 мин. При необходимости через 30-60 мин можно повторить ингаляцию. Конечной точкой применения небулайзерной терапии является достижение максимального лечебного эффекта при бронхоспазме. **Цель работы:** явилась оценка эффективности небулайзерной терапии при обострении бронхиальной астмы в отделении пульмонологии ГМО г. Самарканда в 2012-2016 гг. **Материал и методы исследования:** Нами обследованно 35 больных бронхиальной астмой среднего и тяжелого течения согласно критериям GINA и Национального консенсуса 1995 г. Использовался 0,1%-й раствор Небутамола в дозе 2-3 мл на ингаляцию. Процедуры назначались ежедневно 1-3 раза в сутки в течение 5-6 дней. При этом достигалась быстрая бронходилатация и свободное отхождение мокроты. При применении этого метода наблюдалось значительное улучшение состояния по сравнению с больными, которым не проводилась небулайзерная терапия 0,1%-м раствором небутамола. Так, показатель ПОС_{выд} при лечении бронхиальной астмы с помощью небулайзерной терапии улучшился на 10-15%. Срок пребывания больных в стационаре в 2015 г. сократился по сравнению с 2011 г. в среднем с 15 до 12 дней. **Выводы:** Таким образом, применение небулайзерной терапии в виде ингаляций 0,1%-м раствором небутамола значительно улучшает состояние пациентов как субъективно, так и по клинико-лабораторным показателям, сокращает их пребывание в стационаре, что выражается в положительном экономическом эффекте.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В УСЛОВИЯХ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Узакова Г.З., Ачилова М.М., резиденты магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (зав. каф. Ярмухамедова Н.А.)

(Научный руководитель: доц. Ярмухамедова Н.А.)

Актуальность проблемы определяется высоким уровнем заболеваемости ветряной оспой, среди не только детей, но и взрослых, повсеместным распространением, повышением удельного веса в общей инфекционной патологии, в большей части неэффективностью реализуемых на практике мер профилактики, таких как изоляция больных, карантин и т.д. **Цель работы:** клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости ветряной оспой по данным Самаркандской областной инфекционной клинической больницы за 2015 год. **Материал и методы исследования:** для решения поставленной цели нами был проведен ретроспективный анализ архивных историй болезней больных поступивших в Областную Инфекционную больницу города Самарканда в 2015 г. Диагноз ветряной оспы всем больным был поставлен на основании клинического наблюдения (повышение температуры тела, наличие полиморфных сыпей). **Результаты:** в результате ретроспективного анализа в 2015 году 145 больных с ветряной оспой пролечились на базе клиники. Из них 13 больные были беременные женщины заболевшие ветряной оспой, со сроком беременности от 6 - 7 недель до 39 - 40 недели. При анализе сезонности заболеваемости в годовой динамике, минимальный пик отмечался в мае - августе и максимальный в июне - декабре месяцах. Большая часть случаев приходилась на городское население. За изучаемый период возраст больных колебался от 15 дней до 40 лет. Детей в возрасте с 15 дней до 1 года было 11,0%, от 1 до 7 лет - 32,4% больных, от 8 до 14 - 15,9% больных, от 15 до 18 - 10,3% больных, в возрасте выше 18 лет - 30,4% больных. Преобладали лица мужского пола (54%). Болезнь характеризовалась острым началом с повышением температуры тела. Температура тела у 81% больных повышалась до 38° - 39° С, у 15% больных наблюдалась субфебрильная температура тела, а у 4% больных заболевания протекало без повышения температуры тела. Длительность лихорадочного периода со среднетяжелой формой было меньше, чем при тяжелой. У всех больных наблюдалась полиморфная везикулезная сыпь. Дни появления сыпи у анализированных больных были разные. Ложный полиморфизм сыпи наблюдался во всех случаях. Течение болезни носило волнообразный характер, и по этой причине высыпания появлялись с периодичностью до нескольких раз. Длительность подсыпаний составила 4-5 дней. Анализ больных в разрезе тяжести процесса, показал наибольший процент больных со среднетяжелой формой - в 72,4%, реже встречали легкие формы - в 20,7% и в 6,9% случаях отмечалась тяжелая форма заболевания. У больных ветряной оспой при использовании стандартной терапии наблюдалось клиническое улучшение с уменьшением клинических признаков заболевания. **Выводы:** таким образом в 2015 году отмечается тенденция к росту заболеваемости ветряной оспой, характеризующаяся преимущественно среднетяжелой формой.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ураков Ш., студент 709 группы леч. фак., Мирзаев Р.З., Арипов С., резидент магистратуры,

Мухиддинов А.И., Маджидова Г.Т. ассистенты

Кафедра внутренние болезни № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.) СамМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

В настоящее время накоплено достаточно доказательств того, что сочетание у одного человека нескольких факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, резко увеличивает их суммарный риск. Одной из комбинаций факторов риска является синдром Х. В основе этого синдрома - единая метаболическая цепь, связывающая несколько факторов риска: артериальную гипертонию (АГ), инсулинорезистентность (ИР) гиперинсулинемию, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемию. Однако, многие авторы, считают необходимым включение ожирения, особенно по абдоминальному типу в классический кластер симптомов синдрома Х. Лечение АГ у больных с метаболическими нарушениями имеет свои особенности. Они связаны с необходимостью учитывать различное влияние фармакологических препаратов и их комбинаций на обменные нарушения при АГ с метаболическими расстройствами. **Цель работы:** Оценка эффективности и безопасности основных классов гипотензивных препаратов (ингибитор АПФ - эналаприл (энап) и комбинированный препарат (ингибитор АПФ периндоприл + селективный блокатор кальциевых каналов II класса - амлодипин. - амлесса) у больных мягкой и умеренной гипертонией, с наличием метаболических нарушений. **Материал и методы исследования:** В исследование было включено 25 больных АГ с различным сочетанием метаболических факторов риска. Больные составили 2-группы: получающие гипотензивную монотерапию эналаприлом и периндоприл+амлодипином. Все больные получали монотерапию в течение 2-х месяцев: Энап (эналаприл) в дозе 5 - 10 мг 1-2 раза в сутки; Амлесса (периндоприл+ амлодипин) в дозе 4/5- 4 / 10 мг 1 раз в сутки. Дозу подбирали индивидуально в зависимости от эффекта. **Результаты:** Через два месяца непрерывного лечения полный эффект у больных, принимавших энап и амлесса был достигнут в 64,5%, 70,5% случаев соответственно, не достаточным оказался эффект в 9,8%, 8,6%, случаев соответственно. Отмечено достоверное снижение САД и ДАД как в ночное время, так и в период бодрствования. Нами оценена динамика типов суточных кривых АД по данным 24-часового мониторирования, отдельно для систолического и диастолического АД. Лечение оказывало благоприятное влияние на типы суточных кривых при их определении по степени ночного снижения диастолического

и систолического АД. Существенных изменений показателей углеводного, липидного, пуринового обмена, уровня протромбина, фибриногена, вязкости крови) под влиянием терапии не наблюдалось. Под влиянием терапии эналаприлом и периндоприл + амлодипином существенных изменений ЧСС не произошло. Отмечено снижение ЧСС в дневное время на 11%, среднесуточной на 10%. Исходное нарушение диастолической функции ЛЖ зарегистрировано у 70 % пациентов. Нормализация показателей диастолического расслабления и наполнения ЛЖ, у пациентов принимавших энап и амлесса наблюдалась у 53 %, 55% соответственно. **Выводы:** Терапия эналаприлом и периндоприл + амлодипином снижает САД и ДАД, величину и скорость утреннего подъема АД в сопоставимой степени, способствует нормализации суточного профиля АД. Лечение достоверно улучшает диастолическую функцию левого желудочка. Нормализация показателей диастолического расслабления и наполнения ЛЖ. Полученные данные свидетельствуют о том, что энап и амлесса возможно использовать в качестве монотерапии при лечении мягкой и умеренной гипертензии с метаболическими нарушениями. Терапия приводит к повышению качества жизни, улучшению самочувствия больных. Препараты хорошо переносятся больными.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Узоков Ш.Ш., резидент магистратуры 3 года обучения СаММИ

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

Научный руководитель: д.м.н., доц. Абдуллаева Н.Н.

На современном этапе проводится множество научных исследований в медицине и биологии для выявления взаимосвязей и закономерностей развития тех или иных заболеваний и патологических процессов. При анализе полученных первичных научных данных все шире используются различные статистические приемы и способы обработки информации. Это связано с ростом числа единиц наблюдения и оцениваемых параметров, как, например, в широкомасштабных много центровых популяционных исследованиях, а также с развитием средств вычислительной техники, в первую очередь, компьютеров и программного обеспечения к ним. Развитие статистической науки создает новые статистические процедуры и подходы к анализу данных. **Цель работы:** Прогнозирование и профилактика повторного ишемического инсульта **Материал и методы исследования:** Больное проведено клинико-инструментальное исследование компьютерной томографии (КТ), ядерно-магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и клинико-лабораторный исследование. **Результаты:** Анализировались следующие факторы риска ишемического инсульта: возраст, артериальная гипертензия (АГ) и такие её показатели, как длительность, степень АГ, эффективность антигипертензивной терапии, наличие и степень стенозов и окклюзий магистральных артерий головы (МАГ), черепно-мозговая травма в анамнезе, наличие стенокардии, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, наличие аритмий сердца, систематическое курение, наличие сахарного диабета, малоподвижный образ жизни - гипокинезия, систематическое злоупотребление алкоголем, наличие перемежающейся хромоты, клинические проявления шейного остеохондроза, присутствие психоэмоционального напряжения накануне перед развитием инсульта, имеющаяся хроническая ЛОР-патология, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, наличие избыточной массы тела, дислипидемия; а также такие социальные критерии, как уровень образования и семейное положение обследуемого лица. **Выводы:** Таким образом, выявлены различия в частоте присутствия факторов риска, вынесенных на проверку, в рассматриваемых группах с единичным и повторным инсультами. Наличие факта артериальной гипертензии в группах сравнения не выносилось в связи с одинаковой долей присутствия - около 97-98%. Итак, полученные данные позволяют приступить к разработке модели прогноза повторного ишемического инсульта.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Умедов Х., студент 703 группы медико педагогического факультета, Ураков Ш., студент 709 группы леч. факультета, Арипов С., резидент магистратуры 3 года обучения, асс. Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О.

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф. - д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева Э.Н.

Цель работы: выявить частоту различных типов нарушения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией в сочетании ишемической болезнью сердца. **Материал и методы исследования:** Обследовано 148 больных с диагнозом артериальной гипертензии в сочетании с ИБС, с фракцией выброса ЛЖ более 45 %. Средний возраст обследованных составил 55,5±8,7 лет. ЭхоКГ проводилось на аппарате Sonoscape. В соответствии с рекомендациями European Study Group of Diastolic Heart Failure диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ была диагностирована на основании вычисления отношения E / A, времени замедления раннего диастолического кровотока (DT), времени изоволюмического расслабления (IVRT) и определения соответствия 3 показателей одному из 3 типов нарушения диастолической функции ЛЖ - замедленной релаксации, псевдонормализации или рестрикции. **Результаты и обсуждение:** Тип наполнения ЛЖ отражает лишь тяжесть имеющихся диастолических нарушений и не специфичен для того или иного заболевания. В нашем исследовании, в большинстве случаев - 87 %, ДД ограничивалась изолированным нарушением расслабления. Этот тип нарушения наиболее благоприятен, так как протекает без значимого повышения диастолической недостаточности (ДН), следовательно существует бессимптомно, не вызывая клинических проявлений диастолического нарушения. При прогрессировании ДД начинает повышаться ДН. Именно ДН определяет клинические проявления ДД, при его повышении, заболевание переходит из разряда бессимптомной дисфункции в разряд ХСН - у больного появляется одышка. Обнаружение псевдонормального и рестриктивного типа наполнения ЛЖ всегда указывает на высокое ДН/ЛЖ. В нашем исследовании псевдонормализация определялась у 14 % обследованных. Особенно неблагоприятный прогноз при рестриктивном типе ДД, в этом случае ремоделирование сердца достигает такой степени, когда систолическая дисфункция уже не играет основной роли, как на начальных стадиях становления ХСН. Рестриктивный тип ДД определяется нами в 10% случаев. **Выводы:** При оценке ДХСН у пациентов с АГ и ИБС в 22% случаев определялись клинически значимые нарушения диастолической функции ЛЖ (в 13% - умеренная диастолическая дисфункция и в 10% - тяжелая диастолическая дисфункция ЛЖ). У большинства обследованных (87%) были выявлены незначительные нарушения диастолической функции ЛЖ.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРАТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Усманова В.К., Кошанова Ж.М., Томашева Д.Е., резиденты, КГМУ
Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. каф – д.м.н Тургунова Л.Г.)
Научный руководитель: доцент Игимбаева Г.Т.

Цель работы: оценка эффективности назначения нитратов пролонгированного действия у больных с ИБС в амбулаторных условиях и их влияние на прогноз и качества жизни у больных с ИБС. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в городе Караганда, на базе поликлиники № 1. Материалами для исследования явились архивные данные (амбулаторные карты) больных с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения. ФК II и ИБС. Стенокардия напряжения. ФК III за период с 2010 по 2015 годы. Вид исследования - ретроспективный анализ. В исследование включались больные, которые в течение 5 лет принимали нитраты пролонгированного действия (кардикет, изокет, изомик по 20 мг, кратностью 3 раза в день и более). Количество больных – 102, из них: 69 (68%) - мужчины, 33 (32%) - женщины, средний возраст составил: у мужчин - 55-65 лет, у женщин - 62-75 лет. Средний ИМТ: у мужчин - 22-24кг/м² и у женщин - 25-29кг/м². Больные были разделены на две группы. В I группу вошли пациенты с диагнозом ИБС СН ФК-II (40 пациентов, 39%), во II - с диагнозом ИБС СН ФК III (60 пациентов, 61%). Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Манна-Уитни и Стьюдента. **Результаты:** У всех больных до назначения нитратов были зафиксированы типичные проявления стенокардии напряжения (локализация, характер, иррадиация, продолжительность, условия возникновения, условия прекращения, интенсивность, стереотипность, давность заболевания и сопутствующие симптомы - одышка), лабораторные показатели были в пределах нормы. За наблюдаемый пятилетний период (2010-2015гг) при использовании нитратов пролонгированного действия число обращаемости в лечебное учреждение больных I и II групп увеличилось в 2,2 и 3,1 раза соответственно. В I и II группах приступы стенокардии увеличились в 3 раз и 5 раз соответственно, наблюдалось снижение толерантности к физической нагрузке в 2 раза и 1,8 раза соответственно, прогрессирование явлений хронической сердечной недостаточности в виде одышки (84%), отечного синдрома (16%). По результатам исследования к концу периода наблюдения выявлено, что в I группе исследуемых 50% (20 больных) наблюдалось прогрессирование хронической сердечной недостаточности с ФК II (NYHA) до ФК III, во II группе исследуемых – у 52% (31 больных) прогрессирование явлений хронической сердечной недостаточности с ФК III до ФК IV. **Заключение:** Таким образом, проведенный ретроспективный анализ показал отсутствие положительного эффекта от нитратов пролонгированного действия у пациентов с ИБС, что проявилось прогрессированием клиники стенокардии, снижением толерантности к физической нагрузке, что, соответственно, привело к ухудшению качества и прогноза жизни данной категории больных.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИИ, ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Хайталиев Д.Ю., студент 403 гр. медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (Зав. каф. - доц. Г.З. Шодикулова)
Научный руководитель: ас. Бабамурадова З.Б.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это осложнение и исход многих сердечно – сосудистых заболеваний, состояние с неблагоприятным прогнозом. Хроническая сердечная недостаточность на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа встречается достоверно чаще, чем у лиц без диабета (11,8% против 4,5%). Больные с ХСН и СД относятся к наиболее тяжелой группе больных вследствие сочетания метаболических нарушений, микро - и макрососудистых осложнений, нарушение липидного и гликемического спектра. Выше, указанные нарушения приводит к необратимым изменениям внутренних органов и систем, являющиеся основной причиной высокой смертности этого контингента людей. Влияние гипергликемии на риск развития ХСН убедительно доказано: повышению гликозирированного гемоглобина на каждый 1 % соответствует увеличение относительного риска развития ХСН на 9-19 %. **Цель работы:** Изучить взаимосвязь показателей гликемического и липидного спектра у больных ХСН при СД 2 типа. **Материал и методы исследования:** Обследовано 42 больных с ХСН в сочетании СД 2 типа в возрасте от 50 до 65 лет. Были проведены общие клинические исследования по стандартной схеме. **Результаты:** Первую группу составили больные с ХСН без СД 2 типа, вторую группу больные с ХСН в сочетании СД 2 типа. Всем больным было выполнен биохимический анализ крови для определения уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), определение глюкозы натощак, гликозирированного гемоглобина (HbA1c). Анализ лабораторных исследований показал, что в первой группе средние значения показателей липидного спектра составляют: холестерин – 8,7 ммоль/л, триглицериды – 2,34 ммоль/л, ЛПНП – 4,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,09 ммоль/л, а глюкоза – 5,7 ммоль/л и HbA1c – 6,7% . Во второй группе эти показатели значительно изменились: холестерин – 8,9 ммоль/л, триглицериды – 3,44 ммоль/л, ЛПНП – 4,72 ммоль/л, ЛПВП – 0,84 ммоль/л, глюкоза – 9,4 ммоль/л, HbA1c – 10,4%. **Выводы:** Таким образом, нами установлено, что при ХСН в сочетании с СД 2 типа уровень липидного и гликемического спектра значительно меняется за счет повышения уровня триглицеридов, ЛПНП и снижение ЛПВП. Повышение уровня HbA1c обусловлено выраженной гипергликемией у больных 2 группы, что является фактором для развития атеросклеротических изменений, которые в свою очередь приводит к грозным осложнениям, такие как, инсульт, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии у больных ХСН в сочетании СД 2 типа.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Хамраева Н.А., старший научный сотрудник - соискатель кафедры внутренних болезней №1 и фтизиатрии
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии СамМИ (зав. каф. - д.м.н., проф. Тоиров Э.С.)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Тоиров Э.С.

Цель работы: Оценить влияние синхронной интенсивной терапии на клиническую картину и лабораторные показатели у больных системной красной волчанкой. **Материал и методы исследования:** Было исследовано 30 больных СКВ, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники СамМИ. Для диагностики использовались критерии Американской ревматологической Ассоциации (1990). Первый этап СИТ включал трехкратное проведение плазмафереза (ПФ) с удалением 40-60 мл плазмы на кг веса больного с интервалом 4-5 дней. После каждого ПФ внутривенно капельно в течение 45 минут вводился 1,0 МП, а после второго – дополнительно добавлялся 1,0 ЦФ. Доза перорального преднизолона не превышала 40 мг/сут. На втором этапе ежемесячно вводился только 1,0 ЦФ. К концу 4-5 месяца доза преднизолона снижалась до поддерживающей – 10 мг/сут перорально. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в соответствии с t – критерием Стьюдента. За достоверное принимали различные значимо-

сти 95% при $p < 0,05$. **Результаты:** После проведения СИТ уже к концу первого месяца отмечалась существенная положительная динамика со стороны клинических проявлений, свидетельствующая о снижении активности СКВ. Значительно снизилась частота эритемы в форме «бабочки», стоматита, энантемы и волчаночного хейлита, отека синдрома. Полностью регрессировал легочный процесс, лихорадка, лимфаденопатия, стабилизировался вес тела. Достоверно реже определялся полисерозит, артрит. Произошли положительные сдвиги в лабораторных показателях: заметно уменьшилась суточная протеинурия и гематурия, особенно высоких градаций, но стойкое улучшение - снижение протеинурии и гематурии до минимальных цифр - отмечено лишь через 6-12 месяцев программного цитотоксического лечения. К этому времени у 29,2% мочевой осадок нормализовался. В связи со снижением воспаления и отека паренхимы почек улучшилась внутрипочечная гемодинамика. Показатели средней скорости почечного кровотока существенно не менялись. Еще более выраженные положительные сдвиги были получены через 6 месяцев программного лечения циклофосфаном и поддерживающими дозами преднизолона. Практически полностью регрессировали все клинические симптомы СКВ: кожный васкулит, поражение суставов, легких, сердца, общевоспалительные проявления. ВН «трансформировался» в «нефропатию», т.е. на фоне лечения сохранялись лишь микропротеинурия (менее 0,5 г белка в суточной моче) и микрогематурии. В течение первого года ввиду хорошего самочувствия пациентка самостоятельно прекратила лечение и перешла на прием трав. Остальные пациенты после проведения двухэтапного лечения по методике СИТ находятся на поддерживающей глюкокортикоидной терапии (преднизолон 10 мг/сут) без цитокинов. Полученные нами данные подтверждают высокую эффективность СИТ, которые находятся в соответствии с результатами, полученными в исследованиях Института ревматологии РАМН, а также зарубежных авторов. Второй этап СИТ является наиболее удобной и экономически выгодной. Назначение СИТ нормализует показатели внутрипочечной гемодинамики. Применение годовой программы интенсивного лечения предупреждало рецидивы СКВ. СИТ снизила летальность до 6,7%, что соответствует данным других авторов. **Выводы:** Таким образом СИТ способствовала быстрому регрессу клинических проявлений СКВ: ВН, нейролопуca. Проведение ежемесячных ЦФ «пульсов» в амбулаторных условиях на втором этапе программной терапии не менее эффективно, чем общепринятый метод повторения 1 раз в 3 месяца ПТ МП и ЦФ после сеанса ПФ, но более удобно и экономично выгодно в амбулаторных условиях либо на койках дневного стационара.

НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТИ-ТИРОКСОМ БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Хамраев Ш.Х., студент 712 группы пед. факультета, Ким О.В., Насруллаева Р.Т., резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. курсом - д.м.н., проф. Хамраев Х.Т.)

Научный руководитель: Бабаева Н.Л.

Распространенность патологии щитовидной железы в течение последнего десятилетия имеет выраженную тенденцию к дальнейшему росту. Этому способствует влияние неблагоприятных факторов внешней среды. Многочисленность органов и систем, реагирующих на тиреоидные гормоны, ставит проблемы тиреоидологии в сферу интересов многих медицинских дисциплин, а возрастающая частота заболеваний щитовидной железы среди населения, выводит эти проблемы на первый план современной эндокринологии. В настоящее время одной из самых важных проблем является выяснение патогенеза аутоиммунных заболеваний щитовидной железы, формирующих едва ли не самую распространенную группу тиреоидной патологии. **Цель работы:** Изучение роли Т- и В- лимфоцитов в крови и их субпопуляций в патогенезе диффузного токсического зоба (ДТЗ), а так же разработки иммунологических критериев активности заболевания и эффективности лечения анти-тироксом. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 23 больных с помощью набора тестов, выявляющих содержание Т- и В- лимфоцитов крови и отдельных их субпопуляций, а также Т- лимфоцитов кожи. **Результаты:** Нами было установлено, у больных в стадии обострения заболевания снижение содержания абсолютного числа Т- и В-лимфоцитов, а также субпопуляций активных Т-лимфоцитов. Внутрикожная проба с ФГА была резко повышенной ($p < 0,001$), а тормозящая способность Т-лимфоцитов дермы, стимулированных ФГА, была понижена. **Выводы:** Таким образом, при лечении анти-тироксом больных ДТЗ у 21 из 23 нам удалось достигнуть эутиреоидного состояния, которое выражалось ослаблением или полным исчезновением симптомов экзофтальма, улучшением показателей положения 131I щитовидной железой, нормализацией пробы на толерантность к глюкозе и т.п. У 21 больных в результате лечения содержание Т- и В- лимфоцитов крови и их субпопуляций нормализовались, показатели функциональной активности Т- лимфоцитов дермы кожи лишь улучшились.

СОДЕРЖАНИЕ БОЛЬШИХ ГРАНУЛОСОДЕРЖАЩИХ ЛИМФОЦИТОВ (БГЛ) КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ

Хамроев Ш., студент 615 группа леч. факультета, СамМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Абдиев К.М.

Зав. кафедры IV- терапии с курсом гематологии д.м.н, доц. Аралов Н.Р.

До 1992-года считалось, что хронический миелолейкозе редко встречается среди монголоидной расы. В последние годы отмечается рост хронического миелолейкоза среди населения республики Узбекистан (Мамадалиева Н.М, 2005) В связи с этим изучение различных сторон этого заболевания представляет значительный интерес. **Цель работы:** Подсчёт относительного и абсолютного количества больших гранулоцитарных лимфоцитов (БГЛ) в периферической крови у больных хроническим миелолейкозом в узбекской популяции. **Материал и методы исследования:** Исследовано относительное и абсолютное количество БГЛ в периферической крови у 28 больных хроническим миелолейкозом в различных стадиях заболевания и 20 здоровых доноров. Абсолютное количество БГЛ в л крови определили путём пересчёта общего количества лейкоцитов на процентное содержание БГЛ, подсчитываемых в мазках крови, окрашенных по Паппенгейму-Крюкову. Установлено, что абсолютное количество БГЛ в периферической крови у больных хроническим миелолейкозом значительно колеблется в зависимости от стадии заболевания, особенностей его течения, эффективности проводимой цитостатической терапии с гливеком. Наибольшее количество БГЛ отмечалось у больных в начальной стадии болезни, наименьшее - в терминальной стадии заболевания. **Результаты:** Особый интерес представлял изучение количества БГЛ у 10 ти больных хроническим миелолейкозом в сочетании с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которые не получали кортикостероидные препараты. В начальной стадии болезни количество БГЛ у больных достигало $1.0-1.8 \times 10^9$ клеток в 1 л крови. **Выводы:** Цитологический метод определения БГЛ в периферической крови при хроническом миелолейкозе может быть использован для дифференциальной диагностики и определения стадии заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА СУКРОФЕРА И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА

Хасанова М.И., Бердиярова М.Б., клинические ординаторы курса гематологии

Зав. кафедрой 4 терапии с курсом гематологии д.м.н., доц. Аралов Н.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Абдиев К.М.

Цель работы: изучить и оценить эффективность сочетанного использования человеческого рекомбинантного эритропоэтина (ЧРЭ) и препарата железа для парентерального применения сукрофера при лечении анемия хронического заболевания (АХЗ). **Материал и методы исследования:** Обследованы и проводилось лечение с использованием препаратов сукрофера и ЧРЭ у 30 больных (12 мужчин и 18 женщин) с различными хроническими заболеваниями (хронические гепатиты, цирроз печени -8, хронический гломерулонефрит -7, ишемическая болезнь сердца- 5, ревматоидный артрит-7, системная красная волчанка -3 больных) находившийся на стационарном лечении в Самаркандском областном многопрофильном медицинском центре. Контрольную группу составили 10 больных, которым проводилось стандартное лечение без применения сукрофера. У всех обследованных больных имелись анемический синдром различной степени тяжести и низкий уровень сывороточного железа. Содержание сывороточного железа составили в среднем 3.5-5.4 мкмол/л. В процессе лечения пациентам сначала вводили ЧРЭ в дозе 2000 ед п/к т.е. 150 ЕД/кг ежедневно или через день, спустя 25-30 минут вводили сукрофера 100 мг на 0.9%- 200 мл физиологическом растворе в/в после тест пробы в течение 5-10 дней в зависимости от тяжести анемий. 14 больным с уровнем гемоглобина 70- 84 г/л 5 инъекций ЧРЭ п/к через день и 5 вливание сукрофера на физиологическом растворе в/в, 16 больным с уровнем гемоглобина 48- 70 г/л, соответственно 10 инъекций ЧРЭ ежедневно и 10 вливание сукрофера. **Результаты:** Эффективность сочетанного использования препарата железа для парентерального введения -сукрофера и ЧРЭ оценивалась по следующим критериям: Повышения уровня гемоглобина на 16-20 г/л, от первоначального уровня наступало на 9-11-е сутки (у 20 больных-67%). Снижение выраженности признаков анемического синдрома наступило на 4-5-е сутки (у 23 больных-77%). Улучшение общего состояния пациента (у 22 больных- 73%), отсутствие потребности в проведение гемотрансфузии. После лечения у больных содержание сывороточного железа составили в среднем 7.0-10.8 мкмоль/л, т.е. значительное повышение по сравнению с исходным (у 24 больных-80%). **Выводы:** таким образом, сочетанное использование ЧРЭ и препарата железа для парентерального введения - сукрофера при лечении АХЗ повышает эффективность лечебных мероприятий по коррекции анемий и сокращает гемотрансфузионную нагрузку, а также обладает такими преимуществами как безопасность, сокращение сроков выздоровления.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ И ЕГО РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Хасанов Н.Н., студент 711 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)

Научный руководитель: ассистент Ашурова М.С.

Инфекция - одна из ключевых проблем в комбустиологии, в связи с тем, что бактериальная обсемененность наступает уже в первые часы после термической травмы, а условнопатогенная микрофлора обнаруживается на ожоговой поверхности в первые сутки после получения ожога. Инфекционные осложнения, угрожая жизни тяжелообожженных с первых часов травмы отягощают течение ожоговой болезни и в значительной мере влияют на исход заболевания. Пневмония и сепсис наряду с шоком являются главными причинами смерти тяжелообожженных. Очевиден факт роста агрессивности возбудителей по мере пребывания пациента в стационаре. Особую актуальность эта проблема приобретает в ожоговых стационарах, где сам механизм травмы предрасполагает к проведению нескольких и, далеко не всегда оказывающихся эффективными, курсов антибактериальной терапии. Наиболее ценными для каждого конкретного стационара являются именно локальные данные по микробиологическому пейзажу и антибиотикочувствительности. Стартовая антимикробная терапия носит эмпирический характер. Получение результатов микробиологического анализа дает начало направленной антибиотикотерапии. В связи с этим, оценка микробиологического пейзажа, определение ведущих патогенных микроорганизмов и анализ новых эпидемиологических тенденций являются основой рациональной антимикробной терапии в клинике термических поражений. **Цель работы:** определение основных возбудителей в этиологической структуре инфекций ожоговых ран и обоснование стартовой антибиотикотерапии ожоговых ран. **Материал и методы исследования:** в качестве объектов нами были использованы статистические показатели микробиологической лаборатории РФСНЦЭМП ожогового отделения 2010-2015 г.г. у 117 больных. Посев патологического материала проводился по традиционной методике. **Результаты:** Микробиологический мониторинг показал, что микробный пейзаж раневой микрофлоры пациентов с тяжелой термической травмой на протяжении последних 5 лет принципиально не изменился. По-прежнему ведущая роль в этиологической структуре госпитальной инфекции принадлежит стафилококкам, их удельный вес составляет около 46,3%; staphylococcus aureus 21,8%, staphylococcus epidermidis 15,7%, staphylococcus saprophytus 8,8%. Второе место удерживает синегнойная палочка, 29,6 прочие - 25,1%. Кроме количественного преобладания, лидеров ранней микрофлоры характеризует неуклонный рост их устойчивости к антибактериальным препаратам. Оптимальными химиотерапевтическими препаратами для лечения и профилактики ожоговой инфекции являются антибиотики. Учитывая преобладание обсемененности ожоговых ран грамм положительной микрофлорой препаратами выбора являются цефалоспорины первого и второго поколения, защищенные аминопенициллины. Препаратами для целенаправленной терапии являются защищенные карбооксипенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины третьего и четвертого поколений. **Выводы:** Микробиологический мониторинг является одним из важных факторов предупреждения и распространения устойчивости госпитальных штаммов к антимикробным препаратам. Данные локального анализа позволяют провести своевременную ротацию эмпирической антибактериальной терапии, а также назначить рациональное индивидуальное лечение с учетом природной и приобретенной резистентности микроорганизмом.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Хасанов О.Б., Хамидов О.А., Джумаева Ш.Д., СамМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахмедов Я.А.

Проведение ультразвукового исследования почек методом доплерографии почечных артерий необходимо для больных с повышенным артериальным давлением с целью выявления артериальной гипертензии. **Цель работы:** Изучить состояния почек и почечного кровотока у больных с артериальной гипертензией. **Материал и методы исследования:**

Доплерография проведена 40 пациентам с артериальной гипертензией, из них 32 женщины и 8 мужчин в возрасте от 40 до 68 лет. **Результаты:** У 18 больных систолическое артериальное давление равнялось в среднем $150 \pm 0,05$ мм рт.ст., диастолическое $-95 \pm 0,05$ мм рт.ст., у 22 больных, соответственно, в среднем $169 \pm 0,05$ и $105 \pm 0,05$ мм рт. Ст. На стороне, где выявлено расширение чашечно-лоханочной системы индекс резистентности на уровне почечной артерии составил 0,7-0,8; на уровне сегментарных артерий 0,66- 0,69; на уровне паренхимы 0,5-0,6. При повышении артериального давления определялось увеличение показателей скоростей кровотока, индекса резистентности и пульсации. Особенно трудным для диагностики является вторичное атеросклеротическое стенозирование почечных артерий на фоне длительно протекающей артериальной гипертензии. Наиболее часто причиной повышения артериального давления является ренопаренхиматозная артериальная гипертензия вследствие перенесенного острого или хронического гломерулонефрита или пиелонефрита. Анализ полученных данных показал, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих гипертоническую болезнь 9 пациентов (22,5 %) имели признаки хронической болезни почек. В единичных случаях причинами смешанной нефрогенной артериальной гипертензии были кистозные образования почек, опухоли почек, гидронефроз. **Выводы:** У всех больных с гипертонической болезнью есть высокий риск развития хронической процесс почек. Для выявления стенозирующих поражений почечных артерий наиболее информативны методом является сочетании ультразвуковое исследование почек с ультразвуковой доплерографией почечных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА СУКРОФЕРА И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА

Хасанова М.И., Бердиярова М.Б., клинические ординаторы курса гематологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Абдиев К.М.

Зав. кафедрой 4 терапии с курсом гематологии: д.м.н, доц. Аралов Н.Р.

Цель работы: изучить и оценить эффективность сочетанного использования человеческого рекомбинантного эритропоэтина (ЧРЭ) и препарата железа для парентерального применения сукрофера при лечении анемия хронического заболевания (АХЗ). **Материал и методы исследования:** Обследованы и проводилось лечение с использованием препаратов сукрофера и ЧРЭ у 30 больных (12 мужчин и 18 женщин) с различными хроническими заболеваниями (хронические гепатиты, цирроз печени -8, хронический гломерулонефрит -7, ишемическая болезнь сердца- 5, ревматоидный артрит-7, системная красная волчанка -3 больных) находившийся на стационарном лечении в Самаркандском областном многопрофильном медицинском центре. Контрольную группу составили 10 больных, которым проводилось стандартное лечение без применения сукрофера. У всех обследованных больных имелись анемический синдром различной степени тяжести и низкий уровень сывороточного железа. Содержание сывороточного железа составили в среднем 3,5-5,4 мкмол/л. В процессе лечения пациентам сначала вводили ЧРЭ в дозе 2000 ед п/к т.е. 150 ЕД/кг ежедневно или через день, спустя 25-30 минут вводили сукрофера 100 мг на 0,9%- 200 мл физиологическом растворе в/в после тест пробы в течение 5-10 дней в зависимости от тяжести анемий. 14 больным с уровнем гемоглобина 70- 84 г/л 5 инъекций ЧРЭ п/к через день и 5 вливание сукрофера на физиологическом растворе в/в, 16 больным с уровнем гемоглобина 48- 70 г/л, соответственно 10 инъекций ЧРЭ ежедневно и 10 вливание сукрофера. **Результаты:** Эффективность сочетанного использования препарата железа для парентерального введения -сукрофера и ЧРЭ оценивалась по следующим критериям: Повышения уровня гемоглобина на 16-20 г/л, от первоначального уровня наступало на 9-11-е сутки (у 20 больных-67%). Снижение выраженности признаков анемического синдрома наступило на 4-5-е сутки (у 23 больных-77%). Улучшение общего состояния пациента (у 22 больных- 73%), отсутствие потребности в проведение гемотрансфузии. После лечения у больных содержание сывороточного железа составили в среднем 7,0-10,8 мкмоль/л., т.е. значительное повышение по сравнению с исходным (у 24 больных-80%). **Выводы:** таким образом, сочетанное использование ЧРЭ и препарата железа для парентерального введения - сукрофера при лечении АХЗ повышает эффективность лечебных мероприятий по коррекции анемий и сокращает гемотрансфузионную нагрузку, а также обладает такими преимуществами как безопасность, сокращение сроков выздоровления.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Хаятов Р.Б., ассистент, Комилов Ж., студент 407 группы мед.пед.фак., Курбани Т.Р., студентка 417 группы пед. фак.
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии СамМИ (зав. каф. - доцент Велияева А.С.)

Научный руководитель: доцент Велияева А.С.

Множеством клинических исследований показано, что коморбидность хронического алкоголизма и генерализованных тревожных расстройств среди лиц, страдающих алкоголизмом гораздо выше, чем в популяции. Наиболее доказанной является теория о существовании «третьего фактора» (например, средового или генетического), лежащего в основе патогенеза обоих заболеваний. **Цель работы:** Изучение в сравнительном аспекте клинико- психологических и нейрофизиологических показателей генерализованных тревожных расстройств при алкоголизме. **Материал и методы исследования:** Амбулаторно, в условиях Самаркандского областного наркологического диспансера обследовано 30 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 27 до 40 лет. Они злоупотребляли алкоголем от 3 до 5 лет, в средней суточной дозе 400 мл. Больным проводили электро энцефалографию (ЭЭГ) на 19 канальном электроэнцефалографе "Нейроком" (Харьков), в режиме монополярных отведений; нейропсихологическое тестирование по шкале самооценки Спилбергера-Ханина; оценивание когнитивных функций по шкале MMSE. При оценке уровня тревожности по шкале самооценки Спилбергера-Ханина выявлены высокие показатели личностной тревожности - $51,8 \pm 0,7$ баллов, ситуационной тревожности - $50,6 \pm 0,6$ баллов. Оценивая состояние когнитивных функций с помощью шкалы MMSE, исходный суммарный балл составил $19,4 \pm 0,6$ балла. Электро-энцефалография характеризовалась умеренной дизритмией и дезорганизацией фонового ритма, с частотно- амплитудными показателями: α -ритм - снижение индекса выраженности - $24,2 \pm 1,0\%$, частота - $9,1 \pm 0,2$ Гц и амплитуда - $33,9 \pm 1,0$ мкВ; γ -ритм - возрастание амплитуды - $69,4 \pm 1,2$ мкВ и индекса выраженности - $51,8 \pm 1,1$ %, частота - $1,2 \pm 0,1$ Гц. **Результаты:** Можно установить следующую корреляционную взаимосвязь. Между показателями α -ритма на ЭЭГ (амплитуда, индекс выраженности) и средним баллом по шкале MMSE выявлен принцип прямой корреляции ($r = 0,19$), т.е. чем выше показатели α -ритма, тем выше средний балл по шкале MMSE. Между показателями α -ритма и показателями уровня личностной и ситуационной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина выявлен принцип обратной корреляции ($r = - 0,17$), т.е. чем выше показатель уровня тревожности, тем ниже показатель α - ритма. Также корреляционная

взаимосвязь установлена между показателями 8-ритма на ЭЭГ (индекс выраженности и амплитуда) и показателями уровня личностной и ситуационной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина - по принципу прямой корреляции ($r = 0,13$), со средним баллом по шкале MMSE- по принципу обратной корреляции ($r = - 0,2$). **Выводы:** Таким образом, генерализованные тревожные расстройства занимают немаловажное место в структуре алкогольной болезни и характеризуются снижением показателя индекса, частоты и амплитуды альфа ритма, а также возрастом амплитуды и индекса выраженности дельта ритма. Нейропсихологическое тестирование показало наличие высокого уровня как личностной так и ситуационной тревожности, со снижением когнитивных функций. Установленные показатели выше перечисленной корреляции могут быть использованы для определения степени выраженности генерализованных тревожных расстройств при алкоголизме и разработке терапевтической стратегии со своевременным назначением антидепрессантов для предупреждения прогрессирующего течения.

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АЛЬВЕОЛИТОМ

Холлиев Р.Х., ассистент, Рахмонова М., студентка 604 группы, Тургунов Б., студент 515 группы пед. фак. СамМИ
Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав. каф. – д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)
Научный руководитель: д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.

Цель работы. Проанализировать результаты иммунологического обследования больных экзогенным аллергическим альвеолитом и установить их значимость в комплексе диагностических мероприятий. **Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 60 больных экзогенным аллергическим альвеолитом, госпитализированных в пульмонологическое отделение Самаркандского медицинского объединения. Верификация диагноза проводилась в соответствии с международной классификацией ВОЗ (Х-пересмотр, МКБ-10 рубрика J67). Все больные ЭАА в зависимости от стадии были разделены на 3 группы: 1 группа – острая, 2 группа – подострая, 3 группа – хроническая стадия заболевания. Все клинические и биохимические лабораторные обследования проводены стандартизованными методами. Неспецифическое иммунологическое обследование включало определение общего пула Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов CD4⁺, Т-супрессоров CD8⁺ и NK-клеток CD16⁺ с помощью набора моноклональных антител. Основные классы иммуноглобулинов сыворотки крови IgA, IgG и IgM определяли методом Манчини. **Результаты.** В ходе исследований иммунного статуса больных ЭАА содержание субпопуляции клеток CD4⁺ в сравниваемых группах выявило некоторое повышение указанного показателя в острой стадии ЭАА до 36,4±0,42% (по сравнению с 34,9±0,22% в контроле, $p < 0,05$). При подостром и хроническом течении ЭАА отмечалось достоверное снижение пула CD4⁺ клеток. Анализ состава субпопуляций Т-лимфоцитов свидетельствует о том, что у больных ЭАА отмечался существенный дефицит пула Т-клеток супрессоров. Так, относительное количество CD8⁺ клеток в циркулирующей крови у пациентов с ЭАА составляло в среднем в 1 группе с 12,1±0,48, во 2 группе 11,9±0,32 и в 3 группе 12,4±0,46 при 20,2±1,16% в группе здоровых ($p < 0,05$). Исследование содержания ЕК, выявило выраженное повышение указанного показателя при хронической форме исследованной патологии до 13,9±0,61% (по сравнению с 8,9±0,74% в контроле, $P < 0,05$). Уровень В-лимфоцитов в группе больных с острым течением был несколько выше по сравнению с показателями групп больных с подострым хроническим течением, но достоверно не отличался от показателей группы контроля. При исследовании характера нарушений гуморального звена обнаружен дисбаланс отражающийся достоверно увеличенным содержанием IgG и IgM, и, напротив, сниженным IgA у больных с различным течением заболевания. Наиболее высокие уровни IgG и IgM и низкий уровень IgA зарегистрированы в группе больных с острым течением заболевания. **Выводы.** Таким образом, проведенные исследования показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных ЭАА свидетельствуют, что иммунологические изменения зависят от стадии течения заболевания и ведущая роль при этом принадлежит аллергическим реакциям 3-го и 4-го типов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Холмирзаева М.Н., студентка 504 группы леч. факультета ТМА
Кафедра нервных болезней (зав. каф. – д.м.н. Рахимбаева Г.С.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Атанязов М.К.

Цель работы. Применение гирудотерапии в профилактике ишемических инсультов у больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА). **Материал и методы исследования.** Нами обследовано 20 больных с транзиторной ишемической атакой в возрасте от 60 до 80 лет, поступивших на стационарное лечение в неврологическое отделение 1-клиники ТМА. Больные были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу были включены 12 больных с ТИА, которым на фоне базисной терапии (за исключением антикоагулянтов и антиагрегантов) была проведена гирудотерапия. Во вторую группу (группа сравнения) включены 8 больных с данной патологией, получавших только базисную терапию. Рандомизированные группы по определенной схеме наблюдали в течение 6 месяцев. Гирудотерапию мы проводили в три этапа: Первый этап (на 2-ой день болезни). Для больных с ТИА в каротидном или вертебробазиллярном бассейне использовали 7 пиявок на следующие точки: T(XIII)2, V(VII)27, V(VII)23, V(VII)60. Второй этап (на 5-ый день болезни). Для больных с ТИА в каротидном бассейне использовали 5 пиявок и воздействовали на точки: T(XIII)14, PC(BM)9, TR(X)18. Третий этап (на 8-ой день). Для больных с ТИА в каротидной системе использовали 6 пиявок симметрично и воздействовали на точки: V(VII)10, VB(XI)21, V(VII)41. Для больных с ТИА в вертебробазиллярном бассейне использовали 5 пиявок и воздействовали на точки: T(XIII)14, PC(BM)9, TR(X)18. **Результаты.** Таким образом, курс лечения больных с ТИА составил 18 пиявок, до 6-7 пиявок на один сеанс, при постановке через два дня на третий, на протяжении 10 дней. Анализ доплерографических результатов по ВСА у больных с ТИА в каротидном бассейне выявил достоверное снижение максимальной кровотока на 30,9%, диастолического - на 38,7% и средней скорости на - 36,9%. В ряде случаев при нарушении фазности кривой, наблюдалось увеличение резистивного и пульсативного индексов на 9,1% и 17,6% соответственно. У больных с ТИА в вертебробазиллярном бассейне (25,8%) среди двух групп зарегистрированы изменения со стороны позвоночных артерий с отклонениями в показателях доплерограммы: снижение систолической скорости кровотока на 31,5%, диастолической составляющей на 39,2% и средней скорости на 37,3%; также выявили увеличение индексов Пурцелота на 9,1% и пульсационного индекса на 16,3% соответственно. **Выводы.** Таким образом, анализ клинико-неврологических, лабораторных и инструментальных исследований показал, что гирудотерапия, являясь «фармакопунктурой» с направленным местным воздействием, оказывает положительное влияние на гемостатические процессы, микро- и макрогемодикуляцию, имеет ограниченные противопоказания и демонстрирует минимум побочных эффектов. Применение гирудотерапии обосновано и целесообразно в комплексном лечении больных с ТИА и способствует профилактике развития повторных острых сосудистых катастроф, что является целью лечения данной патологии.

**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ИЗМЕНЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
ДО И ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

Худойбердиев Д.К., Аметова А.С., Хамроева Н.У., СамМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахмедов Я.А.

Цель работы. Изучить возможности методов лучевой диагностики до и после эндопротезирования тазобедренного сустава. **Материал и методы исследования.** Анализированы результаты лучевых методов исследования: традиционная рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) 16 больных до и после эндопротезирования тазобедренных суставов. **Результаты.** Для анализа качества проведенного оперативного вмешательства – установки эндопротеза и выявления осложнений проводились лучевые методы исследования в разные сроки. На обычной рентгенограмме более отчетливо определялись изменения рентгеновской суставной щели, кистовидная перестройка, асептический некроз и костно-травматические изменения в тазобедренном суставе. Осложнения по срокам возникновения были разделены на три группы: 1 – интраоперационные; 2 – ранние послеоперационные (первые две недели); 3 – поздние послеоперационные (больше 2 недель). Нарушение соотношения компонентов эндопротеза установлено у 5 (31%) пациентов. Подвывих головки эндопротеза в 2-х (13%) случаях возник в результате неправильно установленного тазового компонента по отношению к крыше вертлужной впадины. Повторные поздние послеоперационные осложнения были выявлены у 2-х (13%) больных через месяц после эндопротезирования. **Выводы.** Обычный рентгенологический метод исследования тазобедренного сустава выявил характер патологического процесса и его стадию. Вместе с тем, традиционная рентгенография имеет свои ограничения и недостатки, связанные с низкой информативностью и сложностью интерпретации изображения костных структур вокруг эндопротеза, обусловленное проекционным искажением. Дополнительную информацию получали при использовании МСКТ, которая позволила уточнить характер патологического процесса и повреждения тазобедренного сустава, до и после эндопротезирования.

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ
ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ**

Худоеров И.Б., резидент магистратуры ТашПМИ

Кафедра клинической радиологии (зав. кафедрой – к.м.н., доцент Юсупалиева Г.А.)

Научный руководитель – д.м.н. Рашидов З.Р.

Цель работы: оценка значимости ультразвукового исследования (УЗИ) в определении поражения плевры у больных ВИЧ/ТБ. **Материал и методы исследования:** Обследовано 80 больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулезом. По половому составу больные не отличались, мужчин – 42 человек (52,5%), женщин – 38 человека (47,5%). Большинство больных были в возрасте от 30 до 39 лет. При поступлении всем больным проводилось традиционное обследование, включающее клинические, лучевые и лабораторные исследования. Всем больным проводилось традиционное рентгенологическое исследование (ТРИ), КТ и УЗИ по стандартной методике. Изменения в области плевры были выявлены у 61 больного. Для определения роли ультразвукового исследования при оценке плевральных изменений у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией проведена сравнительная оценка результатов различных методов лучевой диагностики. Из 61 больного с изменениями в плевре, выявленными при ультразвуковом исследовании при исследовании методом традиционной рентгенографии плевральные изменения были обнаружены только у 44 больных (72% – $p < 0,01$). **Результаты:** При сравнении результатов УЗИ и компьютерной томографии несовпадение результатов было минимальным. Выявление утолщений плевральных листков было выявлено у 31 больного как при УЗИ, так и при компьютерной томографии. Наличие плеврального выпота при КТ было установлено у 27 из 30 больных с жидкостью в плевре, выявленной при УЗИ. По данным компьютерной томографии, у этих больных было констатировано «утолщение листков плевры», что следует расценивать как ограничение возможностей метода КТ при выявлении небольших объемов жидкости (до 50 мл), что соответствует литературным данным, из которых следует что при эхографии (УЗИ) малые объемы и структура выпота лучше визуализируется. **Выводы:** Таким образом, исследование показало, что ультразвуковая диагностика по сравнению с ТРИ и КТ, является наиболее эффективным методом при выявлении изменений в плевре. УЗИ является самым доступным, безопасным и дешёвым методом лучевой диагностики поражения плевры. Это имеет особенное значение в случаях необходимости контроля за динамикой плевральных изменений, при неоднократной пункционной эвакуации экссудата.

**ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗВИТОСТЕЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЕЙ**

Худаярова С.М., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра неврологии (Зав. кафедрой – профессор Рахимбаева Г.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Рахматуллаева Г.К.

Цель работы: оценить особенности дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов у больных с краниоцервикалгией. **Материал и методы исследования:** анализ дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов у больных с краниоцервикалгией. **Результаты:** под нашим наблюдением находились 30 больных с болями в шее (17 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 17-42 лет (средний возраст $22,3 \pm 2,2$ года). Всем больным провели дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов. Показанием к проведению данного исследования явилось, наличие помимо краниоцервикалгии, головокружение, шаткость походки, шум в ушах, а также систолический шум при аускультации сосудов шеи. При этом, извитой ход сонных артерий было обнаружено в 43% наблюдений, и в 27% позвоночных артерий. Патологические извитости были представлены в виде кингкинга-27% или койлинга- 16%. Важным представляется тот факт, что частота выявления патологической извитости ВСА и ПА весьма высокой с учетом возраста больных. Раньше считали, что патологические деформации в основном имеют место у взрослых, занимаая второе место после атеросклероза сонных артерий. Однако, наши больные лица молодого возраста, без атеросклероза, но со структурными изменениями шейного отдела позвоночника, еще одна интересная деталь, по результатам ДС была выявлена, что среди пациентов с патологической деформацией сонных артерий и ПА, женщин было несколько больше (56,1%), чем мужчин (43,9%). **Выводы:** было показано, что патологические извитости ВСА и ПА являются распространенной патологией у больных с структурными изменениями шейного отдела позвоночника.

РОЛЬ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗВИТИИ
ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Худаярова С.М., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА
Кафедра неврологии (зав. кафедрой: профессор Рахимбаева Г.С.)
Научный руководитель: к.м.н. Рахматуллаева Г.К.

Цель работы: анализ роли врожденных аномалий сосудов головного мозга в развитии цефалгического синдрома.

Материал и методы исследования: анализ результатов клинично-неврологического, инструментального (МСКТ с ангиографией или МРТ с ангиорежимом, а также дуплексное сканирование) исследований 63 пациентов с патологическими деформациями брахиоцефальных сосудов. **Результаты:** под наблюдением находились 63 больных с различными деформациями сосудов головного мозга, в возрасте от 17-45 лет (средний возраст $22,3 \pm 2,5$ года). Так, деформации сосудов по типу кин-кинга и койлинга имели большую встречаемость у женщин-53%, по сравнению с мужчинами-47%, при этом, значительно больше во внутренней сонной артерии-72,3%, чем в позвоночных артериях-28,7%. Также было выявлено гипоплазия позвоночной артерии, и ее расслоение в 25,5% случаев, а у 13,5% пациентов гипоплазия задней соединительной артерии, что свидетельствовало о наследственной этиологии патологических извитостей. Патологические извитости были представлены в виде С-образных у 12% пациентов, S-образные-14% и петлеобразные-8% случаев. Чаще диагностировали патологическую извитость правой ВСА (42,3%) по сравнению левой (25,1%), в (32,6%) случаях была выявлена двухсторонняя извитость. Эти деформации проявлялись цефалгическим синдромом, который начинался с детства: 5-6 лет, не был связан ни с употреблением продуктов богатых тирамином, ни с месячными, а также не проходил, при менопаузе. У больных с частотой приступов цефалгического синдрома 3-4 раза в неделю развивалась картина сосудистой энцефалопатии. Таким образом, деформации сосудов головного мозга, протекают с изменением внеклеточного матрикса, которое уменьшает податливость и эластичность сосудистой стенки, приводя к различным вариантам неврологического дефицита, независимо от возраста пациента. **Выводы:** врожденные деформации сосудов головного мозга могут быть причиной не только цефалгического синдрома, но и виновником различной степени выраженности неврологического дефицита, в зависимости от за действенного сосудистого бассейна.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ИНДУЦИРУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Чусовитина П.Г., студентка 401 группы пед. факультета УМУ
Кафедра факультетской терапии (зав. каф. - д.м.н. Хромцова О.М.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Фоминых М.И.

Цель работы: оценить влияние различных факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений. **Ма-**

териал и методы исследования: исследование проводилось на базе МБУ Центральной городской больницы № 7. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 107 пациентов с ЖКК на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (истории болезни, операционный журнал) за 2015 год на базе МБУ ЦГБ № 7. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2007, применяя общепризнанные методы статистического оценивания. **Результаты:** по результатам исследования наибольшее количество пациентов (33%) относятся к молодому возрасту (до 44 лет по классификации ВОЗ), в то время как пациенты пожилого возраста (60-74 лет по классификации ВОЗ) составили всего 25,5%. В исследуемой группе пациентов желудочно-кишечные кровотечения чаще встречались у мужчин (65%), по сравнению с женщинами (35%). Наличие язвенной болезни в анамнезе было выявлено у 34,9% пациентов, гастрита у 8,5% пациентов, эрозий у 6,6% больных, наличия *Helicobacter pylori* диагностировано у 7,6% пациентов, а предшествующие эпизоды кровотечений в анамнезе присутствовали у 8,5% исследуемых. В 48% случаев по данным историй ЖКК было спровоцировано употреблением алкогольных напитков. Среди всех пациентов 17% являются активными курильщиками, не курят лишь 26,4% больных, у остальных пациентов (56,6%) по этому критерию данные неизвестны. В исследуемой группе НПВП длительно принимали 33% пациентов, ГК употребляли 5% больных. Из группы НПВП встречались такие препараты как: кетопрофен, нимесулид; из ГК пациенты принимали метилпреднизолон. По результатам исследования можно заметить, что все пациенты с ЖКК, имеющие в анамнезе употребление вышеперечисленных препаратов, имели возраст старше 45 лет (67%), из чего мы можем сделать вывод, что длительный прием НПВП и ГК действительно повышает риск возникновения ЖКК. В результате исследования было выявлено, что 26,4% пациентов были госпитализированы с перфоративной язвой, осложненной кровотечением. Среди них 46% составили мужчины молодого возраста, в анамнезе которых присутствовали язвенная болезнь и гастрит, ассоциированные в некоторых случаях с *Helicobacter pylori*. В связи с тем, что перфорации в этой категории встречались в каждом втором случае, мы отметили необходимость выделения данных пациентов в особую группу. **Выводы:** ЖКК чаще встречалось у пациентов молодого возраста, причем у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Наличие язвенной болезни в анамнезе является самым распространенным предрасполагающим фактором развития ЖКК. Каждый второй случай ЖКК был спровоцирован приемом алкоголя. Возникновение ЖКК у 49% пациентов старше 45 лет индуцировано регулярным употреблением НПВС и ГК. Сформирована группа риска развития перфорации среди мужчин младше 44 лет, в анамнезе которых язвенная болезнь, гастрит и *Helicobacter pylori*. Частота встречаемости перфоративных язв, осложненных кровотечениями, составила 46% в данной возрастной группе.

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ

Шакирова Ш.А., студентка 206 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра общественного здравоохранения и общей гигиены (зав. кафедры - д.ф. Аминов З.З.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Раззоков О.Н.

Цель работы: Одним из главных направлений молодежной политики в Узбекистане обозначено формирование отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, пропаганда ответственного отношения к своему здоровью. Исходя из этого, нами поставлена цель изучить закономерности и тенденции отношения к здоровью, здоровому образу жизни в молодежной среде и попытка создания модели формирования здорового образа жизни у этой категории людей. **Материал и методы исследования:** Выборочное статистическое исследование проведено в группе из 60 молодежи в возрасте от 14 до 18 лет. Подростки в качестве объекта исследования выбраны не случайно. Во-первых, именно в этом периоде формируются основные привычки и собственно образ жизни. Во-вторых, если плохие привычки уже сформированы, то они еще неустойчивы и их можно изменить. В-третьих, эта категория молодежи более чувствительна к изменению цен на продукты и услуги, т.е. многие меры государственной политики будут особенно эффектив-

ными. В-четвёртых, это будущая рабочая сила страны и с экономической точки зрения, инвестиции в области здоровья этой категории населения является наиболее эффективным. Исходя из этого нами было проведено анкетирование молодежи, с целью уточнения вопросов, касающихся особенности понимания сущности здорового образа жизни и его структурных причин. **Результаты:** В результате было выявлено, что из общепринятых компонентов здорового образа жизни (режим труда и отдыха, организация сна, режим питания, организация двигательной активности, выполнения требований санитарии и гигиены, закаливания, профилактика вредных привычек, психофизическая регуляция организма) подростками осознаются только некоторые, в следующей процентном отношении: оптимальный двигательный режим – 47,8%; отсутствие вредных привычек – 87,0 %; рациональное питание – 34,6%; рациональный режим жизни – 58,4%; психофизиологическая регуляция – 42,7%; около одной пятой части респондентов не могли чётко определить свое понимание здорового образа жизни. Практически у многих подростков нет чётких долгосрочных планов рационального режима жизни. Всего 61,8% опрошенных указали на ведение здорового образа жизни, тогда как 14% отрицательно охарактеризовали свой образ жизни, 24,2% опрошенных затруднялись оценивать свой образ жизни. **Выводы:** Исходя из этого, можно характеризовать жизнедеятельность подростков, как I. Неупорядоченность и хаотичность её организации, т.е. отсутствие планирования режима дня, несвоевременный приём пищи, систематическое недосыпание, недостаточное пребывание на свежем воздухе, несвоевременное выполнение самостоятельной учебной работы, недостаточное двигательной активности и т.п.; II. Отрицательное влияние окружающей среды, т.е. сложность адаптации к выбору профессии, нервно-психическая неустойчивость на информационной перегрузки, чрезмерное шумовое воздействие городской среды. Полученные данные показывают: 1. Дают представление о понимании сущности здорового образа жизни подростками. 2. Являются важной информацией для лиц призванных его формировать. 3. Показывают явных недостатков осуществляемой пропаганды самого здорового образа жизни среди подростков в практическом плане.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗА

Шилов Б.Ф., студент 305 группы факультета мед. пед., Бахритдинов Б.Р., студент 516 группы леч. фак.,
Саноев М.М., резидент магистратуры медицинской радиологии СамМИ
Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии (зав. каф. - доц. Мустафакулов Э.Б.)
Научный руководитель: доц. Мардыева Г.М.

Цель работы: улучшить диагностику больных гидронефрозом путем сравнения лучевых методов исследования. В работе с современных позиций определили диагностическую значимость традиционных и возможности современных методов исследования, а также проведен сравнительный анализ используемых методов исследования в диагностике гидронефроза. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ результатов обследования 54 пациентов с гидронефрозом (мужчин - 50, женщин - 24). Пациенты в возрасте старше 60 лет составили 50% обследованных, до 30 лет – 23%, 31-40 лет – 15%, 41-50 лет – 7%, 51-60 лет – 5%. Больные проходили обследование в клинике СамМИ, филиале РНЦЭМП города Самарканда, СП ООО БИОНУР Мед Сервис и областном детском многопрофильном медицинском центре. Проведен анализ информативности магнитно-резонансной томографии (МРТ), мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в сравнении с традиционными лучевыми (экскреторная урография) и ультразвуковыми (УЗИ, УЗДГ) методами исследования при диагностике гидронефроза. **Результаты:** Главной целью применения визуализирующих исследований было выявление клинических признаков гидронефроза. При оценке результатов визуализирующих исследований, прежде всего, обращали внимание на наличие или отсутствие дилатации чашечно-лоханочной системы, стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента, а также наличие добавочного нижне-сегментарного сосуда. У значительной части больных гидронефрозом и стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента УЗИ (67%) и экскреторная урография (62%) не позволяют получить необходимую информацию о состоянии мочеточника. В выявлении дилатации чашечно-лоханочной системы применение МСКТ и МРТ позволяет получить необходимое изображение верхних мочевыводящих путей при гидронефрозе, в ряде случаев, без контрастирования. Истинно-положительные результаты при этих исследования были получены в 94% и 92% соответственно. МРТ и МСКТ почек и мочевых путей не инвазивны и с большей достоверностью позволяют судить о состоянии верхних мочевыводящих путей и мочеточника. При подозрении на стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, у некоторых больных применяя как традиционные, так и современные методы исследования, удается доказать отсутствие стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента и сохранение его функции. МСКТ почек и мочевых путей с большей достоверностью позволяют судить о состоянии верхних мочевыводящих путей и мочеточника и позволяют в большем проценте случаев выявлять стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента (94%). У значительной части больных в выявлении нижнесегментарного сосуда приоритетным методом является МРТ (75%), и наиболее информативными диагностическими тестами считаются МСКТ с трехмерной реконструкцией изображения (63%), а затем УЗДГ (26%). Ультразвуковое исследование в серошкальном режиме имеет ограничения в возможностях выявления нижнесегментарного сосуда. **Выводы:** УЗИ почек позволяет с высокой точностью диагностировать дилатацию чашечно-лоханочной системы, однако не информативно при выявлении нижнесегментарных сосудов и стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента. При диагностике дилатации чашечно-лоханочной системы, стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнесегментарных сосудов наиболее информативными диагностическими исследованиями являются МСКТ с трехмерной реконструкцией изображения, МРТ и УЗДГ.

РОЛЬ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ INF- γ и IL-6 В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Шодиева Г.Р., ассистент, Равшанов Б., студент 508 группы, Примов Б., студент 607 группы пед. факультета, СамМИ
Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии (зав.каф. – д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.)
Научный руководитель: д.м.н. Зиядуллаев Ш.Х.

Цель работы. Установить патогенетическую информативность степени продукции конкурирующих цитокинов сыворотки крови INF- γ и IL-6 у больных бронхиальной астмой. **Материал и методы исследования.** Нами изучены особенности уровня продукции цитокинов INF- γ и IL-6 иммунной системы в сыворотке периферической крови у больных бронхиальной астмой. Обследовано 80 больных, страдающих бронхиальной астмой. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Больные бронхиальной астмой распределялись по группам согласно международной классификации ВОЗ (X-пересмотр, МКБ-10) и в соответствии с диагностическими критериями (GINA). Определение уровня INF- γ и IL-

б в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для ИФА «ИФА-IFN- γ - ИЛ-6» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). **Результаты.** Проведенные исследования показали, что у больных бронхиальной астмой наблюдается повышение уровня ИЛ-6 в сыворотке крови, составляя в среднем $24,04 \pm 3,8$ пг/мл при $8,65 \pm 3,6$ пг/мл в группе здоровых. Анализ параметров интерферонового статуса у исследуемых больных бронхиальной астмой обнаружил низкую продукцию IFN- γ иммунокомпетентными клетками составляя $7,9 \pm 0,5$ пг/мл против $13,9 \pm 1,0$ пг/мл в контрольной группе ($p < 0,05$). Для уточнения связи и характера продукции ИЛ-6 и IFN- γ при изучаемой патологии с клинико-патогенетическими формами заболевания мы провели сопоставительный анализ. Выявлено, что у больных, страдающих бронхиальной астмой с преимущественно инфекционными механизмами заболевания имеется тенденция к повышению уровня ИЛ-6 в периферической крови, что отражает выраженность глубины воспаления в этой группе пациентов. У больных с аллергическими механизмами заболевания, наоборот, отмечается некоторое снижение уровня продукции ИЛ-6, что имеет важное патофизиологическое значение в патогенезе развития БА. Наиболее низкий уровень продукции IFN- γ зарегистрирован в группе больных БА с атопической клинико-патогенетической формой заболевания. Продукция IFN- γ иммунокомпетентными клетками при смешанной и инфекционно-зависимой формах БА находилась на одинаково низком уровне достоверно отличаясь от группы практически здоровых. Для уточнения связи и характера уровня продукции IFN- γ и ИЛ-6 в сыворотке периферической крови мы провели корреляционный анализ исследованного спектра цитокинов. При корреляционном анализе результатов исследования было выяснено, что показатели концентрации IFN- γ и ИЛ-6 в общей группе больных БА коррелируют отрицательно ($r = -0,28$; $p < 0,05$). В то же время в группе больных с атопической формой БА данные показатели находились в более выраженной ($r = -0,39$; $p < 0,02$) отрицательной корреляции. Обнаружена резко положительная корреляция ($r = 0,67$; $p < 0,01$) в группе больных со смешанной формой БА. **Выводы:** Таким образом, в наших исследованиях выделение клинико-патогенетических групп подтверждается уровнем и спектром регулирующих цитокинов и направленностью иммунного ответа, а именно, у группы с преимущественно инфекционными механизмами превалирует Th1 тип иммунного ответа над Th2, у пациентов атопиков достоверно преобладает Th2 звено, а у пациентов со смешанным генезом заболевания иммунный ответ развивается по смешанному Th1/Th2-типу.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шоалимова З.М, Надирова Ю.И, Бобошарипов Ф.Г., ТМА

Цель работы: изучить влияние шестимесячной терапии Карведилолом на функциональную активность тромбоцитов у больных Стабильной Стенокардией осложненной ХСН II-III ФК. **Материал и методы исследования:** Нами были обследованы 47 больных с СС, мужчины в возрасте от 45 до 65 лет. Все больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1 группа составили 23 больных, получающие базисную терапию (ингибиторы АПФ, нитраты, аспирин, при необходимости петлевые диуретики), 2-ую группу составили 24 больных, получающих на фоне базисной терапии кардиоселективный БАБ – Карведилол. Титрование дозы БАБ проводили с 3,25 до 50 мг/сут целевой дозы для атенолола. Анализ показателей функциональной активности тромбоцитов выявил, что после подбора стандартной терапии показатели A_{max} у больных ХСН ФК II и ФК III составил при концентрации индуктора 0,5 мкмоль 0,7 и 0,71 см соответственно. При дозе АДФ 5 мкмоль эти параметры составили 1,17 и 1,3 см соответственно. Через 6 месяцев терапии карведилолом у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 отмечалось снижение A_{max} на 16 и 5,5% соответственно. Снижение данного параметра при дозе АДФ 5 ммоль составило у больных ФК II 55% и у больных ФК III 47% ($P < 0,001$). Показатель V_{agr} у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 после подбора стандартной терапии составил 0,63 и 0,64 см/сек (Рис.2). При дозе индуктора 5 ммоль этот параметр составлял 0,9 и 1,15 см/сек. Через 6 месяцев приема карведилола на фоне стандартной терапии наблюдалось снижение V_{agr} при дозе АДФ 0,5 ммоль у больных ХСН ФК II на 14,5% ($P < 0,02$) и у больных ХСН ФК III на 9,4% ($P < 0,05$). Снижение скорости агрегации тромбоцитов при дозе индуктора 5 ммоль составил у больных ФК II 33% и у больных с ФК III 28% соответственно ($P < 0,001$). У больных с ХСН ФК II и ФК III после подбора стандартной терапии агрегационная активность тромбоцитов появлялась при дозе АДФ 3,7 и 3,9 ммоль. Через 6 месяцев терапии карведилолом отмечалось улучшение показателей агрегационной активности тромбоцитов как у больных с ХСН ФК II, так и ФК III, характеризующиеся увеличением концентрации АДФ, которая вызывает необратимую агрегацию тромбоцитов составляя 21,8 и 21,8% ниже исходного уровня ($P < 0,001$), что согласуется с данными литературы и возможно обусловлено улучшением функции эндотелия за счет антиоксидантных свойств карведилола. **Заключения:** Таким образом, анализ результатов 6 месячного наблюдения больных ХСН показал, что у больных ФК II и ФК III принимавших карведилол отмечается улучшение функциональной активности тромбоцитов, характеризующиеся уменьшением максимальной амплитуды и скорости агрегации тромбоцитов, улучшением агрегационной активности тромбоцитов.

ПРИМЕНЕНИЕ БИСОПРОЛОЛА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ИБС

Штрауб Т.О., Белякова Н.Н., Байгожин Д.М., студенты 740 группы факультета терапии КГМУ

Кафедра внутренние болезни № 1 (зав. каф. - д.м.н. Д.Ж. Тайжанова)

Научный руководитель: к.м.н. Тауешева З.Б., Гусейнова З.К.

Бета-адреноблокаторы (БАБ) более полувека с успехом применяются в кардиологической практике для лечения различных патологий сердечно-сосудистой системы. **Цель работы:** Оценить эффективность лечения бисопрололом больных с ишемической болезнью сердца. **Материал и методы исследования:** Исследовано 60 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-IIIФК – 40 мужчин (75 %) и 20 женщин (15 %). Средний возраст составил $49,5 \pm 7,36$ лет. Критериями включения в исследование являлись: наличие у больных ИБС: стабильной стенокардии напряжения II-III ФК; характерный болевой синдром, данные тредмил-теста – депрессия сегмента ST > 1 мм, продолжительностью более 0,08 сек. Все пациенты получали лечение: аспирин, симвастатин, бисопролол в дозе $7,5 \pm 2,5$ мг 2 раза в день в течение восьми недель, нитроглицерин сублингвально по требованию. **Результаты:** У всех обследованных больных на фоне приема бисопролола была достигнута положительная клиническая динамика, что проявлялось достоверным уменьшением частоты ангинозных приступов (на 42,6%), потребности в приеме нитроглицерина (на 66,7 %), результатами тредмил-теста (увеличение толерантности к физической нагрузке на 23,4%). После восьми недель лечения бисопрололом у 15 больных ИБС уровень переносимой нагрузки увеличился до 7,0 МЕТ и более; также на 27 % ($p < 0,001$) уменьшилось количество больных, выполняющих физическую нагрузку, соответствующую III ФК стенокардии (с 37 до 20 человек). Уже через 4 недели лечения в группе, принимавшей бисопролол (20 мг/сутки), число эпизодов ишемии миокарда снизилось (с $9,1 \pm 0,6$ до

3,0±0,4); общая продолжительность ишемии миокарда уменьшилась (с 85,3±10,1 до 31,2±5,5 минут), достоверно снизилось и число ишемических атак в утренние часы. **Выводы:** Таким образом бисопролол уменьшает суммарную ишемическую нагрузку и улучшает прогноз у пациентов с ИБС и со стабильной стенокардией напряжения.

ПРИМЕНЕНИЕ БИСОПРОЛОЛА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Штрауб Т., Дробкова А., интерны 7 курса КГМУ

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. каф. - д.м.н., профессор Д.Ж. Тайжанова)

Научные руководители к.м.н., доцент З. К. Гусейнова, к.м.н., асс. З.Б. Тауешева

Цель работы: Оценить эффективность лечения бисопрололом больных с ишемической болезнью сердца. **Материал и методы исследования:** Исследовано 60 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК – 40 мужчин (75 %) и 20 женщин (15 %). Средний возраст составил 49,5 ± 7,36 лет. Критериями включения в исследование являлись: наличие у больных ИБС: стабильной стенокардии напряжения II-III ФК; характерный болевой синдром, данные тредмил-теста – депрессия сегмента ST > 1 мм, продолжительностью более 0,08 сек. Все пациенты получали лечение: аспирин, симвастатин, бисопролол в дозе 7,5 ± 2,5 мг 2 раза в день в течение восьми недель, нитроглицерин сублингвально по требованию. Прием других классов антиангинальных препаратов исключался. Контроль качества проводимой терапии осуществляли на основании анализа клинической симптоматики: регресс болевого синдрома, уменьшение потребности в нитроглицерине, изменение толерантности к физической нагрузке. В исследование были включены 10 практически здоровых лиц мужского пола в возрасте 42,5 - 6,4 лет, которые составили контрольную группу. **Результаты:** У всех обследованных больных на фоне приема бисопролола была достигнута положительная клиническая динамика, что проявлялось достоверным уменьшением частоты ангинозных приступов у 42,6 % пациентов, потребности в приеме нитроглицерина у 66,7 % пациентов, результатами тредмил-теста (увеличение толерантности к физической нагрузке на 23,4 %). После восьми недель лечения бисопрололом у 15 больных ИБС уровень переносимой нагрузки увеличился до 7,0 МЕТ и более; также на 27 % (p < 0,001) уменьшилось количество больных, выполняющих физическую нагрузку, соответствующую III ФК стенокардии (с 37 до 20 человек). Уже через 4 недели лечения в группе, принимавшей бисопролол (20 мг/сутки), число эпизодов ишемии миокарда снизилось (с 9,1±0,6 до 3,0±0,4); общая продолжительность ишемии миокарда уменьшилась (с 85,3±10,1 до 31,2±5,5 минут), достоверно снизилось и число ишемических атак в утренние часы. Пациенты, у которых в результате лечения устранялась транзиторная ишемия миокарда, имели более низкий риск смерти по сравнению с больными, у которых сохранялись частые ишемические эпизоды. Результаты показали, уменьшение суммарной ишемической нагрузки и улучшение прогноза у пациентов с ИБС и со стабильной стенокардией напряжения при лечении бисопрололом. **Выводы:** Таким образом, на основании представленных данных, можно сделать вывод о том, что применение бисопролола при ишемической болезни сердца (ИБС) уменьшает число ангинозных приступов, снижает уровень артериального давления, тем самым уменьшает потребность миокарда в кислороде, улучшая прогноз пациентов со стабильной стенокардией.

ВЛИЯНИЕ ФАКОВИТА НА СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шумко Г.И.

Кафедра внутренней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней (зав. кафедрой - д.мед.н., проф. Хухлина О.С.) БГМУ

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Хухлина О.С.

Цель работы: оценить влияние факовита на состояние окислительной модификации белков и глутатионовую систему защиты у больных бронхиальной астмой (БА). **Материал и методы исследования:** Обследовано 76 больных бронхиальной астмой, в том числе 36 лиц с интермиттирующим течением и 40 лиц с персистирующим легким течением. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц. Содержание в крови восстановленного глутатиона (ВГ) исследовали методом О.В. Травиной в модификации И.Ф. Мещишена, И.В. Петровой, активность ферментов плазмы крови исследовали по следующим методикам: глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГП) и глутатион-S-трансферазы (ГТ) – по И.Ф. Мещишену. Степень окислительной модификации белков оценивали по уровню альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов нейтрального характера (АКДНФГ НХ) (E₃₇₀, нм), а также альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов основного характера (АКДНФГ ОХ) (E₄₃₀, нм) в плазме крови методом О.Е. Дубининой в модификации И.Ф. Мещишена. **Результаты:** Установлено, что у всех обследованных больных БА показатели содержания продуктов ОМБ в плазме крови значительно превышают показатели практически здоровых лиц (p < 0,001). На фоне активации процессов ОМБ нами выявлены существенные нарушения функционирования антиоксидантных систем защиты, а именно системы глутатиона, у всех обследованных больных, что выражалось в снижении содержания в крови ВГ (p < 0,001). Установлено повышение активности отдельных глутатионзависимых ферментов у обследованных больных. Применение на фоне базисной терапии антиоксиданта факовита способствовало уменьшению интенсивности процессов ОМБ, улучшению баланса в антиоксидантной защите, поскольку фармакологическая активность факовита обусловлена его антиоксидантными свойствами и нормализующим влиянием на глутатион- и пиридоксальзависимые процессы в организме. В результате предложенного лечения больным интермиттирующей БА удалось значительно контролировать пероксидацию. Уровень АКДНФГ ОХ и ВГ, активность ГП, ГР достоверно не отличались от нормальных величин после проведенного лечения факовитом. Эффективность факовита в лечении больных персистирующей легкой БА была несколько ниже, так как патологический процесс в данном случае персистирует, а организм находится в состоянии напряжения адаптивных возможностей. Исследуемые показатели достоверно позитивно изменились в процессе лечения, но большинство из них не нормализовались, так как изначально они были значительно изменены. Нужно отметить, что применение факовита на фоне базисной терапии было значительно эффективнее по сравнению с применением только базисной терапии у данных больных. **Выводы:** Таким образом Факовит целесообразно использовать как антиоксидант в комплексном лечении больных бронхиальной астмой, поскольку он снижает процессы окислительной модификации белков, повышает уровень восстановленного глутатиона, балансирует глутатионзависимые ферменты.

СОСТОЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Шумко Г.И.

Кафедра внутренней медицины, клинической фармакологии (зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Хухлина О.С.) БГМУ

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Хухлина О.С.

Цель работы: оценить состояние отдельных цитокинов у больных бронхиальной астмой (БА), а также изучить возможность применения лазеротерапии и факовита с целью коррекции выявленных нарушений. **Материал и методы исследования:** Обследовано 56 больных бронхиальной астмой, в том числе 26 лиц с интермиттирующим течением (I группа) и 30 лиц с персистирующим легким течением (II группа). Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц. Для изучения изменений провоспалительного потенциала цитокинов у больных исследовали концентрацию в плазме крови интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) с помощью набора реагентов “ProCon IL-1 β ” ТзОВ “Протеиновый контур” и фактора некроза опухолей- α (ФНО- α) с помощью набора реагентов альфа-ФНО-ИФА-Бест ЗАО “Вектор-Бест” методом иммуноферментного анализа. Уровень общего иммуноглобулина E (Ig E) исследовали с помощью набора реагентов ТзОВ “Хема-Медика”, методом иммуноферментного анализа. В зависимости от проведенной терапии больные были разделены на подгруппы: 1 подгруппа – больные, которые принимали базисную терапию (БТ); 2 подгруппа – больные, которые на фоне БТ принимали лазеротерапию (ЛТ); 3 подгруппа – больные, которые на фоне БТ принимали ЛТ и факовит (Ф); 4 подгруппа – больные, которые на фоне БТ принимали Ф. **Результаты:** Установлено значительные отклонения от нормы исследуемых показателей у больных БА. Так, содержание ИЛ-1 β у I та II группах больных увеличивалось по сравнению с практически здоровыми лицами соответственно в 1,9 и 2,7 раза ($p < 0,01$). У больных I группы ФНО- α был в 2,6 раза, а у больных II группы в 4,4 раза больше по сравнению с практически здоровыми лицами ($p < 0,001$). Значительно повышением был уровень Ig E у всех групп обследованных. В I и II группах больных Ig E плазмы крови был выше соответственно в 2,9 и 4,6 раза ($p < 0,001$) по сравнению с практически здоровыми лицами. Наилучший лечебный эффект наблюдался в 3 подгруппе больных, которым на фоне БТ проводилась ЛТ и применялся Ф. Так, в I группе больных отмечалось снижение уровня ИЛ-1 β на 46,52% ($p < 0,001$), а в II группе – на 45,72% ($p < 0,01$). В результате проведенного лечения уровень ФНО- α и Ig E достоверно не отличались от нормальных показателей только в I группе больных, хотя в II группе было достоверное снижение этих показателей ($p < 0,01$). При БА происходит активация системы цитокинов и цитокин-опосредованная гиперпродукция Ig E. Наиболее значительные изменения показателей выявлены у больных персистирующей БА. Поэтому, целесообразно будет как можно раньше, провести коррекцию выявленных изменений с целью не допустить прогрессирования патологического процесса, что подтверждается результатами проведенного лечения обследованных больных. **Выводы:** Таким образом у больных бронхиальной астмой отмечается достоверное повышение интерлейкина-1 β , фактора некроза опухолей- α и общего иммуноглобулина E. 2. Наилучший результат лечения наблюдался при одновременном назначении лазеротерапии и факовита на фоне базисного лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шынарбек Ж.Е., Нуржанов А.Б., Омарханов Ж.С., Рахимгулов К.К., Сейил Б.С.
студенты 4-003 группы КГМУ, Казахстан

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. каф. – д.м.н., профессор Тайжанова Д.Ж.)
Научный руководитель – к.м.н. Бейсенбекова Ж.А.

Цель работы: Оценка проявлений хронического кардиоренального синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью на основании клинико-лабораторных показателей. **Материал и методы исследования:** Изучены истории болезни 19 пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью II-IV функциональных классов (ФК), которые находились на стационарном лечении в условиях кардиологического отделения ГБ №1. Из них 7 (36,8%) мужчин и 12 (63,1%) женщин. Средний возраст больных составил (61,4 \pm 3,2) года. Средняя длительность верифицированного заболевания была (9,8 \pm 1,2) года. У всех пациентов на фоне хронической сердечной недостаточности диагностированы проявления кардиоренального синдрома. Для этого отобраны пациенты с «изолированной» ХСН с ФВ < 40%. У всех пациентов оценивали показатели биохимического анализа крови (креатинина и мочевины), показатели СКФ по данным пробы Реберга и оценивали показатели общего анализа мочи. Для оценки СКФ использовали расчетные методы оценки СКФ. Формулы для расчета СКФ учитывают различные влияния на продукцию креатинина, они просты в применении: их значения достаточно точно совпадают со значениями эталонных методов оценки СКФ. **Результаты:** Все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от стадии ХСН: 1-ю группу составляли 8 (42,1%) пациентов с ФК II, во 2-ю группу 9 (47,4%) пациентов с ФК III и 3-ю группу 2 пациента (10,5%) с ФК IV. По данным биохимического анализа крови показатели креатинина у 16 (84,2%) пациентов были выше нормы (в среднем 123 \pm 15,9) и 11 (57,9%) пациентов показатели уровня мочевины были повышены (в среднем 12 \pm 3,45). Средний уровень СКФ у пациентов с ХСН составила 65,8 \pm 11,6 мл/мин. Показатели уровня креатинина у больных в 1-ой группе в среднем составило – 118,2 мкмоль/л, во 2-ой группе 107,7 мкмоль/л и в 3-ой группе 115,1 мкмоль/л. По оценкам уровня мочевины среднее значение в 1-ой группе в пределах – 7,02 ммоль/л, во 2-ой группе – 9,3 ммоль/л и в 3-ой группе 12,9 ммоль/л. Среди женщин показатели креатинина в среднем составляло – 113,72 мкмоль/л, а среди мужчин в среднем в пределах – 109,75 мкмоль/л. Показатели уровня мочевины среди женщин в среднем – 9,32 ммоль/л и среди мужчин в среднем – 11,5 ммоль/л. По данным возрастных особенностей среди пациентов в возрасте от 50 до 59 лет показатели креатинина в среднем была в пределах – 118,2 мкмоль/л и мочевины – 8,02 ммоль/л. У пациентов в возрасте от 60 до 69 лет среднее значение креатинина составило в пределах – 107,7 мкмоль/л и мочевины в пределах – 9,6 ммоль/л. Среди пациентов старшего возраста, т.е. в возрасте от 70 до 79 лет показатели уровня креатинина в среднем составило в пределах – 115,9 мкмоль/л и уровень мочевины в среднем в пределах – 10,7 ммоль/л. По результатам оценки общего анализа мочи незначительная протеинурия выявлена у всех пациентов с ФК III-IV. При этом протеинурия выявлена у всех пациентов старше 65 лет. **Выводы:** маркером кардиоренального синдрома у больных с ХСН является наличие дисфункции почек, основными проявлениями которой служит снижение СКФ и экскреция белка с мочой. Развитие хронического кардиоренального синдрома у больных с ХСН является ключевым фактором к развитию задержки жидкости и декомпенсации ХСН. У больных с ХСН проводимая терапия должна быть направлена не только на лечение проявлений ХСН, но и должна иметь нефропротективный характер для увеличения продолжительности и качества жизни больных.

ПСИХОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Эргашева Д., студентка 414 гр. леч. факультета СамМИ

Кафедра внутренних болезней № 3 и эндокринологии (зав. каф. - доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: асс Эргашова М.М.

Цель работы: Целью нашего исследования является изучение клинической эффективности медикаментозных методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом (РА). **Материал и методы исследования:** Обследовано 38 больных: 26 (67,5%) женщин, 12 (32,5%) мужчин в возрасте 16-55 лет. При исследовании невротического состояния у 25 (65,6%) пациентов РА были выявлены невротические нарушения (НН): у 9 (22,6%) слабой, у 12 (31%) средней и у 4 (12%) выраженной степени НН. При НН легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии и лечебной физкультуры, средней степени - седативными средствами (адаптол, седавит, натуросед, настойка пиона), выраженной степени антидепрессантами и транквилизаторами. Курс лечения зависел от степени НН (10-21 дней). **Результаты:** Присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов в первую очередь, способствовало быстрому снижению невротических напряжений и улучшению общего состояния больных, что создаёт благоприятный психоэмоциональный фон для продолжения дальнейшего лечения. Методы ПТЛ оказывают болеутоляющее и седативное действие, способствуют усилению анальгетического эффекта НПВП. Поэтому при их назначении достоверное улучшение ряда показателей суставного синдрома, особенно ощутима динамика снижения боли и улучшения общего состояния больных по ВАШ. Применение ПТЛ уменьшает клинику ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности на ГКС. ПТЛ безопасно в отношении развития нежелательных явлений. ПТЛ также обладает миорелаксирующим действием и улучшает двигательную активность, что открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов. После курса лечения из всех больных с НН у 13 (52,5%) наблюдалась полная, у 9 (36,5%) - значительная редукция симптоматики. У 3 (10,5%) больных не улучшилась симптоматика НН. После курса психотерапевтического лечения у 3 (11,5%) больных результат был оценен как неудовлетворительный, у 7 (26,2%) - удовлетворительный и 15 (62,3%) положительный. **Выводы:** Таким образом, присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов улучшает течение суставного синдрома, снижает боль, уменьшает симптоматику психогенных реакций на препараты. Это способствует значительному улучшению общего состояния больных и качества их жизни.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ МАТКИ ЕСТЕСТВЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Юсупова С.Р., студентка 214 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - к.м.н., доц. З.Ф. Мавлянова)

Научный руководитель: к.м.н., доц. З.Ф. Мавлянова

Цель работы: оптимизация лечения опущения матки методом лечебной гимнастики Кегеля. **Материал и методы исследования:** Исследованию подверглись 43 женщины, страдающие опущением матки. Все женщины предъявляли жалобы на ноющие боли в нижней части живота, ощущение сдавленности влагалища, частое мочеиспускание, запоры и ощущение неполного опорожнения, нерегулярный менструальный цикл. В основную группу вошли 26 (60%) женщин, которым проводилась лечебная гимнастика Кегеля. Контрольную группу составили 17 (40%) женщин, получавших стандартное лечение. **Результаты:** Лечебная гимнастика проводилась по следующей методике: 1. Сомкнуть колени полностью, сжать их очень сильно, до тех пор, пока не появится напряжение в бедрах. Посчитать до 10, затем расслабиться. Можно поместить между коленями кулак или ладонь. Повторить 8-10 раз. 2. Сжимать и отпускать мышцы промежности. При сжимании стараться удерживать мышцы в таком положении несколько секунд, затем расслабиться. Повторить 10-15 раз. 3. Выполнить упражнение "велосипед". В и. п. - лежа на спине. При этом следить за тем, чтобы работали мышцы бедер и ягодиц, а не живота. Выполнять упражнение не менее 5 минут. 4. В и.п. - лежа на боку уложить ноги одну на другую. Согнуть в колене верхнюю ногу и поставить ее на пол позади нижней ноги. Затем поднимать выпрямленную в коленном суставе нижнюю ногу как можно выше. Выполнять упражнение 20-30 раз, затем поменять ноги. 5. В и. п. - лежа на спине, опираясь на локти, согнуть ноги в коленях (ноги на ширине плеч), затем приподнять бедра (чтобы получился полумостик) и втянуть промежность. Оставаясь в таком положении, досчитать до 10. Затем расслабить мышцы и вернуться в исходное положение. 6. В и. п. - лежа на спине. применить положение "березка" и выполнять движения ногами как ножницами. Повторить 10-15 раз. Было установлено, что предложенная методика оказала весьма ощутимое воздействие на физиологические свойства мышц, активизировался процесс стимуляции обмена веществ, эндокринной системы, а также восстановления обмена в тканях, укрепления иммунной системы, повышения ферментативной активности. У 20 (77%) женщин основной группы положительная динамика наблюдалась уже через 2 недели от начала лечения. Уменьшились боли внизу живота, нормализовался диурез и стул, восстановился менструальный цикл, улучшилось настроение и общее самочувствие. Женщины же контрольной группы значительного улучшения не почувствовали. **Заключение:** Таким образом, лечебная гимнастика мышц при опущении матки, оказывает весьма благоприятное воздействие не только на пораженные органы, но и на весь организм в целом, облегчают симптомы невыраженного опущения матки. Также при проведении вышеуказанных методик не отмечаются какие - либо побочные эффекты и осложнения. Она достаточно проста в исполнении, состоит из нескольких упражнений, что не мешает с ее помощью добиться достаточно высокого результата.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЗГА У ЖЕНЩИН ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Юлдашева А., ст-ка 402 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. профессор Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: ассистент Н.Н. Юсупова

Из-за значительной распространенности, высокой смертности, длительной инвалидизации и утраты трудоспособности больных, инсульт является важнейшей медицинской и социально-актуальной проблемой. Инсульт занимает значительное место в структуре цереброваскулярных заболеваний. Тенденция к «омоложению» инсульта, высокий процент инвалидизации самой трудоспособной и перспективной части населения определяет важность и актуальность изучения инсульта в зависимости от возраста. **Цель работы:** Изучить этиологические особенности нарушений мозгового кровообращения у женщин разных возрастных групп. **Материал и методы исследования:** Нами проанализировано 80 случаев инсульта у женщин различных возрастных групп. Из них 63,4% составили пациентки молодого возраста, 36,6% случая у

женщин среднего и пожилого возраста. При распределении больных на возрастные группы мы опирались на классификацию возрастных категорий по ВОЗ. Анализ проводился в клинике Самми отделение неврологии с учетом основного заболевания, явившегося причиной инсульта. **Результаты:** установлено, что причинами инсультов у женщин молодого возраста явилась артериальная гипертензия ренальной этиологии (39,7%) . ПНМК в 9,1% ревматический дефектомом. У 9,9% женщин течение беременности, родов и послеродового периода было осложнено инсультом. Длительность основного заболевания показал, что 80% женщин данной группы были практически здоровы и не страдали различными системными сосудистыми заболеваниями, и только 20% из них имели в анамнезе артериальную гипертензию, либо ревматизм. Кардиальная патология (3,6 %) носят тромботический характер. Практически все случаи инсультов были констатированы на фоне впервые выявленной кардиальной патологии, и основной причиной их возникновения являлся пролапс митрального клапана. Врожденная аневризма сосудов мозга, то на него приходится небольшое число наблюдений - 1,8%. В наших наблюдениях, атеросклероз, как причина инсульта у молодых женщин встречался лишь в 1,8% случаев. У небольшого числа наших больных наблюдались, так называемые вертеброгенные ОНМК (1,8%). Возникновение их объясняют анатомо-топографическими особенностями позвоночных артерий, т.е. расположением их в непосредственной близости к шейному отделу позвоночника. У женщин среднего возраста являются (в порядке убывания) артериальная гипертензия, атеросклероз, ревматический дефектомом, врожденные аневризмы мозговых сосудов. Наши наблюдения показали, что в данной возрастной группе основными причинами, приводящими к инсульту, явились гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга. **Выводы:** Таким образом, исходя из выше изложенного, можно сделать вывод, что этиологическая структура инсультов у женщин в различные возрастные периоды имеет полиморфность чем в средне-пожилом возрасте, что последние осложнялись преимущественно грубым неврологическим дефектом, что требовало более длительной реабилитации для восстановления утраченных функций. В отличие от больных молодого возраста, инсульт, хотя и чаще сопровождался грубым неврологическим дефектом, регресс этих симптомов наблюдался в менее длительное время, что вероятно объясняется более высокими адаптационными способностями, присущими молодому возрасту.

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Юлдашева З.С., Мельман С.А., Акбопеева У.О., Жантелов А.К., Утешева А.Д.

интерны 709 группы факультета ОМ-Педиатрия

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (Алматы, Казахстан)

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. каф.- д.м.н., проф. Каирбеков А.К.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мырзабаева Н.А.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – достаточно распространенная патология не только у взрослого населения, но также отмечается тенденция в последнее время к этому заболеванию у детей и подростков. ГЭРБ - непроизвольное затекание или заброс желудочного/желудочно-кишечного содержимого в пищевод. **Цель работы:** Изучение клинико-диагностических признаков ГЭРБ у пациентов детского возраста. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 33 пациента с ГЭРБ, в возрасте 9-15 лет, из них мальчиков было 14, девочек - 19. Всем пациентам проводились: видеоэзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. Продолжительность заболевания у большинства детей не превышала 3 лет. **Результаты исследования и их обсуждение:** Клинические проявления ГЭРБ у детей имели ряд особенностей и характеризовались сочетанием эзофагеальных и внеэзофагеальных проявлений. Болевой синдром с типичной локализацией за грудиной и в эпигастрии с иррадиацией в шею, межлопаточную область имел место у 72,7% пациентов. Боли возникали периодически, усиливаясь после еды, при физическом напряжении, и носили жгучий или давящий характер. Изжога (чувство жжения) в 66,7% наших наблюдений, часто возникало после еды. Регургитация (срыгивание) в 45,5% и отрыжка в 54,5% случаях были не менее характерными признаками ГЭРБ. Как отрыжка, так и срыгивание часто отмечались после приема пищи и провоцировались физическим напряжением, горизонтальным положением тела. Тошнота встретилась в 48,2% случаев. Одинофагия (боль или неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу) была у 18,0%, дисфагия (нарушение глотания) отмечалась в 12,1% случаях. У подавляющего большинства детей преобладало подавленное настроение (57,5%), раздражительность и эмоциональная лабильность (60,6%), плохой сон - у 30,3%, слабость – 21,2%. Лабораторные исследования периферической крови показали нормальное количество эритроцитов и уровень гемоглобина у всех пациентов. У части обследованных (39,4%) наблюдался лейкоцитоз от $9,0$ до $12 \cdot 10^9 / л$. В биохимических анализах крови не отмечалось изменений. Анализ электрокардиограмм показал, что у большинства детей (81,8%) частота сердечных сокращений была нормальной, синусовая тахикардия наблюдалась у 12,1%, синусовая брадикардия – у 6,1%. Нарушений ритма сердечных сокращений выявлено не было. При эндоскопическом исследовании были выявлены воспалительные изменения слизистой дистального отдела пищевода. Выявлялись различной выраженности гиперемия, отек (60,6%), эрозия (21,2%), исчезновение линии перехода слизистой пищевода в желудок. Обнаружено зияние кардии с выраженным забросом содержимого. У 42,4% обнаружен *Helicobacter pylori* методом ПЦР. Из внеэзофагеальных проявлений ГЭРБ в наших наблюдениях встретились пациенты с обструктивным бронхитом в 18,2% случаев, бронхиальной астмой – 12,1%, у 6,1% был обнаружен рецидивирующий ларингит, 9,1% пациентов предъявляли жалобы на першение в горле. Кариес отмечался у 36,4% обследованных пациентов. **Выводы:** Таким образом, ГЭРБ у пациентов детского возраста характеризуется определенной клинической картиной и морфо-функциональными нарушениями, сочетанием эзофагеальных и внеэзофагеальных проявлений.

ЧТО ЗНАЮТ РАБОТНИКИ ЛЕСНИЧЕСТВ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Яворская Е.Б., Воробец Е.В., студентка 4 курса леч. фак. ГВУЗ «ГГМУ им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», Украина
Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, кожными (зав. каф. – д.м.н. Андрейчин М.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н Шкильня М.И.

Цель работы: Изучить уровень знаний о Лайм-боррелиозе и его профилактике у работников лесничеств Тернопольской области. **Материал и методы исследования:** Обследовано 339 работников 5 лесничеств Тернопольской области в возрасте от 20 до 65 лет. Мужчин было 330, женщин 9. Все обследованные отвечали на вопросы унифицированной международной анкеты-опросника, в которой отмечалось: количество и места укусов клещей; методы удаления клещей; проведение исследований клещей на наличие возбудителя боррелиоза; использование репелентов при выходе в лесную зону; осмотр кожи после возвращения из нее. По результатам анкетирования проведено анализ собственных знаний и инфор-

мации средств информации относительно данного заболевания. **Результаты:** Установлено, что 99 (29,2 %) из 339 опрошенных не имели или совсем не помнят укусов клещей на протяжении своей жизни. Количество укусов среди оставшихся 240 работников было следующим: 130 (54,2 %) отметили больше 3 укусов клещей на протяжении профессиональной деятельности, одноразовый эпизод укуса имели 66 (27,5 %), двукратный – 44 (18,3 %) респондентов. Наиболее частыми местами укусов были: живот у 123 опрошенных и ноги – у 83 респондентов. Укусы в руки, шею и тулуб отмечены реже – 50, 45 и 24 случаев соответственно. Половина 125 (52,1 %) из 240 работников леса нашей области, у которых были укусы клещей, вырывали их пальцами, 90 (37,5%) опрошенных обрабатывали места укусов дезинфицирующими растворами, 59 (24,6%) респондентов использовали постное масло для удаления клещей. И только 21 (8,7%) обращались за медицинской помощью для удаления клещей. Обследование клещей на наличие возбудителя боррелиоза было положительным у 18 (85,7%) из 21 лесников, которые обращались за медицинской помощью. Следует отметить, что оставшиеся 219 работников леса Тернопольской области, которые удаляли клещей самостоятельно, обследований клещей на боррелиоз не проводили. Достаточными считали собственные знания и материалы средств информации о боррелиозе (13,0% и 24,0%) работников леса, средней – (18,6% и 23,9%), минимальной – (22,4% и 18,9%) соответственно. Нами также установлено, что 87,6% опрошенных работников леса области не используют репеленты при выходе в лесную зону; и осматривают кожные покровы после возвращения из леса очень редко или не осматривают вообще – 66,4% опрошенных. **Выводы:** Таким образом низкий процент (8,7%) обращений за медицинской помощью для удаления клещей работниками лесничеств Тернопольской области Украины, не использование репелентов при выходе в лесную зону 87,6% опрошенных и отсутствие осмотров кожных покровов после возвращения из леса 66,4% работниками леса области, а также отсутствие собственных знаний и достаточных материалов от средств информации о боррелиозе у половины респондентов, делает необходимым повышение уровня знаний о Лайм-боррелиозе у работников данной группы населения Тернопольской области.

DEGREE COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARKINSON'S DISEASE DEPENDING OF THE LEVEL OF PROTEIN S100B IN THE BLOOD SERUM

Akramova D.T., Matmurodov R.J., TMA, from Neurology department

Scientific supervisor: Head of Neurology Department M.D prof. Rakhimbaeva G.S

Objective: To study the characteristics of cognitive impairment in Parkinson's disease, depending on the level of protein S100B in blood serum. **Background:** Many questions in PD controversial, insufficiently investigated, in particular, substantially studied features of clinic and dynamics of cognitive impairment depending on the level of protein in blood serum S100B. **Material and methods:** The study involved 51 patients of PD, 26 males and 25 women. The control group consisted of 9 patients without symptoms of PD. Animals in severity of PD was determined Using standardized rating scale assessment manifestations PD (Unified Parkinson's Disease Rating Scale-UPDRS), the initiate movement disorders. Determines the content of S100B in the blood serum by enzyme immunoassay performed with specific test systems developed on the basis of appropriate monoclonal antibodies on the analyzer Hospitex Diagnostics, Italy according to the instructions supplied with the kit. To identify cognitive disorders of varying severity, we used the MMSE, clock drawing test and a battery test on the frontal dysfunction. **Results:** The results of this analysis showed that the protein level S100B patients without cognitive impairment was $115,6 \pm 5,5$ ng/l, in patients with cognitive impairment predement - $126,7 \pm 6,7$ ng/l, in patients with dementia mild degree activity S100B $146,5 \pm 7,5$ ng/l and in patients with dementia of moderate severity activity S100B $176,8 \pm 6,1$ ng/l. According to the degree of increase of the degree of cognitive impairment in PD, S100B levels in serum increases. When developed severe dementia, S100B activity was very high, and accompanied by the progression of the clinical course of PD. **Conclusions:** The activity level S100B is very important in the progression of cognitive impairment in PD. To assess the degree of cognitive impairment in PD should be carried out not only to neuropsychological testing, as well as the determination of the activity S100B in blood serum. Changes in the activity S100B is a predictor of progression of cognitive impairment in Parkinson's disease. The implementation in practice of biochemical research methods deepens understanding of the significance of the activity of S100B in the development of cognitive impairment in Parkinson's disease.

THE ROLE OF GENETIC POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF PARKINSON'S DISEASE IN THE UZBEK NATIONALITY

Akramova D., Akramova N., TMA

Scientific Supervisor: head of neurology department M.D prof. Rakhimbaeva G.S

The department of Neurology

Aim: An actual direction in the study of Parkinson's disease is a comprehensive approach that takes into account the unity of the internal (genetic) and external (environmental, toxic-metabolic) factors. **Material and methods:** Was carried out comprehensive clinical and molecular genetic study 75 patients with Parkinson's disease 29 patients with stage II dyscirculatory encephalopathy syndrome and Parkinson's disease 36 patients with stage II dyscirculatory encephalopathy without parkinsonism To study the role of genes, associated with the development of hereditary forms of Parkinson's disease in the formation of predisposition to sporadic and hereditary PD and SP: mutations Ala53Thr gene PARK1, mutation T240M gene PARK2, the major mutation G2019S in the LRRK2 gene in people of Uzbek nationality. Molecular-genetics: was performed PCR method to search for mutations in the gene Ala53Thr PARK1, mutation T240M / T240R gene PARK2, gene mutation G2019S LRRK2, null and GSTT1 polymorphisms of GSTM1, NAT2 gene mutation S282T. **Results:** Analysis of mutations A53T in gene PARK1 revealed the presence of it in 0.5% of cases. This suggests that this mutation is not associated with PD in people of Uzbek nationality. Screening of mutation T240M of gene PARK2 in the surveyed patients, showed the absence of the mutation in all patients in the group with PD and with vascular parkinsonism, as well as in the control group, which also indicates absence of links between BP and SP with searched polymorphism among the Uzbek people. Revealed a significant prevalence of mutations G2019S in gene LRRK2 in Parkinson's among people of Uzbek nationality, which amounted to 5.5%. Of these, only 1 carrier of this mutation suffered from vascular parkinsonism, other 10 patients with Parkinson's disease. None of the control group G2019S mutation in the LRRK2 gene was not found. **Conclusion:** G2019S mutation in the LRRK2 gene is an important factor in the development of PD, it was detected in 7.1% of patients with PD among Uzbeks. In the group of patients with PD due to a mutation in the gene LRRK2, there is an increased frequency of mixed forms of the disease, The obtained data allow to recommend screening G2019S mutation in the gene LRRK2, «zero» polymorphisms of GSTT1 and GSTM1, a gene polymorphism S282T Nat2 at the molecular genetic diagnosis of Parkinson's disease.

THE ANALYSIS OF USING BISOPROLOL IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Amanzholova A., 437 student group specialty General medicine KSMU

The department of internal diseases №1 (head of the department Professor Tayzhanova D.Zh.)

Scientific adviser: Kurmanova A.T.

Purpose: To assess the frequency of use for the treatment cardioselective β 1-blocker bisoprolol for patients with myocardial infarction (SMI). **Material and methods:** Analysis was conducted of medical records (medical history) of 65 patients with SMI. Of these 48 (73.8%) were men and 17 (26.2%) women. Heart rate in men was - from 60 to 110 per minute, the average heart rate - 85 ± 13.8 min. Heart rate in women was - from 64 to 115 per minute, the average heart rate - 90 ± 12.6 min. All cases to use of bisoprolol in these patients were analyzed. In the treatment of patients with SMI, only 23 patients were treated with bisoprolol, which amounted to 35.4%. In 23 (35.4%) of the patients diagnosed the 2 type of diabetes, they did not receive this drug. In 43 (66.2%) patients had chronic heart failure (CHF), 6 of them (9.2%) I stage, 24 (36.9%) - CHF II A, 13 (20%) - CHF II B. In patients with CHF I only received 4 bisoprolol in a daily dose of 2.5 - 5 mg, with CHF II A only 12 received bisoprolol in a daily dose of 5 mg. Among patients with CHF II B drug is not appointed. **Results:** The main reason for the insufficient use of β adrenoblocker are unjustified fear of development to side effects. Often the reason for non-use of β - blockers is the presence of accompanying diseases. As expected, the frequency of the destination β - blockers was lower in elderly patients, patients with diabetes and heart failure. It is justified because β - blockers may exacerbate hypoglycemia condition and neutralize its clinical manifestations. On the other hand the use of bisoprolol in patients with diabetes more effectively prevents the development of re-infarction and sudden death than patients without diabetes. Bisoprolol devoid of adverse metabolic effects of nonselective β - blockers, as hypoglycemia, hypokalemia, increased levels of very low density lipoprotein and plasma triglycerides. **Conclusion:** Thus in the clinical practice of the - for the continued cautious position of doctors to beta. - blockers modern and more effective drugs are used less frequently than necessary. Moreover, the frequency of their use becomes particularly low was in the groups of patients with high risk of complications - ischemic heart disease, hypertension, diabetes. This is due to the reevaluation of contraindications, the risk of developing side effects and a lack of knowledge about the benefits of β - blockers than with other drugs.

THE MODERN APPROACH OF DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Annaev M.G., st. 515 gr. medical faculty of Samarkand State Medical Institute

Department of Internal medicine № 4 with Hematology

Objective: Identification of risk groups by gender, age, the study of the characteristic changes of the electrocardiogram, chest radiograph, spirometry and laboratory changes in COPD. **Methods:** The history of the disease, the general analysis of blood, electrocardiography, chest radiography, spirometry and a peak-flow monitoring. **Results:** The study of 104 people who were hospitalized in the Municipal medical association in the Department of Pulmonology and Allergology. Out of 104 male patients 56 (53.8%), 48 women (46.2%). The average age of men is 52 years old, women 52.9 years. Accompanying disease are found in 48.9% of cases: Ischemic heart disease, angina, hypertension, rheumatism, diabetes, tuberculosis. At 29.5 % patients hemoglobin of less than 100g / l, leukocytosis -in 10.2% of cases, increasing erythrocyte sedimentation rate in 44.3% of cases. Changes in the electrocardiogram have been observed in 68.2% of cases, among them: blockade of the left leg bundle of His and branches, hypertrophy of the right and left ventricles, disturbance of intraventricular conduction, hypertrophy of the right atrium with the overload, poliprony and atrial arrhythmia, myocardial hypoxia, ischemia phenomenon, tachycardia, atrial fibrillation, in severe cases, the phenomenon of chronic pulmonary heart disease (10.2%). Radiographic changes were observed in 53.4% of cases, among which 48% phenomenon chronic bronchitis; 21% of emphysema; 31% - a combination of of pneumosclerosis and fibrosis. Also observed pleurisy, single or double-sided pneumonia. Indicators spirometry and pikuometrii determined a violation of respiratory function on the mixed type with a predominance of obstruction. **Conclusion:** The results show that COPD often suffer from men, that younger than 50 years. Almost 50 percent of cases the disease occurs on the background of comorbidity. Predominantly affects the respiratory and cardiovascular system. It should be noted that the disease progresses steadily and results in disablement. Therefore, you must timely early diagnosis and timely treatment of the disease in patients with COPD prolong the life of patients with COPD.

DETERMINATION OF RISK GROUPS IN LIVER CIRRHOSIS

Annaev M.G., To'yumurov B.V., st. 515 gr. medical faculty of SamSMI

Department of internal medicine № 4 with hematology (Head of the Department - Aralov N.R.)

Supervisor - ass. Safarova M.P

Relevance. Liver cirrhosis - chronic liver disease, which is a consequence of the formation of multiple scars. The main causes of cirrhosis are alcohol abuse and chronic hepatitis. **Objective:** Identify the prevalence rate of patients with liver cirrhosis, certain risk groups by age and gender, clinical features of the disease, according to the Samarkand City Medical Association. **Methods:** As material investigated 88 patients who are hospitalized in the period from December, 2015 to February, 2016 in the gastroenterology department. The main method of research is the study of history, as well as: a general analysis of blood, biochemical blood test, liver function tests (thymol), ECG study, determination of blood glucose. **Results:** Among them, 58 men (66%), 30 women (34%). The average age of women - 48.5 years, male 35.2. Accompanying disease occurs - in 62.5% of cases, including: coronary heart disease, hypertension, cholecystitis, chronic pancreatitis. In 49 patients for analysis of glucose, which is higher than normal blood in 13 (26.5%) was carried out (55.9%) which indicated a combination of cirrhosis with diabetes. Complications of liver cirrhosis in 49 patients (55.9%) proceeds as hepatocellular failure, portal hypertension, 42 (47.7%) - polidificiency anemia . In 8 of them (9%), biliary dyskinesia. ECG examination was performed in 63 (71.5%), identified the following changes: ischemic heart disease, atrial fibrillation, ventricular hypertrophy with both overload of them, left ventricular hypertrophy, and metabolic changes in myocardium, the blockade of the lower posterolateral branch of the left bundle branch block, myocardial hypoxia posterior wall the left ventricle. Thymol test in 53 patients (60%) - increased. The enzymes ALT, AST increased in 31 (35.2%). Increased bilirubin (direct, indirect) was observed in 39 (44.3%), erythrocyte sedimentation rate in 57 (64.7%). **Conclusion:** The process of liver destruction can be slowed down by a complex of therapeutic measures. Risk group consists of patients with chronic hepatitis and alcoholism. At the same time middle-aged men are suffered more often than women. A timely diagnosis and rational treatment prolong the patient's life and improve its quality.

THE INFLUENCE OF MUSIC ON THE BRAIN

Atakhanova A.M., 2nd year student of treatment faculty of TMA

Department of informatics, biophysics & normal physiology

Supervisor: Saydalikhodjayeva S.Z. candidate of biological sciences; associate professor

Materials and Techniques: thirty first and second year students of Tashkent Medical Academy; questionnaires; Computer Electroencephalograph; earphones; speakers; Johann Sebastian Bach's "Air on the G String". The research consists of three phases. On the first phase sixty two first and second year students of Tashkent Medical Academy were conducted a survey whereby thirty of them were selected. Students who have ever had any head injuries, who are able to play a musical instrument and/or has a musical education, who were taking any nootropic drugs were excluded. On the next phase, previously selected thirty students were taking a test. A test consisted of three stages, each of which had four similar tasks. The first task composed five rows of digits. An examiner wrote digits row by row on the desk. Then in five seconds she erased them. Students had to memorize each row and write them down on the sheet. The second task contained ten two-digit numbers. The examiner wrote numbers and erased them successively, so that students had to keep in mind all of them. As the examiner turned towards students, they had to take their pencils and write down all the numbers they had remembered. The third and the fourth tasks were similar to the previous two ones, but they composed syllables instead of digits and words instead of numbers. The first stage was carried out using earphones with Johann Sebastian Bach's "Air on the G String"; the second one was conducted in a silence (control group); and the third stage was carried out with the same music but in speakers. During the last third phase of the research 30 students were taken a baseline electroencephalogram. The EEG was carried out following the protocol (Goldberg E.M., Krivtunov A.N. and Pustovgar A.A.): 1) The record of a baseline EEG during 60 sec.; 2) The record of an EEG with a music without earphones during 90 sec.; 3) A recess during 90 sec. while which the earphones were put on; 4) The record of an EEG with a music in the earphones during 90 sec.; 5) The record of a baseline EEG during 60 sec. **Results:** In the second experiment it is found out that the process of memorizing decreases while listening to music in the earphones (the per cent of mistakes is 17.3%) and increases while listening to classical music in speakers (the per cent of mistakes is 11.8%), comparing with the control group (the per cent of mistakes is 15%). As a result of the third research with EEG it is ascertained that the expression of alpha-rhythm decreases (from 39% in a baseline EEG to 37% while using earphones) and of delta-rhythm increases (from 17% to 19% respectively). **Conclusion:** The obtained data indicate that the functional activity of the brain declines and show the prevalence of inhibitory processes while using earphones. However listening to classical music without earphones improves learning capacity and can help to enhance memorizing process while preparing for examinations.

CARDIOVACULAR SYSTEM PERFORMANCE RATE OF EMERGENCY TEAM MEDICAL STAFF

Burhanbaeva K., Zhaxilikova K., students of 7th year, intern-therapist 714-1 group, 711-1group KazNMU

Department of Ambulance and Emergency medical aid (Head of the Department. Professor D.M.N. Turlanov K.M.)

Supervisor: assistant Zhubatkanova Zh.K.

Relevance of the topic: Unsatisfactory terms of the paper can influence on homeostatic indices of organism and this can bring about disease or seeds of disease. **Research purpose:** Research changes of cardiovascular system performance rate of emergency team medical staff. **Research approach and information:** Research consists of 3 stages: Stage 1- attraction of research participants: medical team doctors and physician assistant- chosen as primary group (n=60). Observer's team composed of medical staff not involved on 24-hour emergency team (n=20). Medical workers for the research were selected without special elimination. Within group division: nurses in basic group - 58,3%, doctors - 41,7%. Doctors are in research participants' group 34,8%, physician assistants - 65,2%. According to anamnesis data an average age of basic 36,8 years, in group of research participants - it is 38,2 years. According to job experience, in researchers group it is 11,3 years, and in research participants group is 10,8 years. Stage 2 - conduct questionnaire among research participants, which consists of 18 questions, test arterial pressure and pulse at the beginning and the end. Stage 3 - analyze collected information. **Research outcome:** the heist arterial pressure in basic group is 160/100mm.h.g. pulse is 93 times/min and in research participants' group is 140/90mm hg. pulse 84 times/min. An average rate, at the beginning, in basic group: an arterial pressure - 118,6/81,2, pulse -81,2 and in research participants' group: an arterial pressure - 114,9/69,8, pulse - 74,5 times/min. By the end, in basic group: an arterial pressure - 133,4/88,8mm h.g. and pulse - 87,1 times/min, in research participants' group: an arterial pressure - 122,9/70,68 mm h.g and pulse - 76,9 times/min. **Conclusion:** Systolic and diastolic blood pressure rates increase was observed at the end of basic group study works. Taking the blood pressure of the basic group by the end of the research works gave an opportunity to record an increase of pulse rate, therefore an emergency staff members' organism, having 24-hours work schedule, has a high rate of catecholamine. Analyzing an arterial pressure and pulse functional indicators of workers of this category revealed that pressure on cardiovascular system and work schedule result on negative affect.

LONG-TERM RESULTS CAROTID ENDARTERECTOMY FOR ATHEROSCLEROTIC CAROTID ARTERY DISEASE

Eshankulova N.Y., Ataniyazov M.K., TMA

Department of neurology

Purpose. The aim of this study is to evaluate the long-term results of carotid endarterectomy in patients with carotid atherosclerosis over the 12-month follow-up. **Materials and methods.** Traces the long-term results of treatment in 240 patients with varying degrees of Chronic Cerebral Vascular Insufficiency (CCVI). Of these, group I (main group) included 120 patients with stenosis lesions of the carotid arteries (70%) who underwent carotid endarterectomy, with varying degrees of CCVI classification of Pokrovsky (1979). In group II (control group) included 120 patients with stenosis lesions of the carotid arteries (70%), with varying degrees of CCVI who refused surgical treatment and underwent a course of conservative therapy. All patients were observed over time in 12 months in 1 and 2 - the clinic of the Tashkent Medical Academy. Of the 240 male patients was- 174 (72.5%), women - 66 (27.5%). The average age of patients in group I was 61,2 ± 5,1 years. In group II was 63,4 ± 6,4 years. Among the comorbidities of CHD was observed 68.5% of patients, 15.6% of patients with early myocardial infarction, hypertension was present in 78.5% of patients, diabetes in 11.2% atherosclerotic lesion arteries of lower extremities- 21.4%. The criteria for evaluation of clinical outcomes in the long-term follow-up of patients in both groups considered: the development of a transient ischemic attack (TIA) and ischemic stroke (IS), as well as re-AI and mortality. **Results.** In our investigation, in the first group after surgery CEA for 12 months in patients in the I, II, III degree CCVI, TIA attacks, AI and mortality were observed. Patients in the IV degree CCVI 2 (1.6%) patient died of complications of diabetes one month after surgery, 2 (1.6%) patients underwent a second AI. In the group of

non-operated patients with I CCVI degree in 12 months against the backdrop of a course of conservative therapy TIA, AI and mortality were observed. In 4 (3.3%) patients with grade II CCVI observed recurrent TIA; at the 8th (6.6%) patients with grade III CCVI AI observed in the basins of stenosis vessels. In 14's (11.6%) patients with grade IV CCVI observed repetitive AI; 8 of them (6.6%) patients died from complications of AI and associated diseases. In the study by duplex scanning of brachiocephalic arteries in patients in group I at 6 months after surgery, there was an increase of restenosis in 8 (13.3%) patients in the operated carotid artery to 20% (hemodynamically insignificant nature), the remaining patients were observed restenosis. In this group, all patients received adequate basic therapy. In the group of non-operated patients previously had carotid stenosis greater than 70% on the background of adequate therapy after 6 months in 27 (45%) patients had stenosis growth reached 80-90% in 12 (20%) patients had previously critical carotid stenosis artery over 85-90% at 6 months was noted in the occlusion of the artery. **Conclusions.** 1. According to our data, carotid endarterectomy surgery is a highly effective in terms of prevention of stroke. 2. The highest effect was observed in Groups I, II degree CCVI with asymptomatic or oligosymptomatic course. 3. It should be dynamic observation of clinically asymptomatic patients for early detection of pathogenic significance of carotid artery stenosis. 4. Limitations of treatment tactics of patients with CCVI I-IV stage only by conservative methods are ineffective, and characterized by a significant percentage of ischemic stroke and mortality.

IMPLEMENTATION OF INTEGRAL ASSESSMENT AND OPTIMAL TREATMENT METHODS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) ACCORDING TO GOLD PROGRAM

Gayupova U.H. student of 606 B- group, treatment faculty TMA

Department of general practitioner internal diseases with clinical allergology (chairman: d.m.s. Nurillaeva N.M)

Scientific leaders: head teacher Yuldasheva H.Yu, head teacher d.m.s. Zubaydullaeva M.T.

Aim and task: Integral assessment and optimal treatment methods of COPD by GOLD program. **Methods and material:** Took 30 patients from Toshkent Medical Academy1-clinic, Pulmonology demartment (from 38 years old to 78), For integral assessment of patients use:Breathlessness Measurement using the Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire, COPD Assessment Test (CAT): An 8-item measure of health status impairment in COPD (<http://catestonline.org>), and Spirometry (FEV₁) to determine of airflow limitation, exacerbation history. Based on these results patients are divided A,B,C,D groups. A-group "Low Risk" "Less Symptoms" - FEV₁-Mild (GOLD1) or Moderate(GOLD2) and only 0 or 1 exacerbations per year, CAT < 10, mMRC 0-1. B-group "Low Risk" "More Symptoms" - FEV₁-Mild(GOLD1) or Moderate(GOLD2) and only 0 or 1 exacerbations per year,CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2. C-group "High Risk" "Less Symptoms" - FEV₁- Severe (GOLD3) or Very severe (GOLD2) and ≥ 2 exacerbations per year, CAT < 10, mMRC 0-1. D-group "High Risk" "More Symptoms" - FEV₁- Severe (GOLD3) or Very severe (GOLD2) and ≥ 2 exacerbations per year,CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2. **Results and discussion:** From results of spirometry patients divided GOLD1 -3 patients (10%), GOLD2- 11 patients (36.6%), GOLD3-13 patients (43.3%), GOLD4 -3 patients (10%), according mMRS results : mMRS 0 - 3 patients (10%), mMRS1- 8 patients (26.6%) mMRS2- 6 patients (20%) mMRS 3 -13 patients (43.3%), CAT test results- 11 patients (36.6%) COPD not impact patients life, 9 patients (30%) COPD middle impact patients life, 10 patients (33.3%) COPD severe impact patients life. Summarise these results COPD's patients are taken 4 groups A-group 5 patients (16.6%), B-group -8 patients (26.6%), C-group -6 patients (20%), D- group 11 patients (36.6%). Based on these results GOLD program(2011-years)developed specific treatment strategies for each separate group. Grouping patients according to these integrated indices and following the treatment guidelines in practice lead to improvement in treatment efficacy, long-lasting remission, life quality and functional indices. Patients may pass from one group to another group (i.e. from B to A). **Conclusion:** If patients are studied by grouping, it will give opportunity to assess the severity of the course of COPD and the scale of its affects to life quality of patients. Because determining the degree of diseases severity solely on the basis of spirometer indices is incomplete and clinical practice shows that patients with bad spirometer results may feel themselves well or,vice versa, patients with good spirometer results continue not to feel well (according to CAT and mMRS questionnaire). Therefore, treatment tactics should be different for each case and it helps to prevent complications and progression of disease, and prognosis will also be improved.

MODERN EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN OF TYPHOID DISEASE

Ibadullayeva S.S., Mirtazaeva N.A., Yarlakapov I.A.

(The Tashkent Medical Academy, Olmazor College of Medicine)

Typhoid disease is an infectious disease that leads to serious complications. At recent years, typhoid fever isan has been shortened all over the world, but in Central Asia and the Indian peninsula, south-east Asia, the disease remains high. According to the WHO, 12-33 millions of people from all over the world have this disease and 600-800 thousand of people died. The incidence of typhoid fever was higher at the previous period, from 100 thousand of people had it 100-115. Later, the index dropped sharply, and the disease in the early 2013, among 100 thousands of people 0,1-0,2 had this symptom. Despite the sharply declining of typhoid disease is being recorded at the moment. In some micro-regions this disease has always existed. An indicator of disease among the population who have been living in rural areas, is always 2-3 times higher than the population of the city. To ensure that this activation process in micro-regions epidemic factors and to determine the conditions and the need to carry out a comparative approach to the fight against them. Ill in the country, a high index of Samarkand, Surkhandarya and Kashkadarya regions is observed. Although in some areas the lack of good quality drinking water is causing an increase in intestinal infections among the population. In addition, the Republic of Tajikistan, Dushanbe city, M.Tursunzoda, Xisor, Shaxrituz, Qabadion districts Kaffannahar passing through the waters of the Vakhsh Koradarya Surkhandarya region Sariosiyo, Uzun typhoid disease as a result of consumption of the population of Termez district of Surkhandarya region. The fight against diarrhea, fever preventive and anti-epidemic measures at the exact time should be conducted strictly in accordance with the epidemiological situation in certain regions. This line of epidemiological situation in disadvantaged areas, measures to increase efficiency and reduce costs of the struggle against the epidemic.

MEMBRANEOUS THERAPEUTIC PLASMOPHERESIS IN PSORIASIS

Juraeva M.Z., the student of medico-pedagogical faculty of TMA, group № -701

The department of skin and venereal diseases (head of the department c.m.s, assoc of prof: Tashkentbaeva U.A.)

Scientific supervisor: c.m.s, assoc of prof: Nurmamtova I.B.

Introduction: Many researchers point to the development of autoimmune character of such spread disease as psoriasis, which can occur in more than 2% of people in the population (Stren R.S, 2007). There is existence of nervous, viral,endocrine, infectious- allergic and other theories of origion of the disease. In psoriasis the rash is monomorphic, papillae are of blue- reddish

colour, flattened and of various size, are covered with silvery white squama platelets (M.V. Melich, S.N. Lapchenko 1984). Psalmapheresis (PPh) in psoriasis is indicated first of all in patients suffering from universal damage to skin by erythrodermia, as well as exudative form of the disease. **The aim of** this research is to study the efficacy of membranous therapeutic plasmapheresis application in psoriasis. **Materials and methods:** 33 patients have been examined at the department of skin and venereal diseases, of them 16 females and 17 males aged 21 - 45. The average age was 33,05 \pm 1,05. The patients were divided into two groups. There were 15 patients in the first group, with traditional methods of treatment. There were 17 patients in the second group, who received membranous therapeutic plasmapheresis together with traditional methods. By Hemophenics machine, with the help of main single used PFM-TT "Rossa" filter, of Russian production. Membranous therapeutic plasmapheresis was performed in specialized surgical centers named after academician V.V.Vokhidov. The volume of the removed plasma was 600-700ml, on each procedure. 5-6 procedures in a day as substituting fluid of 0.9% of Sodium Chloride by 600ml was used. **The results of the research:** After performed complex therapy, decrease of the process activity, decrease of infiltration in the area of the plaques and further appearance of skin rashes were observed in 17 patients. There was positive change of immunogram, that was manifested in increase of T-lymphocytes amount, the stimulation of phagocyte activity of neutrophils, decreasing Circulating Immune Complex (CIC) in the blood. And in 16 patients who underwent tradition methods of treatment, changes in immunologic analysis and improvement of skin rashes were observed insignificantly.

OPTIMIZATION OF THE COMPLEX TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS BY THE PHYSICAL METHODS

Khushvaktov O., student of 411 group of medical faculty SamSMI

(head of department of medical rehabilitation and sports medicine - PhD Mavlyanova Z.)

Scientific adviser: assistant Kim O.

Objective: Optimization of the application of phonophoresis with hydrocortisone in the conjunction with acupuncture in the treatment of allergic rhinitis. **Materials and methods.** We have studied 34 patients with allergic rhinitis. All patients underwent a comprehensive examination. Patients were divided into basic group - 20 (59%) patients and the control group - 14 (41%) patients. Patients of the main group received phonophoresis with 1% hydrocortisone ointment by an external procedure. We affected on the back of the nose and stingrays continuously for 5 minutes. Acupuncture was started with exposure to common points, go further on the regional and combining them with segmental points by the braking method for 20 minutes. The course of treatment included 10 procedures. The control group received standard medical therapy. **Results of the study.** Daily monitoring of patients during the treatment showed that rhinoscopic pattern of allergic rhinitis in patients of the main group began to change towards a physiological norm in earlier periods (in 4-6 days from the start of the treatment) than in patients of the control group (in 10-12 days). At the initial stage of the study endoscopic picture was similar in both groups and was characterized by pale, spotty and severe swelling of the mucous membrane, increase of the inferior nasal conchas and narrowing of the nasal permeability, the presence of watery or mucous secretion, and consistent with an aggravation of intermittent allergic rhinitis. Positive dynamics of the endoscopic picture on the background of phonophoresis with hydrocortisone in conjunction with acupuncture in the main group was observed in 17 (85%) patients and was shown a decrease in swelling of the nasal cavities, the extension of the nasal passages, reducing the amount of secretion, the normalization of color, indicating the restoration of nasal breathing. In the control group the restoration of permeability was noted patency only 5 (35.7%) patients. **Conclusion.** Thus, the improvement of clinical and endoscopic picture of the nasal cavity associated with anti-inflammatory, anti-edematous, microcirculatory, neurohumoral, reparative, immunostimulating, antispasmodic, metabolic, analgesic, reflexogenic effects of acupuncture and phonophoresis. An application of the proposed methods determines the improvement of the total efficiency of the complex treatment with the absence of any side effects and complications.

TO DEFINE THE PROBLEM OF IODINE DEFICIENCY AMONG STUDENTS

Molaykhanov Sh.A, student of 013-18/02 group, faculty of general medicine, KazNMU

Department of normal physiology

(head of department-associated professor Roslyakova E.M.),

Academic supervisor: senior theacher Alipbekova A.S.

Objective: According to the World Health Organization survey, iodine deficiency is one of the major causes of mental deficiency. If a quarter of population of Kazakhstan are children under the age of 15 years, 350,000 babies are born in the country in a year. But apart from the big cities, in remote villages children in every family do not eat every day foods rich in vitamins. In particular, it is necessary to pay special attention to the condition of the environment of infants in unfavourable regions. If the nutrition of the child up to five years will not be at the level of standards, there will be growth retardation and mental maturity, as well as mental health problems. Only the iodine deficiency limits the child's intellectual development. Iodine shortage itself leads to conditions of reduction in the working capacity including decline of intellectual ability of students. According to the UNICEF experts researches it is still a lack of iodine in the intellectual level of children living in other sensitive areas. According to the researchers, iodine deficiency brings on the disease of cretinism at the 1-10% of the population, expressed in the development of mental illness of 5-30 percent. Children with this kind of disease study bad, they cannot even think. In most cases, they will not be able to adapt to the environment. It became obvious that the population in regions of iodine deficiency will be at least 30-70 percent mentally retarded. According to the World Health Organization data, 1.5 billion people worldwide do not have enough iodine. 650 million people suffer from endemic goitre. Lack of iodine in soil, water and in food is registered in half of the country, and the hearth of the endemic goitre is found in 11 of 14 regions of Kazakhstan 11. **Methods:** 1. With the help of questionnaires to determine the conditions leading to a reduction of iodine. 2. Analysis of the student's ration, the concept of a balanced diet. **Discussion of results:** Information of research had been gathered at the Kazakh National Medical University in November 2015. Object of the research: 3-year students of the Faculty of Medicine, up to ages 19-21 (79 students: 27 boys and 53 girls). The students answered a questionnaire consisting of 10 questions. According to the results of the study the following findings has been made: 1. Noncompliance of time, duration, order of nutrition by the students. Sum of food expenses must be equal to the energy value of taken food. However, the food accepted by the students doesn't fill the energy consumption of the students, a negative energy balance has been appeared. 2. It was found iodine contained insufficient nutrients in students' ration. 3. Students use salt more than the norm. 4. 58% of the students use preparation of iodine. Intellectual abilities of students must be constantly at a high level, and therefore a lot of attention needs to be paid to the diet. Man gets all the necessary nutrients and fluids with food and use to meet all his basic needs. Nutrition should be balanced. Food must be varied i.e. animal products as well as vegetable products and

fiber in sufficient quantities. **Conclusion:** The lack of iodine, being a medical problem, cannot be solved from a medical point of view. Lack of iodine within the methods of medical treatment of people is empty words. The drugs advertised on television every day does not help. There is only one way is - to eat well every day, the volume of consumption of iodized salt. By all means, one can not argue that an essential element for the human body can be adopted in full, through the consumption of iodized salt. The use of large amounts of salt is harmful. Thus, the absence of iodine is not only in iodized salt. Iodine in large quantities is found in food, including fish, caviar, buckwheat (buckwheat), persimmon, sea cabbage, oats, milk and dairy products, bread, beets, carrots, fruits and berries. "As part of rapidly digestible meat as horsemeat vitamins A, B, nicotinamide, iron, cobalt, phosphorus, calcium are on equal terms iodine there" - scientists say.

IMPROVEMENT OF METHODS ETHICAL EDUCATION OF NURSES.

Mamatova D.M. Master 2 course in "Organization and management in nursing"

Tashkent pediatric medical institute, the republic of Uzbekistan. Scientific director: c.m.s., docent N.F. Rasulova.

Department of public health, the organization and management of health care.

The relevance. The first advanced medical ethics concepts come down to us from the depths of centuries, fixed in the ancient Indian book "Ayurveda" ("Knowledge of Life", "Life Science"), which, along with the consideration of good and justice concerns voiced instructions to medical workers to be compassionate, friendly, fair, patient, calm and never lose my temper. physician responsibility is a constant concern for the improvement of human health. At the cost of his life health worker should defend life and health of the patient. The great development of medical ethics had in Ancient Greece and clearly presented in the Hippocratic oath. Known huge role of nurses in providing care to patients in carrying out preventive work, which received much attention at the moment. Nurses of the new generation must be sufficiently educated both in professional and in general terms, a good command of the basics of ethics and deontology. **The aim of this work.** To study the statement of affairs for the ethical education among nurses, the impact of ethics and deontology in the quality of care. To develop and introduce into medical practice new approaches to the use of ethics and deontology for improving the quality of public services. **Materials and methods study.** In accordance with the objectives of the research the following methods were used: sociological - surveys; Statistical - for analyzing the information received. **The results of the study.** The survey, conducted in the USA showed that, who are dissatisfied with health care providers, particularly allocate their arrogance and carelessness. Poll 2131 people in Germany showed that the majority (63%) believe that the patient is given a little time, 44% noted a lack of commitment of health workers to explain their purpose and others. In various embodiments, indicates that emotional stability affect the nature of the relationship. When positive responses patients secrete less personality traits of medical workers, as their technical capabilities and familiarity with modern methods of healing. Humanity is marked only in 33% of cases. These problems exist not only in the West, they have a place in the Eastern European countries. At the same time, in countries where a lot of doctors who have received higher education in the CIS countries (Germany, Israel, USA), the population celebrates them greater than that of local doctors sociability and friendliness. **Conclusion.** More than 50% of the interviewed patients are faced with unethical behavior on the part of nursing staff. Culture of communication nursing staff is not up to standard for patients. Also important factor was noted insufficient knowledge in the field of ethics and deontology. This suggests that the nursing staff does not have sufficient expertise in this matter, so the main slope should be done on the training of nurses, the introduction of training sessions, or ethics schools and deontology.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS IN UZBEKISTAN

Mirzaeva D.Kh., Prokhorova A.V., TMA

Department of nervous diseases

Purpose: study of prevalence and clinical features of ALS in different regions of Uzbekistan. **Materials and methods:** Data on morbidity of ALS on base of register for the period of 2013-2014 was studied. During the analysis particular attention was paid to geographic epidemiology of ALS in different regions of Republic of Uzbekistan and to features of clinical manifestations of this disease in Uzbek nationality. **Results.** The analysis of data obtained through the register demonstrated that during the analyzed period there were 3,4 cases of ALS per 100 000 per year registered. 70% were patients from Andijan valley, 20% were patients from Surkhandarya and Kashkadarya regions, 10% were patients from Samarkand region. Gender analysis determined that women's quantity dominated among registered patients (60%, mean age 43±4,2 years), men accordingly formed 40% (mean age 48±3,4 years). Most patients associated the debut of ALS with virus disease in anamnesis or with supercooling. Genealogical analysis showed the absence of familial forms of the disease in our country. Analysis of clinical manifestations of ALS revealed that disease of 80% of patients debuted by bulbar and cervical forms; the disease of 20% of patients, respectively, by spinal and diffuse forms. The average life expectancy was 2,5±0,45 years during the bulbar and cervical forms of disease and 3±0,86 years during the spinal form of ALS. Study of the clinical course of ALS determined the onset of decompensation period on the average 6 month later after debut of the disease. **Conclusion.** Thus, the analysis of the register of ALS in Republic of Uzbekistan demonstrated that ALS was the most common disease in Andijan valley, primary occurred in women (aged from 40 to 60 years old), is not of a personal nature and mainly declares itself by bulbar and cervical forms.

THE INCIDENCE OF CONGENITAL HEART DEFECTS

Mirzarakhimova K.R., Rakhmonov T.O.

Tashkent state dentistry institute department of public health and medical rehabilitation

Department of public health and medical rehabilitation

Methods: Annually only in Uzbekistan is born more than 1 million children with congenital heart disease. And this means that the problem is not only touched you, and not just now. Much has been known for a long time doctors, a lot - long healing, and parents like you - the tens of thousands. They have experienced exactly the same as you are experiencing today. But you are now much easier because modern children Cardiology can learn about congenital literally everything to help - always and fix - almost always. And remember the main thing - about 97 percent of children operated on for CHD at an early age can lead a normal life - to grow, learn, work, create 97 percent of children operated on for CHD at an early age can lead a normal life - to grow, study, work, raise families. **Results:** Statistical observations, the locking frequency of congenital heart disease, are conducted for several decades. But I wonder what the statistics are constantly changing. The fact is that with the advent of new methods of investigation became possible to identify some flaws much earlier and more frequently than before. In addition, as the introduction and development of specialized cardiac care and improvement of knowledge experts in the field are diagnosed more often, i.e., just keeps getting better "detection". **Conclusion Discussion:** In the statistics of the centers, which made the operation will be other

figures relative frequency. This is because there are concentrated the patients in need of surgical care, often emergency. Cardiac clinics in our country a lot, and in recent years new centers. The following data on the number of operations performed in these clinics at the beginning of 2015. Be that as it may, when most of the UPU special urgency in operation there. This does not mean that nothing should be done. On the contrary, the child should show specialists at the slightest suspicion of the UPU, to know the exact diagnosis. And then, when the diagnosis is clear, we can talk about "the forecast", i.e., about what to do and when, and what might happen to the child in the future.

MODERN WAYS TO IMPROVE DIAGNOSIS DIAGNOSTICS FOR ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Nataliia O.S., PhD, assistant, BSMU; Nataliia G.V., PhD, professor, IFNMU

Plesh I.A., Phd, MD, professor, BSMU

Department of Patients Care and Higher Nursing Education, BSMU. Head - professor Plesh I.A., Phd, MD

Scientific advisor - Nataliia G.V., PhD, MD, professor

Objectives: The aim of present study was to improve present diagnostic methods for ALD, using the combination of clinical and pathomorphological scales. **Material and methods:** The total number of ALD patients was 40, aged 25 to 55 years, 32 male, 8 female, with the average disease duration about 5.5 years. The patients were divided into two groups according to MELD score (Model for End-Stage Liver Disease): group 1 - MELD \leq 30 (n=20); and group 2 - MELD \geq 30 (n=20). Examination methods included physical examinations, biochemical lab tests and liver biopsy. Obtained data were analyzed statistically using the Kaplan-Meier method. **Results:** METAVIR score was as following: group 1 - 45% of patients have shown A3 stage of histological activity index (HAI), due to the much expressed inflammatory process in liver. The number of patients with A1-A2 HAI A1 and A2 was 52% in this group. There was only one patient with no signs of inflammation at all (3%). At the same time, 34% of these patients were defined cirrhosis, and 66% - light stages of liver fibrosis: F0 (no fibrosis) - 13%, F1 (minimal fibrosis) - 22% and F2 (moderate fibrosis) - 31%. The majority of patients of group 2 (84%) had high values of HAI - A3, as compared to group 1 (r<0.05). The number of patients with HAI A1 and A2 was 9% and 7% correspondingly, which is significantly higher, than in group 1 (r<0.05). 100% of group 2 patients where having the last stage of fibrosis, i.e. they were cirrhotics. The Kaplan-Meier survival curve has demonstrated that one-, two- and three-months survival in group 1 was respectively 83%, 72% and 58%, while in group 2 these figures were significantly lower: 65%, 21% and 14% (r<0.05). **Conclusion.** Here, we reviewed the available evidence for the clinical value of new diagnostic methods of ALD in various stages of its progress. In summary, we emphasize the following point: combination of MELD and METAVIR scoring systems is the most reliable diagnostic method for ALD patients.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE DAILY MONITORING OF THE BLOOD PRESSURE IN PATIENTS SUFFERING FROM PRIMARY GOUT

Paraniuk Yu.D 25 students of the medical faculty №2 BSMU

Mikulets L.V. as. department of propedeutics international medicine bsmu

department of propedeutics international medicine (chief of department- professor Ilashuk T.O.)

Scientific advisor: as., PhD Mikulets L.V.)

HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

The aim of the research was to detect peculiarities of circadian rhythms of arterial hypertension in the patients with gout by means of daily monitoring of the blood pressure. Material and methods 47 patients afflicted with initial gout (44 men and 3 women) who were treated in stationary rheumatological department of Municipal Clinical hospital №3 (MCH) of the town of Chernivtsi during 2014-2015 years were examined. The middle age of the patients was 9,3 \pm 10,8 years. Duration of the disease constituted from 1 to 18 years. Depending on the indices of the blood pressure (BP), determined by Korotkov's method, the patients were divided into 2 groups. Group I consisted of the patients suffering from gout with normal indices of BP (11 persons), patients afflicted with gout at increased level of BP constituted group 2 (36 persons). Examination of the patients, except routine methods, included daily monitoring of the blood pressure (DMBP). This research was carried out by means of the combined cardiomonitoring device "Cardiotechnic-4000АД", of "Inkart" firm production (Russia). Monitoring was conducted with 15 min interval at day time and in 30min at night. Results In case of carrying out (DMBP) the presence of disorders of daily rhythms BP was revealed in both groups including group without clinical manifestations AH, what may indicate the availability of insidious AH. In group I (without AH) the medium level of MBP constituted 121,3 \pm 7,3 mm mercury and DBP - 81,3 \pm 4,7 mm mercury. In the second group - 153,7 \pm 18,9mm mercury and 95,3 \pm 12,5mm mercury correspondingly. An increase of indices of the medium MBP(day and night), DBP(day) was more often observed in group II and were 1,18, 1,2 and 1,1 times higher (correspondingly) than indices in group I. Changes of daily profile BP were revealed in both groups. The patients with daily profile MBP "dipper" - 45,4%, "nondipper" - 63,8%, "nightpeaker" - 18,2%, "overdipper" - 9,1%; In the second group: "dipper" - 33,3%, "nondipper" - 36,1%, "nightpeaker"- 25%, "overdipper" - 5,6%. An increase of medium IBP index was observed more often in group II of the patients with gout in case of AH (47,2% - against 18,2% in group I). Conclusions Thus, circadian BP changes were detected in the patients afflicted with gout at DMBP conduction even in the patients without AH clinical manifestations. Disorders of daily BP rhythms are additional risk factors of cardiovascular diseases. In order to prevent cardiovascular catastrophes and to reveal the insidious AH in the patients suffering from gout it is necessary purposeful cardiological examination.

ASSOCIATION OF AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WITH BASAL GANGLIA IMPAIRMENT

Mirzayeva D., Muinjonov B., Deleyn P., Prokhorova A.

Objectives: The aim of this study is to define extent of basal ganglia involvement in amyotrophic lateral sclerosis (ALS). **Methods:** The study included 45 patients with ALS and 50 healthy-controls. Thirty five patients with ALS had a negative c9orf72 status and 10 patients with ALS carried the c9orf72 hexanucleotide repeat expansion. High-resolution T1-weighted MRI data were used for model-based subcortical registration and segmentation. Changes in basal ganglia diffusivity parameters were also assessed. **Results:** Using age as a covariate, patients with ALS who were c9orf72 repeat negative showed significant volume reductions in the left caudate nucleus (p = 0.01), left hippocampus (p = 0.007), and right accumbens nucleus (p = 0.001) compared with healthy controls. Vertex-wise shape analyses revealed changes affecting the superior and inferior aspects of the bilateral thalami, the lateral and inferior portion of the left hippocampus, and the medial and superior aspect of the left caudate. Basal ganglia pathology was more extensive in patients with ALS carrying the c9orf72 hexanucleotide repeat expansion. **Conclusions:** Our study showed that ALS is associated with basal ganglia involvement. Caudate nucleus, hippocampus, and nucleus accumbens

atrophy are key features of ALS. Dysfunction of frontostriatal networks is likely to contribute to the unique neuropsychological profile of ALS, dominated by executive dysfunction, apathy, and deficits in social cognition.

RISK FACTORS AND SPREAD OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Paraniuk Yu.D 25 students of the medical faculty №2 BSMU

Mikulets L.V. as. department of propedeutics international medicine BSMU

Department of propedeutics international medicine (chief of department- professor Ilashuk T.O.)

Scientific advisor: as., PhD Mikulets L.V.

In the population of patients with rheumatoid arthritis (RA) arterial hypertension (AH) is one of the most spread risk factor associated with unfavourable prognosis concerning the development of cardio-vascular diseases. The mechanisms of development of AH in patients with RA are the combination of several factors both traditional risk factors of AH and characteristics of the underlying disease. Medical therapy of RA can be an additional factor provoking the development of AH in case of RA. Although, a relative contribution of these factors into the development of AH in patients with RA has not been detected exactly. The objective of our study was to examine the spread and risk factors in patients with rheumatoid arthritis. Materials and methods. 114 patients with RA hospitalized in the Rheumatological Department of the Municipal Clinical Hospital № 3 without accompanying cardiovascular diseases during 2014-2016 have been examined. The study was performed according to the main regulations of GCP ICH and Helsinki Declaration on biomedical investigations. The diagnosis of RA was verified according to the criteria suggested by ARA (1987), the Order of the Ministry of Public Health of Ukraine № 676, dated 12.10.2006. The average age of the patients was $43,3 \pm 9,3$. Duration of the disease ranged from 6 months to 12 years. Women dominated among the examined patients – 90 (79,0%), the majority of the individuals were serum positive by rheumatoid factor – 72 (63,2%). Practically all the patients had a polyarthritis form of the disease – 108 (94,7%). Exclusive criteria were: diabetes mellitus, clinical conditions associated with atherosclerosis, severe comorbid pathology of the internal organs. The mean value of the examined patients by DAS28 was $4,37 \pm 0,8$, HAQ – $1,32 \pm 0,5$. The patients with RA received basic therapy (methotrexate in the dose of 7,5-15 mg/week, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)). During clinical examination of the patients the availability of the following factors was found: smoking, obesity, family history of cardiovascular diseases. In addition to generally expected measurements, all the patients underwent measurement of their height, body weight, waist circumference, body mass index (BMI), DAS28, and HAQ were calculated. Results of the study. AH was found in 61 (53,5%) patients with RA. In the group of patients afflicted with RA and with AH the value of the systolic blood pressure (SBP) was in an average $146,7 \pm 16,4$ mm Mercury, diastolic blood pressure (DBP) was $93,4 \pm 9,8$ mm Mercury. In the group of patients afflicted with RA without AH these values were $115,4 \pm 12,3$ mm Mercury and $77,5 \pm 6,7$ mm Mercury respectively. The duration of AH in the general group of patients was in an average $4,37 \pm 3,14$ years. In 39 (34,2%) patients elevated BP was first found before RA onset, and in 75 (65,8%) patients – after it. Comparing the groups of patients afflicted with RA with AH and without it we have found the following: the patients with RA and AH were older ($p < 0,05$), and seropositive RA prevailed ($p < 0,05$). Analysis of the spread of cardiovascular risk factors among patients with RA revealed that in the group of patients with RA and AH BMI was higher ($26,3 \pm 2,7$) than that of the patients with RA and without AH ($23,3 \pm 1,7$). Their waist circumference was $86,3 \pm 10,7$ cm and $78,9 \pm 7,8$ cm respectively. Reliable differences concerning such risk factors as smoking, compromised family anamnesis, lipidogram values, were not found. Conclusions. In patients with rheumatoid arthritis, especially in case of its early form, a wide spread of AH was detected. In the majority of patients the disease developed against the ground of RA and was associated with traditional risk factors, rheumatoid factor (RF) available, duration of intake of NSAIDs and glucocorticoids. The evidence obtained is indicative of the necessity of early diagnostics and effective therapy of AH with RA.

DIAGNOSTIC VALUE OF CHANGES FATTY ACIDS COMPOSITION IN BLOOD PLASMA IN SUFFERING FROM CASEOUS PNEUMONIA

Pikas H.B., Pikas O.B. doctor, department of physiology and pulmonology

The O.O. Bogomolets National medical University (Department head Prof. V.I. Petrenko), Kiev

Supervisor: candidate of technical sciences T.S. Bryuzgina

The reactions of lipid peroxidation (LPO) constantly pass in humans. The main substrate for lipid peroxidation are phospholipids membranes that form during the hydrolysis fatty acids (FA). **Objective:** the study was aimed at studying and evaluating fatty-acid composition of plasma lipids in suffering from caseous pneumonia. **Problem:** determine the composition of fatty-acid of plasma lipids in suffering from caseous pneumonia. **Materials and methods.** It examined 103 (62,42 % of 165) healthy persons aged 18-65 years (group I) and 62 (37,58 % of 165) of patients with caseous pneumonia of the same age (group II). Fatty-acid composition of plasma lipids to study by the biochemical method using a gas-liquid chromatograph "Cvet – 500". **Results and discussion.** Essential changes were revealed in fatty-acid spectrum of plasma lipids in suffering from caseous pneumonia. They consisted in significant reduction in saturated fatty acid contents against a background of an elevation in total unsaturated fatty acid contents as well as total polyunsaturated fatty acid contents as a result of augmented activation of the lipid peroxidation processes. In suffering from caseous pneumonia the amount of palmitic fatty acid (C16:0) reduction up 1,45 times that ($p < 0,001$), of stearic fatty acid (C18:0) reduction up 2,48 times that ($p < 0,001$) as compared with the control group. In control group amount of palmitic fatty acid was $(37,1 \pm 1,6)$ %, amount of palmitic fatty acid – $(13,4 \pm 0,7)$ %. In patients with caseous pneumonia in plasma appeared myristic fatty acid (C14:0) ($p < 0,001$), the amount of which was $(39,0 \pm 3,0)$ %; in healthy individuals myristic fatty acid is missing. The amount of arachidonic fatty acid (C20:4) grows up 1,33 times that ($p < 0,05$), of linoleic fatty acid (C18:2) and of oleic (C18:1) fatty acid reduction up 3,63 times and up 2,01 times ($p < 0,001$) as compared with the control group. Changes in the composition of fatty acids in the blood plasma of patients with caseous pneumonia leads to a decrease in the total content of polyunsaturated fatty acids to $(14,4 \pm 2,0)$ % ($(33,3 \pm 1,5)$ % in the control group) and a decrease in the total content of unsaturated fatty acids to $(22,4 \pm 2,3)$ % at a rate of $(49,5 \pm 1,6)$ %, $p < 0,001$. The total level of saturated fatty acids in the blood plasma of patients with caseous pneumonia increased to $(77,6 \pm 2,3)$ % at $(50,5 \pm 1,6)$ % in healthy subjects, $p < 0,001$. **Conclusions:** 1. Our results showed that the importance of the development of caseous pneumonia is lipid metabolism in the lungs, which is displayed on the composition of fatty acids in plasma and should be considered when treating these patients and there is the prospect of further research. 2. Significantly pronounced changes the spectrum of fatty acids in plasma determine their susceptibility to lipid peroxidation, which allows to evaluate the nature of the metabolic processes and establish the severity and consequences of the disease in patients with pulmonary tuberculosis (by determining the fatty acid composition of plasma), which is also in the long term of our research.

THICKNESS OF EPICARDIAL ADIPOSE AS RISK FACTOR OF THE DEVELOPMENT
OF ISCHEMIC DISEASES OF THE HEART

Rajabova R.Sh., Shukurjonova S.M.

Chair of internal medicine for training GP with clinical allergology, TMA

Epicardial adipose tissue (EAT) refers to the fat depot that exists on the surface of the myocardium and is contained entirely beneath the pericardium, thus surrounding and in direct contact with the major coronary arteries and their branches. EAT is a biologically active organ that may play a role in the association between obesity and coronary artery disease (CAD). Echocardiographic assessment of this tissue is an easy and reliable marker of cardiometabolic risk. **The purpose of research.** The study of thickness of epicardial adipose tissue as criterion of progression in patients with Coronary heart disease. Angina pectoris depending on anthropometric parameters, lipid spectrum data and the results of veloergometric sample. **Material and methods.** 60 male patients have been examined who were treated in cardiology department of the 1st -clinic of Tashkent Medical Academy, aged from 40 to 60. The average age is 54,1±3,5. Duration of anamnesis of ischemic diseases of the heart ranged from 2 to 4 years. Arterial hypertension was marked in 82,5 % patients, obesity was detected in 68,5%. All patients have been underwent the following research methods: anthropometric measurements, clinical methods, laboratory and instrumental methods (ECG, stress functional tests, echocardiogram). **The results of research.** In study results it was established that in all patients were noted lipid metabolism as increased general cholesterol in blood content till 5,8±0,04 mmol/l, low-density lipoproteins (LDL) 4,25±0.03 mmol/l, hypertriglyceridemia 2,22±0,04 mmol/l, high-density lipoproteins (HDL) decreased to 0.81±0,02 mmol/l. According to echocardiogram there have been noted the increase of myocardium mass of the left ventricle (MMLV) to 284,6±8,6gr. The increase of the left ventricle mass occurred due to hypertrophy of the interventricular septum, which was confirmed by the increase of interventricular septum thickness of left ventricle to 1,3±0,02. Diastolic dysfunction was determined in 23% patients. Epicardial adipose tissue thickness ranged from 4,5 to 12,5 mm and on average 8,6±0,5 mm by data of ECG. When analyzing the results of VEM-samples index Duke was taken as criterion of prognosis of the disease and it was revealed that in 11% patients - high risk group with index Duke<-10 and Epicardial adipose tissue thickness 11,5±0,8 mm, in 75% patients - medium risk (index Duke from -10 to 4) and Epicardial adipose tissue thickness - 8,1±0,3 mm, the low-risk group - 14 %, respectively with index >5 and Epicardial adipose tissue thickness of 6,7±0,7 mm were observed. **Conclusion:** thickness of epicardial adipose tissue in patients of high risk course of IDH was higher than in patients with low risk of the course of disease. Thus, Epicardial adipose tissue thickness may serve as marker of the course of ischemic diseases of the heart (IDH).

CLINICAL IMPORTANCE OF EPICARDIAL ADIPOSE TISSUE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Rajabova R.Sh., 2nd course of master of cardiology

Chair of internal medicine for training GP with clinical allergology (head of the chair- c.m.s. Nurillayeva N.M.) TMA

Supervisor of studies: c.m.s., associate prof. Shukurjanova S.M.

Epicardial adipose tissue (EAT) refers to the fat depot that exists on the surface of the myocardium and is contained entirely beneath the pericardium, thus surrounding and in direct contact with the major coronary arteries and their branches. EAT is a biologically active organ that may play a role in the association between obesity and coronary artery disease (CAD). Echocardiographic assessment of this tissue is an easy and reliable marker of cardiometabolic risk. **The purpose of research.** The study of thickness of epicardial adipose tissue as criterion of progression in patients with Coronary heart disease. Angina pectoris depending on anthropometric parameters, lipid spectrum data and the results of veloergometric sample. **Material and methods.** 60 male patients have been examined who were treated in cardiology department of the 1st -clinic of Tashkent Medical Academy, aged from 40 to 60. The average age is 54,1±3,5. Duration of anamnesis of ischemic diseases of the heart ranged from 2 to 4 years. Arterial hypertension was marked in 82,5 % patients, obesity was detected in 68,5%. All patients have been underwent the following research methods: anthropometric measurements, clinical methods, laboratory and instrumental methods (ECG, stress functional tests, echocardiogram). **The results of research.** In study results it was established that in all patients were noted lipid metabolism as increased general cholesterol in blood content till 5,6±0,04 mmol/l, low-density lipoproteins (LDL) 4,05±0.03 mmol/l, hypertriglyceridemia 2,22±0,04 mmol/l, high-density lipoproteins (HDL) decreased to 0.81±0,02 mmol/l. According to echocardiogram there have been noted the increase of myocardium mass of the left ventricle (MMLV) to 284,6±8,6gr. The increase of the left ventricle mass occurred due to hypertrophy of the interventricular septum, which was confirmed by the increase of interventricular septum thickness of left ventricle to 1,3±0,02. Diastolic dysfunction was determined in 23% patients. Epicardial adipose tissue thickness ranged from 4,5 to 12,5 mm and on average 8,6±0,5 mm by data of ECG. In our patients EAT thickness correlated inversely with the BMI ($r = 0,44$, $p < 0,01$). EAT thickness was strongly related to MMLV ($r=0,66$, $P<0,01$). When analyzing the results of VEM-samples index Duke was taken as criterion of prognosis of the disease and it was revealed that in 11% patients - high risk group with index Duke<-10 and Epicardial adipose tissue thickness 11,5±0,8 mm, in 75% patients - medium risk (index Duke from -10 to 4) and Epicardial adipose tissue thickness - 8,1±0,3 mm, the low-risk group - 14 %, respectively with index >5 and Epicardial adipose tissue thickness of 6,7±0,7 mm were observed. **Conclusion:** thickness of epicardial adipose tissue in patients of high risk course of CAD was higher than in patients with low risk of the course of disease. Thus, Epicardial adipose tissue thickness may serve as marker of the course of ischemic diseases of the heart (IDH).

STUDY THE DIFFERENCE OF ISCHEMIC STROKE RISK IN PATIENTS WHO HAD TRANSIENT
ISCHEMIC ATTACK CAUSED BY CAROTID AND INTRACRANIAL ARTERIES LESIONS

Rakhimberdiyev Sh.R., student of masters degree of neurology at TMA

The chair of neurology (head of the chair - d.m.s. Rakhimbaeva G.S.)

Scientific adviser: assistant, c.m.s. Musaeva Yu.A.

Aim: The aims of this study were to determine the differences in clinical characteristics and the risk of ischemic stroke between patients with transient ischemic attack (TIA) attributable to extracranial carotid and intracranial artery occlusive lesions. **Materials and methods:** Among 56 patients admitted to our stroke care unit within 48 h of TIA onset between September 2015 and December 2015, 31 patients (19 men, mean age 69.4 years) with large artery occlusive lesions relevant to symptoms were included in this study. The primary endpoints were ischemic stroke at 2 and 50 days after TIA onset. **Results:** Twelfth patients had carotid artery occlusive lesions (extracranial group), and 19 patients had intracranial artery occlusive lesions (intracranial group). Patients in the intracranial group were significantly younger, had lower levels of fibrinogen, and were less likely to have occlusion when compared with those in the extracranial group. Seven patients in the extracranial group and none in the intracranial group

underwent revascularization procedures within 50 days of TIA onset. The 2-day risk = 14.2%, ($p = 0.044$) and the 50-day risk = 17.1%, ($p = 0.020$) of ischemic stroke after TIA onset were significantly higher in the intracranial group than in the extracranial group. **Conclusions:** Among our patients with TIA caused by large artery disease, patients with intracranial artery occlusive lesions were more frequent and were at higher risk of early ischemic stroke than those with extracranial carotid artery occlusive lesions. These data highlight the importance of prompt assessment of intracranial artery lesions in patients with TIA.

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION, UNDER IN-HOSPITAL CONDITIONS

Saydakhmedova M., the student of 104 group, faculty of medical pedagogics

Department of the medical rehabilitation and sports medicine (the head of department – PhD Mavlyanova Z.)

Scientific advisor: PhD Mavlyanova Z.

Objective: To study the effectiveness of therapeutic exercises as the main form of physical rehabilitation of patients after myocardial infarction on bed rest of an inpatient mode. Physiotherapy of patients with myocardial infarction begins at the 2-3-rd day of illness, during the patient's staying in hospital on bed rest, immediately after elimination of pain and complications. It is necessary to stop the exercise, if at the time of physiotherapy patients feel discomfort, dizziness, unpleasant sense in heart, palpitations, dyspnea, and irregularity of heart. Terms of medical gymnastics' appointment and its volume is determined by the therapist. Classes are conducted by gymnastics instructor, maintain patient's rest cure. Exercises are performed in slow motion, with a pause for having a rest after each exercise. The treatment lasts 8-10 minutes. Breathing is arbitrary. 1. Flexion and extension of fingers - 6-8 times. 2. Flexion and extension of feet- 6-8 times. 3. Flexion and extension in the wrist joints - 6-8 times. 4. Flexion and extension at the ankle joints - 6-8 times. 5. Circular movements in the wrist joints - 6-8 times. 6. Circular movements in the ankle joints - 6-8 times. 7. Flexion and extension of the elbow - 2-3. 8. Raising hands up, opening and closing fingers in a fist - 6-8 times. 9. Turning head from side to side - 4-6 times. 10. Bending legs at the knees alternately, slipping feet on the bed - 4-6 times. From the 2-3 rd classes, flexion and extension of legs are carried out simultaneously - one leg bent and the other unbent. 11. Alternate lowering of legs bent in the knees to the right, then to the left side - 4-6 times. 12. Moving aside both right hand and left foot, turning head to the right, then doing the same with left hand and right foot, as well as turning head to the left - 3-5 times. 13. Stretching to bent knees with hands raised forward and up, by lifting head - 2-3 times. 14. Alternate straightening of bent knees up - 4-6 times. This activity is included to the complex from the 3-4th classes. 15. Touching with the right (left) hand of the opposite edge of the bed - 3-4 times. 16. Alternating moderate tension and relaxation of the gluteal muscles, muscles of the lower limbs and the pelvic floor within 2-2.5 s - 4-5 times. This activity is included to the range of exercises from the 2-3 rd classes. 17. Keeping hands along body. Raising hands up - inhale, return to the initial position - exhale. Repeat 2-3 times. Thus, physical rehabilitation after myocardial infarction is aimed at achieving optimal conditions for the patient's quality of life. The most important part is the cardio-rehabilitative physiotherapy, physical exercises that train the heart muscle, the heart vessels. Furthermore, physiotherapy leads to a reduction of cholesterol in blood, decreases high blood pressure and excess body weight, as well as diminishes the risk of stress, and most importantly, reduces the risk of repeating heart attack twice in comparison with patients who are not engaged in physical activity.

SUPPLEMENTATION INFLUENCES OF OMEGA-3 FATTY ACID TO ADIPOKINES LEVEL AND IMPROVES DYSLIPIDEMIA IN OBESE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, OSTEOARTHRITIS AND THEIR COINCIDENCE

Shvets N.V.

Higher state educational establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Install that omega-3 fatty acid supplementation have potential of restoring of natural balance of adipokines (leptin, adiponectin) and mild lipid-lowering action in obese patients with arterial hypertension, osteoarthritis and their combination, so, seems to be useful in therapeutic patterns for mentioned diseases. **Materials and Methods.** 100 patients were examined, 35 - with primary arterial hypertension (AH), 35 - with osteoarthritis (OA) and 30 - with AH + coinciding OA among them. Control measurements were performed in healthy subjects group ($n = 22$), who had no signs of exacerbation of any chronic pathology or acute diseases including respiratory during minimally 3-months period. Control group corresponded to clinical groups by age, gender ratio and body mass index (BMI). Anthropometry - weight and height - was done on same day with blood collection using metrologically controlled devices. Body mass index (BMI) was calculated using standard formula. Blood for biochemical measurements and adipokines level detection was collected on 1st or 2nd day of patients in hospital, in same time (around 9-10 a.m.), in fasting state, at least 12 hours after last meals intake. Heavy physical loading, alcohol intake and fatty food were prohibited during 24 hours before blood testing. Leptin and adiponectin blood content were measured employing ELISA test which use of Assaypro diagnostic kit over certified analyser. Biochemical tests were performed in Central Diagnostic Center of Chernivtsi Region. All patients depending on nosology were prescribed standard basic therapy which included Epadol-neo it was taken by patients in QD regimen, 2 caps per intake during 2 months. **Obtained results.** Analysis of leptin content in blood serum of healthy people revealed mild statistically not supported trend to dependence from BMI, and values of leptin in both people with optimal and increased BMI remained within average for population, determined as normal by analytical set producers (1,1 - 27,6 ng/ml) (pic. 1). Leptin level in OA patients demonstrated great differences depending on BMI. Those with increased weight had significantly higher leptin levels comparing optimal BMI group ($40,5 \pm 4,3$ vs $16,38 \pm 4,87$, ng/ml). Around 30% of patients with optimal BMI and 90% - with increased BMI demonstrated increased total cholesterol concentration. Similar trend was observed in patients with AH: much higher statistically significant leptin levels in obese representatives ($17,9 \pm 4,36$ vs $49,3 \pm 5,48$ ng/ml, ($p < 0,05$)), and in those with coincidence of OA and AH ($33,0 \pm 4,94$ vs $55,4 \pm 4,62$ ng/ml, ($p < 0,05$)), pic.1. 83% patients with AH and 100% - with OA joined with OA demonstrated biochemical signs of dyslipidaemia. We observed no significant differences of adiponectin concentration in serum of healthy people with different BMI. Increase of BMI in both subgroups was accompanied with statistically significant decrease of adiponectin concentration - $14,6 \pm 2,91$ ng/ml in obese OA patients and $18,1 \pm 1,52$ ng/ml in obese AH patients. Additional implication of Epadol-Neo containing omega-3-unsaturated fatty acids markedly significantly decreased leptin content in obese patients with AH: from $49,3 \pm 5,48$ ng/ml to $16,5 \pm 1,73$ ng/ml ($p < 0,05$), final value returned to normal range. Adiponectin levels were more sensitive to treatment. Ositive statistically approved changes were observed in comparative group patients with all investigated pathologies (isolated OA, AH and their coincidence) after 2 months of administration of standard therapy. Additional prescription of Epadol-Neo containing omega-3-unsaturated fatty acids lead to

further improvement of adiponectin level, but difference with comparative group was not proven statistically. **Conclusions.** Omega-3 fatty acid supplementation has potential of restoring of natural balance of adipokines (leptin, adiponectin) and mild lipid-lowering action in obese patients with arterial hypertension, osteoarthritis and their combination, so, seems to be useful in therapeutic patterns for mentioned diseases. Exact mechanisms, dosage and longer duration of therapy may be promising subject for further investigation.

FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN VARIOUS ETHNIC GROUPS

**Nurtas Aubakir, Meruyert Seidlazym, Dinar Jandoskizi, Saltanat Umetay students of 5th year,
Faculty of General Medicine 001-01group KazNMU them. SD Asfendiyarov
Department of Ambulance and Emergency medical aid (Head of the Department. Professor D.M.N Turlanov K.M.)
Supervisor: assistant Zhubatkanova Zh.K.**

The aim of this study is to identify the main causes and characteristics of hypertension among the three largest ethnic populations of Almaty - Kazakh, Russian and Uighur. **The method:** for researching were selected 3 groups by 20 people (Kazakhs, Uighurs and Russian) who live in Almaty, totally 60 people with hypertension have been selected, their average age was $54,1 \pm 0,5$. **The screening program included:** 1. Standard survey was made to determine the dietary patterns, the nature of hypertension and determine the clinical course. 2. Risk factor like obesity with a BMI ≥ 30 kg/m²; smoking even smoking one cigarette per day. 3. Measurement of blood pressure by ordinary sphygmomanometer with an interval 1-2 minutes in a sitting position. The average blood pressure (BP av) was calculated by the formula: $BP\ av = (2DBP + SBP) \div 3$ (mmHg). 4. Determination of pulse (Ps). The average age in the Kazakh population was 55.9, in Russian - 54.7 and in Uighur - 51.9, all age groups were comparable. To identify the cardiovascular risk factors was selected such criteria such as: bad habits (smoking), obese (BMI ≥ 30 kg / m²) and heredity. Abuse of smoking were observed in 40.0% of the Uighurs and 50.0% in the Russian and Kazakh populations, while obesity increased from 45.0 to 55.0% in the Kazakh, Russian and Uighur populations, consistently. Among observed 45.0% of Kazakhs, 75.0% of Russian, 60.0% of Uighur had heredity. Thus, the Uighur population has higher values of family heredity than Russian for 20.0% and higher than Kazakh population for 40%. In the daily diet of the Kazakh and Uighur populations dominate proteins and fats, which is equal to 55,0% and 65,0%. The addiction to salty foods noted 40.0% of Kazakhs, 60.0% of Russian and 85.5% of Uighur (regular drink "Etken-tea"). The longest anamnesis of hypertension seen in the Uighur population and amounted to 13.2 years, while in the Russian and Kazakh populations, this figure amounted to 8.2 and 8.6 years. The main reason of increased BP in all groups was stress, 55,0-65,0%, the remaining 10,0-25,0% distributed among such reasons as adverse weather conditions, and 10,0-25,0% of increased BP couldn't associate with anything. 70.0% of Kazakhs noted increased BP 1 time per week, and 20.0% 2-3 times per week. 65.0% Russian noted increased blood pressure 1 time per week, and 35.0% 2-3 times per week. And 50.0% of Uighur population noted increased blood pressure 1 time per week, 45.0% 2-3 times per week, and 5.0% every day. The highest average BP - 112.4 mmHg noted in the Uighur population, lower rate in the Kazakh population - 105.6 mmHg and the lowest rate determined in the Russian population - 102.2 mmHg. Pulse indicators have the same tendency: 78.9 beats per minute - in Uighur, 76.2 in Kazakh and 73.1 in Russian populations. **Conclusion:** Among the main causes of AH from three largest ethnic populations in Almaty - Uighur population showed the highest value of family heredity, which is higher to 20.0% and 40% than the Russian and Kazakh populations. Also in this population experienced the largest anamnesis of hypertension and highest rates of average blood pressure, which exceeded to 6.1% the Kazakh and to 9.1% the Russian populations'. And pulse was higher to 3.4% than the mean population value. The main reason for this situation, in our opinion is a passion for salty foods that according to the survey, in Uighur population is higher to 27.5% compared to the average value.

CHARACTERISTIC OF SIDE EFFECTS CAUSED BY ANALGESICS, ANTIPYRETICS AND NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS WHICH WERE PRESCRIBED BY MEDICAL DOCTORS OF VINNITSA REGION OF UKRAINE IN 2015

**Stepaniuk N.H., Hladkykh F.V., Basarab O.V.
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University (Vinnitsya, Ukraine)**

The problem of proper rational use of medicines exist in the world. This applies in particular analgesics, antipyretics and actually NSAIDs. In Ukraine, the adverse reactions caused no steroid antyflohistykamy, rank second in frequency among all registered. The aim of the study was to analyze carte spontaneous reports of adverse reactions caused by the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and analgesics, antipyretics actually submitted during 2015 to the Vinnytsia regional branch of the State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine. The study showed that in 2015, in the Vinnytsia region were registered 1460 cases of side effects or lack of effect of drugs in their medical application. Among all diagnosed cases of adverse reactions caused by nonsteroidal anti-inflammatory drugs and analgesics, antipyretics, with proven causation (94%) the share of diclofenac sodium accounted 42% of adverse reactions ibuprofen - 24%, paracetamol - 11% analgin (metamizole sodium) - 9%, nimesulide - 8%. Distribution of patients by age showed heterogeneity in the appointment of these drugs, such as ibuprofen and acetaminophen used mostly teenagers, analginum - young people and older people nimesulide. Diclofenac retained the stable position "gold standard" in the treatment and uniformly administered to patients of all ages. In addition it was found that nimesulide and diclofenac were appointed mainly to patients with rheumatic disorders, and ibuprofen, paracetamol and analgin - for the treatment of acute respiratory viral infections (hipertermyny syndrome). It should be noted that among the manifestations of adverse reactions studied means leading position occupied by allergic reactions.

NEW METHOD OF IMPROVING CARDIAC AUSCULTATION THROUGH LISTENING TO MULTILAYER AUDIO TRACK

**Sultankhonov S., Razikov A.A, Rakhimova M.E. master students in the department of GPs therapy №2 of TMA
(Head of department - MD, PhD. Prof. Akhmedov Kh.S.)
Scientific supervisor: Associate professor, Rakhimova M.E.**

Aim and tasks. The aim of this study was to increase the ability of young cardiologists, as well as medical students to auscultate the heart. Namely, to hear each of the sounds that accompany cardiac activity differentially in healthy people, as well as in various pathologies. Following objectives are adopted to achieve the goal: 1) to determine the correlation between the ability to differentially listen to layers of tracks and the ability to define all audio components of the cardiac cycle; 2) explore the possibility of improving the ability of a participant to differentiated auscultation of the heart by repeated listening to a specially designed

multi-layer audio tracks. **Materials and methods.** Work carried out on the basis of cardiology department of 3rd clinics of TMA. The study involved 12 Masters of Cardiology. In the first stage of the test, each master was offered to listen to an audio track using headphones. The track was created by a professional specially for testing and consisted of 8 layers which are played simultaneously. The subject had to mentally distinguish one of the layer and play it with his/her voice. The data were verified with the computer. If we had a similar layer in computer, the answer was counted as correct and Master proceeded with identification of the next layer of the track. At the end of the stage all correct answers were summarized and tabulated. In the second stage, the participants were asked to auscultate the heart. An experienced cardiologist M.E. Rahimova previously examined the patient, whose heart was supposed to be auscultated. Six auscultation phenomena were defined in this patient. Participants of the test should have described as many phenomena as they could. The number of truly detected sounds tabulated for every master correspondingly. Data was analyzed. **Results of the study.** The average value of the results of the first stage was $5,5 \pm 1,44$ and of the second stage - $4,5 \pm 0,99$. Mode was equal to 4 in both tests. Two masters showed maximal results (8 out of 8) in track identifying. But most of participants could find only half of the sounds. These data totally corresponded to results of 2nd stage of investigation, where leaders performed as well as in previous test. From these data correlation ratio is calculated, which was equal to 0,91. **Summary and Conclusions.** Strong direct correlation is observed between the ability to break down a track into its components and differentially listen to the sounds of the heart. The more "musical phrases" could contestant isolate from all variety of sounds of track, the more auscultation phenomena he/she was able to identify. Hence better examination of a heart was done. Based on the results and conclusions it is considered to hold the second part of the study, namely, to study the possibility of improving auscultation skills by repetitive listening to specially created audio tracks.

EFFICACY OF LASER THERAPY IN INFANTS WITH INFECTIOUS-INFLAMMATORY RESPIRATORY DISEASES

Tashmukhamedova B.E.

Tashkent institute of postgraduate medical education, Tashkent, Uzbekistan

Despite the fact that over the last decade in our country and the world have achieved significant progress in the diagnosis and treatment of infectious and inflammatory diseases of the respiratory system in infants, these diseases are still an acute problem not only pulmonology, pediatrics and as a whole. Thus, according to WHO, about 155 million cases of pneumonia in children in the world each year, with one killed about 1.4 million before the age of five years. Thus, this disease is one of the leading causes of child mortality worldwide. According to sample surveys in a number of cities on the stages of nursing infants, infectious diseases detected in 50-60% of hospitalized children, preterm children - 70 %. Of these, up to 35 % of newborns come with purulent-inflammatory and other infectious diseases directly from maternity hospitals. Including 20% of children pyo-inflammatory diseases are detected in the first 3-5 days after admission, which suggests their infection in the maternity hospital. Admission to the children's hospitals of the large number of infected infants poses a threat for the occurrence of nosocomial diseases directly to the children's hospital. In the course of the rehabilitation of patients with pneumonia of children along with the use of drugs, use non-drug remedies and treatments. It should be noted that non-drug program is still insufficiently used in pediatrics and the need for their propagation in the medical practice is evident. **Purpose of the research.** To define the efficacy of laser therapy in infants with infectious-inflammatory respiratory diseases. **Material and methods.** We conducted a survey of 115 healthy and sick children with pneumonia received in-patient treatment CCCH number 1 in Tashkent. 34.8% of sick children came to the hospital in serious condition medium, while 36.5% received diagnosed with severe pneumonia. In 45% of the surveyed children combined with the basic pathology of infectious processes: catarrhal omphalitis, trombovaskulit of umbilical vessels, the phenomenon of acute respiratory viral infection, conjunctivitis, catarrhal otitis media, while 55% found concomitant pathology of the central nervous system. Observed the children were divided into 3 groups: The control group consisted of 18 healthy newborns; comparison group - from 45 infants with pneumonia who received conventional basic therapy according to current guidelines and standards, and the main group - 48 infants with pneumonia who received conventional therapy in combination with low-intensity laser radiation. We used the "Vostok" laser therapeutic device for scientific research. Laser therapy was carried out according to the developed scheme taking into account the existing recommendations. **Results of investigation and discussion.** In 94% of the children surveyed had acute onset pneumonia, clinically manifested wet cough (80 %), symptoms of intoxication (95%). Availability febrile fever during the early days of the disease was noted in 80% of cases. In 20% of cases occurring with normothermia. In 30% of cases the disease was preceded by ARVI. Typical local the physical changes in the lungs were detected only in 30% of cases. The remaining children were heard hard breathing, diffuse variegated wheezing. Tachypnea noted in 31%, tachycardia - in 48% of cases. In 15% of cases limited cyanosis of the skin in the nasolabial triangle it was expressed. In 10% of patients revealed mild hepatomegaly. Hemogram at first days of the disease characterized by leukocytosis and a shift in blood counts in 16% of cases. All infants had radiographic evidence of pneumonia. In 86.6% of the changes in lung tissue had a focal, in others - the drain - focal character. Most often observed localization of bilateral pneumonic changes (66.6 %). Most children diagnosed burdened premorbid background (71.6%). Among the background conditions prevailed secondary immunodeficiency states (14 %), perinatal pathology of the central nervous system (27.7%). Laser therapy in children with pneumonia was used with 2 - 3 day hospital stay, during the reduction of symptoms of intoxication and to reduce body temperature. By the end of LT 80 % disappeared infiltrative changes in the lungs, improved clinical and laboratory findings (reduced or completely disappeared wheezing, hemogram indicators have stabilized - with the normalization of ESR and positive dynamics of leukocyte). All patients were well tolerated. **Conclusion.** The effectiveness of laser therapy is expressed in the improvement of blood circulation, normalization of impaired circulation, activation of metabolic processes in the outbreak, reducing tissue edema, prevention of acidosis and hypoxia, a direct impact on the microbial factor and activation of the immune system.

CONTENT AND COMPONENT OF ESSENTIAL OILS OF OCIMUM AMERICANUM L. HERB

Voytiv K.Ya., student of 2 course, pharmaceutical faculty, Shanayda Yu.V. student of 3 course, Dentistry Faculty

Department of pharmacognosy with medical botany (head of department: prof. S.M. Marchyshyn), I. Horbachevsky Ternopil State Medical University (Ukraine)

Scientific advisor: c.b.s., ass.-prof. Shanayda M.I.

Actuality. Essential oils are a multicomponent mixture of volatile organic compounds (include hydrocarbons, alcohols, aldehydes, ketones, esters), which are formed in the plants and cause their smell, taste and medicinal properties. Aromatic herbs attracted the attention of scientists as a promising source of new raw herbal remedies in which medicinal properties are often combined with a pleasant smell and taste. *Ocimum americanum* L. is an aromatic plant which began to spread in Ukrainian

botanical garden in recent years and is insufficiently studied in scientific terms. **The aim of study.** Analysis of content and component of essential oils of *Ocimum americanum* (Lamiaceae) herbs which is not enough studied in phytochemicals terms. **Materials and methods.** Aerial part of investigated plant was harvested in Ternopil region conditions (Ukraine) in the summer period of 2015 year. The essential oil obtained from the dried herb of plant collected during the mass flowering period by steam distillation according to State Pharmacopoeia (XI edition). The content of essential oils components was performed by high performance liquid chromatography (HPLC) on Agilent Technologies 6890 N with mass spectrometric detector 5973N. Identification was carried out on the basis of comparison of the mass spectra data library NIST05-WILEY. **Results.** It was found that the content of essential oil in *Ocimum americanum* herb is 0,72 %. Investigated essential oil is a clear, yellowish liquid with a slight smell of lemon balm. The taste is bitter and has slightly burning effect on the mucous membranes of the mouth. The HPLC-analysis found that investigated herb accumulates in essential oils 47 components. The dominant components are linalool (49,84 %), methylchavicol (8,27%), 1,8-cineol (6,75%) and epi- γ -cadinole (5,86%), camphor (3,09 %), eugenol (2,52%), α -terpineol (2,4%), bornil acetate (2,39%), β -elemen (2,09%), germacrene D (2,06%), α -bulnezene (1,86%), α -amorfen (1,49%) and epi-cubanol (1,09%). As seen from the results the monoterpene linalool is prevalent component of essential oil of *Ocimum americanum* herb. Scientists have established the sedative and antiviral properties of linalool. Methylchavicol belongs to aromatic compounds with antiseptic, anti-inflammatory and expectorant properties. Other components undoubtedly also play an important role in the whole biological impact of the essential oil. **Conclusion.** Identified dominant components of *Ocimum americanum* essential oil indicate the prospects regarding the study reducing the viability of pathogenic microorganisms and as sedative, antioxidant, anti-inflammatory and other pharmacological activities.

INVESTIGATION OF SOME INDEXES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF STUDENTS

Yuldasheva D., 348 group, 3rd course student of faculty «General Medicine», Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan

Module of Normal Physiology (head of department – Roslyakova E.M.- c.m.s)

Supervisor: Baizhanova N.S.- c.b.s., docent.

Purpose of the study: Functional condition of the cardiovascular system of the organism depends on many factors. Studying of a condition CVS of students enables to understand the adaptation mechanisms of the younger generation, their dependence on environmental and physiological factors. The aim of the study was to determine a functional condition of some cardiovascular indicators of medical students. **Materials and methods:** In the study voluntarily participated 3rd year students (boys and girls) and boy-students from Afghanistan of the Faculty of General Medicine. For assess the functional condition of the cardiovascular system was determined the heart rate by palpation, blood pressure (SP, DP) by the method of Korotkov, height and body weight by the common methods. By the obtained data were calculated pulse, a DMP, SBV and MBV the volume of blood circulation. Adaptation potential was calculated according to the formula of R.M. Baevsky. **Results:** According presenting data, showed that pulse rate, blood pressure of boy students and girl students in the normal values. The value of the Minute blood volume was higher in girls compared with boys at 14.5%. Adaptive capacity of girls was lower by 17.3%. Indicator of SBV in students with normal sleep duration is more than in students with sleep deficiency by 1.7% and the MBV - 1.5%, respectively. So, the value of SBV and MBV of compared groups differ only slightly. 43.3% of the students do sports, and more of them are boys. Adaptation potential of student - athletes was higher than index students not involved in sports by 15.3%. When comparing SBV and MBV data of students studying in the first half of the day, these figures were lower than of students of first half study. Also the AP more favorable in students with first shift than students 2nd shift. In foreign students the level of blood pressure, the value of DMP were lower than in local students. Indicators SBV and MBV of Afghans were higher than MBV of students from Kazakhstan. The value of AP of Afghans by 13.9% lower than the AP of local students, which indicates a satisfactory adaptation of cardiovascular system of foreign students. **Conclusions:** 1. Identified the gender differences in indicators of CVS adaptation. The level of blood pressure in young men is higher than in girls, also the value of SBV, MBV of young men is lower compared to girls. AP indicator of girls is lower compared with boys 2. The value of the adaptive capacity of the circulatory system of young people (or students) indicates a satisfactory adaptation. 3. 60% of the students sleep time on weekdays below the physiological norm, and in most cases girls sleep less. Indicators SBV and MBV of students with a lack of sleep is lower. Also, found less satisfactory adaptation of the CVS of students with a shorter duration of sleep. 4. Indicator "Adaptation potential" of student-athletes is higher than in students are not involved in sports, which indicates a more satisfactory adaptation of the circulatory system of athletes. 5. Presented data of SBV and MBV, data on adaptive capacities show a more satisfactory adaptation of the circulatory system of students who study in the first half of the day. 6. Observed some differences on values of heart rate in the medical university students, according climatic region of residence before studies. Lower values of blood pressure, AP and higher values of SBV and MBV of foreign students, showing a better functional state of CVS of foreign students and indicate on differences of the function of the adaptation homeostasis depending on climatic factors.

ВИЧ-ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТУБЕРКУЛЕЗ КЛИНИК КЕЧИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

Абдугаппаров Ф.Б., фтизиатрия йўналиши магистри, ШСҚҚШ №1, ТТА

Фтизиатрия кафедраси (каф.муд: профессор Рашидов З.Р.)

Илмий раҳбар: доцент Мухамедов К.С.

Мақсад: ВИЧ-инфицирланган беморларда туберкулез клиник кечишининг ўзига хосликларини ўрганиш. **Материал ва текшириш усуллари:** ушбу ишда биз 2015 – йилда Тошкент шаҳридаги ШСҚҚШ №1 да даволанган 108 беморни текширдик. Беморлар икки гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ (асосий)да – 58 ВИЧ-инфицирланган бемор ўпка туберкулези билан, шулардан 9 (15,5%) беморда ВИЧ-инфекция ШСҚҚШ №1 да аниқланди, 2-гуруҳ (назорат)да – 50 бемор ўпка туберкулези билан ВИЧ-инфекциясиз. Барча беморларда клиничко – рентгенологик ва лаборатор текширувлар ҳамда туберкулезга қарши дориларга сезувчанлик текшируви ўтказилди. Шунингдек, HBS-Ag ва HCV-Ag ларга ИФА текшируви қилинди. **Натижалар:** асосий гуруҳда эркаклар – 47 (81%)ни, аёллар – 11 (19%)ни, назорат гуруҳида – 38 (76%) ни эркаклар ва 12 (24%)ни аёллар ташкил этди. Беморларнинг ёши тахлил қилинганда, қуйидагича кўринишга эга бўлди: 1-гуруҳда асосан 30 дан 39 ёшгача бўлган ёшдагилар – 27 (46,6%)ни ва 40 дан 49 ёшгача бўлганлар – 20 (34,5%)ни, 50 ёшдан катта беморлар кам – 8 (13,7%)ни ва учта беморнинг ёши 20 дан 29 гачани ташкил қилди. 2-гуруҳда беморларнинг ёши 1-гуруҳдагига яқинроқ бўлди, чунки 30 дан 39 ёшгача бўлган ёшдагилар – 27 (54%)ни, 40 дан 49 ёшгача бўлганлар – 15 (30%)ни, 20 дан 29 ёшгача ва 50 ёшдан катта беморлар 4 (8%) таданни ташкил қилди. Клиничко – рентгенологик жиҳатдан

1-гурухда ўпка туберкулезининг клиник шакллари қуйидагича бўлди: яллиғланган ўпка туберкулези - 20 (34,4%) беморда, ўчоқли ўпка туберкулези - 13 (22,4%) беморда, тарқоқ ўпка туберкулези - 10 (17,2%) беморда, экссудатли плеврит - 10 (17,7%), фиброз-кавернали ўпка туберкулези - 4 (6,8%) ҳамда - 1 (1,7%) беморда туберкулезли бронхоаденит тақсимланди. 2-гурухда яллиғланган ўпка туберкулези - 28 (56%) беморда, экссудатли плеврит - 6 (12%), ўчоқли ўпка туберкулези ва фиброз-кавернали ўпка туберкулези - 5 (10%) тадан беморда, тарқоқ ўпка туберкулези ва кавернали ўпка туберкулези - 3 (6%) тадан беморда кузатилди. Асосий гуруҳдаги беморларда касаллик клиникаси яққолроқ клиник кўринишлар билан намоён бўлди. Лимфоаденопатия, тана ҳароратининг кўтарилиши ҳамда тана вазнининг йўқолиши асосий клиник белгилар бўлди. Асосий ва назорат гуруҳларининг клиник кўринишини солиштирганимизда қуйидагилар кузатилди: умумий ҳолсизлик, иштаҳа йўқолиши ва йўтал асосий гуруҳнинг барча беморларида ва (88%, 82%, 66% мос равишда) назорат гуруҳидаги беморларда, кўп терлаш 52 (89,6%) ва (84%) беморда, тана ҳароратининг кўтарилиши 43 (74,1%) ва (62%) беморда кузатилди. Асосий гуруҳдаги 27 (46,5%) беморда туберкулез жараёни емирилиш даврида бўлган, 24 (41,3%) беморда бактериоскопия усули ёрдамида МБТ топилди, назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда 70% ва 64% бўлди. **Хулоса:** шундай қилиб, туберкулез ва ВИЧ-инфекциянинг кўшилиб келиши туберкулезнинг ВИЧ-инфекциясиз бўлишига қараганда касалликнинг оғир кечиши билан характерланади ҳамда яққол инфекцион-токсик, астеновегетатив, бронхопульмонал синдромлар билан, тез вазн йўқотиш ва чўзилувчан кечувчи яллиғланиш жараёни хосдир.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИНИ БИРГАЛИҚДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ачилова М., Узакова Г., 2 курс магистрлари, СамМИ

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва тери-таносил кафедраси

Илмий раҳбар: доц. Ярмухамедова Н.А.

Ҳар йили 200 млн. га яқин инсон лямблиоз билан зарарланади, йилга 500 минг бемор унинг клиник шаклидан азият чекади. Бунда *G.lamblia* билан зарарланиш болалар ва ўсмирлар орасида 80%гача учрайди. Аниқланишича, ҳамроҳ касалликлардан инфекцион ва ноинфекцион преморбид фон вирусли гепатитларни нохуш кечиши ва оқибатларига сабаб бўлади. Ичак паразитар касалликлари вирусли гепатит кечишига маълум даражада таъсир қилади. Вирусли гепатитлар 11% ҳолатларда лямблиоз ва гельминтозлар билан қўшилиб келади. **Ишнинг мақсади:** Вирусли гепатит А билан ичак лямблиозини биргалиқда кечиш хусусиятлари. **Текшириш материаллари ва усуллари** сифатида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар шифохонасига ва Самарқанд Паразитология институти қошидаги Паразитология марказий шифохонасида госпитализация қилинган беморларни кўздан кечириш, беморларни қон ва ахлатни текшириш. **Текшириш натижалари.** ВГА билан ичак лямблиози биргалиқда 20 та беморни ўз қузатувимизга олиб клиник ва лаборатор текширдик. Беморлардан 1-7 ёшгача бўлган болалар 9 киши (45%), 8-14 ёшгача 11 киши (55%)ни ташкил қилди. Шулардан ўғил болалар 12 та (60%), қиз болалар эса 8 та (40%) ни ташкил этади. Шаҳар аҳолисига қарашли беморлар 30%, қишлоқ аҳолиси 70%. Клиник синдромлар орасида қуйидагилар энг статистик аҳамиятга эга бўлди: диспепсик- кўнгил айнаши 18 кишида (90%), қусиш 8 (40%), қориндаги оғриқ 15 (75%), иштаҳанинг пасайиши 19 (95%) ва ич келишининг бузилиши 4 (20%); астеновегетатив - ҳолсизлик 11 (55%), тез толиқиш 8 (40%), уйқунинг бузилиши ва бош оғриғи 15%; холестатик - тери ва склеранинг сариқлиги 80%, жигарнинг катталаниши 18 (90%) (гепатомегалия 2см дан зиёд). Беморларда клиник белгилар моноинфекция кузатилганга нисбатан лямблиоз фониди уларнинг ифодаланганлиги бир мунча юқори бўлди. Шу билан бир қаторда *G.lamblia* ни мақсадли шартли-специфик клиник симптомлари ажратилди: терининг асосан лунж ва елка соҳасида жойлашган депигментацияланган сохалари ҳамма беморларда; асосан қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзасида, қорин ён бошида жойлашган жигар ранг-иктерик рангдаги терининг гиперкератози 8 кишида (40%) ва алоҳида ҳолатларда фолликуляр нуқтали кератоз 2 кишида (10%); лабларнинг қуруқлашиши, пўст ташлаши ва оғиз атрофининг бичилиш 4 кишида (20,0%). Бруксизм (тунда тишини ғирчиллатиш), тирноқларни ғажил, бармоқ ва бошқа предметларни сўриш каби зарарли одатлар кўринишидаги гиперкинезлар невротик характерга эга бўлган кўринишлар бўлиб ҳисобланди. Умумий қон таҳлилини текширганимизда 18 бемор (90%)да камқонлик аниқланди. Биохимёвий текширувларда олинган маълумотларга кўра вирусли-паразитар инфекциянинг бирга келиши болаларда жигар функционал ҳолатида маълум даражада ўзгаришлар борлиги аниқланди. Гипербилирубинемия 18 кишида (90%), гиперферментемия 14 кишида (70%) ва диспротеинемия 12 кишида (60%) аниқланди. 17та беморда Вирусли гепатит А урта оғир ва оғир шаклда, 3 та беморда сариқсиз шаклда кечди. Шундай қилиб, вирусли гепатит А лямблиоз фониди кечиши шаҳар аҳолисига нисбатан қишлоқ аҳолиси орасида кўпроқ учрашиши, унинг клиник белгиларининг кучайиши, биохимик кўрсаткичларни юқори даражада ўзгариши ва ВГА ичак лямблиози билан кечганда камқонлик кўпроқ учраши, ичак лямблиозига хос белгиларни учрашиш кўрсаткичи аниқланди.

ЛИПОВИТИЛИННИ ПСОРИАЗДАН СУНГ КУЛЛАШ

Бегматова Д.А., СамМИ дав. факультети 515 гуруҳ талабаси, Рустамов А.У. даволаш факультети 512 гуруҳ талабаси,

Юлдашев У.К. дав. факультети 512 гуруҳ талабаси

Юқумли касалликлар, эпидемиология кафедраси (каф. муд. - доц. Ярмухамедова Н.А.)

Илмий раҳбар: ассистент Ахмедов Ш.К.

Ишнинг мақсади: Псориаз касаллигидан соғайгандан сунг ҳам терида қоладиган иккиламчи депигментацияни бартараф этишда Липовитилиннинг эффе́ктивлигини урганиш. Псориаз билан даволаниб чиккан беморларда тугунчалар тулик сурилгандан сунг ҳам терида маълум вақт дипегментланган иккиламчи оқимтир доғлар сақланиб қолади. Бу доғлар беморларда косметик нуқтаи назардан безовтали келтириб чиқариб, рухий фаолиятига ҳам зарба бериб туради. Шу ҳолатларни инобатга олиб иккиламчи депигментацияни тезроқ йўқотиш мақсадида иш олиб борилди. **Текширишнинг материаллари ва услублари:** 24 нафар бемор қузатувимиз остида булди. Уларнинг ёши 25-45 ёш ораллигида булиб, псориаз билан касалланишганликларига 7-10 йил булган. Ушбу беморларда даволаниб чиқишганларидан сунг хар сафар тугунчалар урнида иккиламчи ок доғлар қолиши ва бу уларнинг рухиятига салбий таъсир қилиб кейинчалик касалликнинг яна қайтадан авж олиб кетишига замин яратиб келаётганлиги беморларнинг шикоятларидан аниқланди. Беморлар икки гуруҳга яъни асосий ва контрол гуруҳларига булиниб тадқиқот ишлари олиб борилди. Асосий гуруҳга киритилган 12 беморга иккиламчи доғлар урнига хар куни кунига 2 маҳал Липовитилин мази суртиб массаж қилишга буюрилди. Контролгуруҳга киритилган 12 беморга иккиламчи доғлар урнига хар куни облипе́ха мойи суртиб кунига 3 маҳал массаж қилиш тавсия этилди. **Натижалар:** Липовитилин билан даволанган беморларнинг 12 нафариди ҳам иккиламчи депигментацион доғлар даволанишнинг 7-10 кунларидан бошлаб репигментация жараёни билан алмашина борди ва даволанишнинг 14-16 кунларига келиб терининг ранги тулик тикланди, яъни тери пигментацияси нормаллашди, оқимтир до-

глар баргараф этилди. Контрол гуруҳдаги 12 беморларда эса муолажанинг 30-40 кунларида ҳам теридаги иккиламчи доглар сакланиб турганлиги аниқланди. Факат 6 нафар беморларда даволанишнинг 3 ойига келиб репигментация кузатилди. Колган 5 нафар беморда окимтир доглар сакланиб қолди. **Хулоса:** Хулоса урнида шуни айтишимиз мумкинки, псориаз касаллигида согайгандан сунг тугунчалар урнида қоладиган иккиламчи окимтир догларни баргараф этишда беморлар терисига Липовитилин препарати билан муолажалар олиб бориш ишончли ижобий натижаларга олиб келиши мумкин. Бу эса беморлар кайфиятига ижобий таъсир килиши ва уз навбатида псориаз касаллигининг кузишининг олдини олишда ҳам муҳим чора тадбирлардан бири эканлигини ёдда саклашимиз зарур.

ҚУТУРИШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Буронов И.Б., ТТА, Тиббий-профилактика факультети 6-курс талабаси

Эпидемиология кафедраси (каф. муд. – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Абдукаҳхарова М.Ф.

Қутуриш касаллиги билан касалланиш одамлар орасида Осиёда кўпроқ учрайди, бутун дунёда учрайдиган касалланишнинг 50% дан ошикроғи Осиёда, 25% Америка ва Африкада, Европда 1%га яқин учрайди. Қутуриш касаллиги дунё бўйича 150 дан ортиқ давлатларда учрайди. Дунёда ҳар йили 55 мингдан ортиқ киши гидрофобиядан вафот этади. Дунёда ҳар йили 35 млн.га яқин одам ҳайвонлар тишлашидан жабрланади ва 15 млн.га яқин одам қутуришга қарши эмланади. Афсуски бизнинг Республикаимиз ва биз билан қўшни давлатлар ҳудудларида ҳам қутуриш касаллигининг олдини олиш муаммоси бутунги кунда ечимини топа олмаётган жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Республикада ҳар йили 3 - 4 нафар одам гидрофобиядан вафот этади; Республика бўйича ҳар йили 50 мингдан ортиқ одам ҳайвонлар тишлашидан жабрланади; 40 мингдан ортиқ жабрланган одам қутуришга қарши эмланади; Республикада эмлаш учун ҳар йили 1,3 млрд. сумга яқин маблағ сарфланади. Иссиқ қонли ҳайвонларнинг барчаси қутуриш касаллиги билан касалланади. Республикаимизда одамлар учун касаллик қўзғатувчисининг асосий манбаи итлардир. Охирги йилларда одамларда рўйхатга олинган қутуриш касаллигининг 95%да итлар ва 5%да бошқа уй ҳайвонлар касаллик қўзғатувчиси манбаи бўлиб хизмат қилган. Антропургик ўчоқларда қутуришнинг профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: итлар ва мушукларни сақлаш қоидаларига қатъий риоя қилиш; итларни албатта рўйхатдан ўтказиш ва уларга паспорт олиш; уйсиз дайди ит ва мушукларни қириш; ҳар йили 3 ойликдан катта бўлган уй итларини албатта профилактик эмлаш; етарли миқдорда антирабик вакцина заҳирасини тайёрлаш; қутуришга қарши эпизоотологик-эпидемиологик назорат ўрнатиш. Қутуришга қарши махсус профилактика 2 хил усулда эмлаш ишлари тайинланади: Шартсиз курс кишиларни қутирган, қутуришга гумон қилинган ёввойи ва ноаниқ ҳайвонлар жароҳатлаганда (А,В,С тоифасидаги тишланиш) қилинади. Антителалар эмлаш бошлангандан сунг 2 кун ўтгач пайдо бўла бошлайди. Иммуниет эмлаш тугагач 2 хафта ўтгач ҳимоя қила олади. Шартли курс эмлашда 2-4 та инъекция қилинади (антирабик вакцина). Бу усул кишиларни ташқи кўринишдан соғлом, ҳамда устидан 10 кунлик ветеринария назорати ўрнатиш мумкин бўлган ҳайвонлар тишлаганида ёки жароҳатлаганида (Д тоифасидаги тишланиш) қўлланилади. Ўз вақтида тўғри ва тезкор ўтказилган эмлаш чора-тадбирлар 96-99% ҳолларда қутуриш касаллиги пайдо бўлишидан сақлайди. Эмлашдан сунг 1 йил давомида иммуниет сақланади. Қутуриш касаллигининг олдини олишда: ветеринария хизмати, коммунал хўжалиги, ички ишлар бўлими, овчилар бригадаси, маҳаллий ҳокимият, соғлиқни сақлаш тизими ва кенг жамоатчилик биргаликда мажмуавий режа ишлаб чиқиши ва режадаги чора – тадбирларни изчиллик билан бажариши ушбу касалликнинг аввалом бор ҳайвонлар орасида, кейинчалик эса одамлар орасида камайишида самарали чора – тадбир ҳисобланади.

УТКИР ЛИМФОБЛАСТЛИ ЛЕЙКОЗНИ РЕМИССИЯ ДАВРИДА НЕЙРОЛЕЙКОЗ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Дадажанов У.У., Бердиярова М.Б., Хасанова М.И., СамМИ Гематология курси клиник ординатори

4 ички касалликлар ва гематология кафедраси (каф. муdiri т.ф.д., доц. Аралов Н.Р.)

Илмий раҳбар: Маматқулова Ф.Х.

Максад: Уткир лимфобластли лейкозда (УЛЛ) эндолломбал пункция утказиш оркали нейролейкоз профилактикасини самарадорлигини ошириш. **Материаллар ва методлар:** Самарканд Вилоят куп тармокли тиббиёт марказининг Гематология марказида 2015 -2016 йил давомида УЛЛ билан касалланган 19 ёшдан -52 ёшгача булган 21 нафар бемор даволаниб чиқди. Беморларни 12 тасини аёллар, 9 тасини эркеклар ташкил этиб, УЛЛ диагнози периферик қондаги бластоз, лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭнинг тезлашиши ва миелограммадаги бластозга қараб тасдиқланди. Уткир лейкоз варианты миелопероксидаза ферментини цитохимиявий текшириш усули оркали аниқланди. Беморларга D.HELSEY. 04/89 даволаш протоколи асосида полихимиятерапия билан биргаликда эндолломбал пункция йули билан нейролейкоз профилактикаси утказилди, яъни даволашнинг индукция даврида интратекал йул билан, орка мияга цитозар, метотрексат, алохида шприцларда юборилди. Цитостатиклар дозаси беморнинг буйи ва оғирлигини ҳисобга олган ҳолда, цитозар- схема бўйича: 5мг, 15 мг, 25 мг, 30мг, 25 мг ва метотрексат 12 мг дан, жами 5 марта утказилди. Гемограммада пункциягача, бластоз ± 15 - $\pm 78\%$ ни, лимфоцитоз 46% -86%ни, лейкоцитоз 10-25 $\times 10^9$ ни ва орка мия ликворида бластоз 32-91% ни ташкил этган булса, пункция утказилгандан сунг бу курсаткичлар: гемограммада бластоз ± 5 - $\pm 45\%$, лимфоцитоз 17% -35%, лейкоцитоз 4,5 - 26 $\times 10^9$ ва орка мия ликворида бластоз 10 - 34% га камайди. **Натижалар:** Утказилган муолажалар натижасида 21 бемордан 17 (81%) тасида нейролейкоз кузатилмади, 2 (19%) беморда менингизм симптомлари кайд этилди. Эндолломбал пункция йули билан нейролейкоз профилактикаси утказилган беморларда шу асорат натижасида улим кузатилмади. **Хулоса:** Эндолломбал пункция йули билан УЛЛ беморларда нейролейкозни уз вақтида профилактикасини утказиш беморларда нейролейкоз асоратини олдини олади ва келгусида утказилаётган даволаш дастурларига замин яратади.

ҚОРИН ТИФИ КАСАЛЛИГИНИНГ БАЪЗИ БИР ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ибадуллаева С.С., Казаков Ш.О., ТТА, умумий эпидемиология йўналиши 1 курс магистратура резидентлари

Эпидемиология кафедраси (кафедра муdiri – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: профессор, т.ф.д. Миртазаев О.М.

Ривожланаётган мамлакатларда БЖССТ маълумотларига кўра ич терлама касаллиги бошқа касалликларга қараганда кўпроқ тарқалган (Тымчук С.Н., Бойченко М.Н. Воробьев А.А.1996). Қорин тифи оғир касалликлардан бири бўлиб, катта эпидемиологик аҳамиятга эга, кўп асоратларга мойил ва ўткир ҳамда сурункали бактерия ташиб юрвчанлик шаклланишига олиб келади. Қорин тифи кечиши замонавий босқичда бир қатор ўзгаришларга учради. Булар макроорга-

низм хусусиятларининг ўзгариши ва микроорганизм хусусиятларининг, яъни *S.Typhi abdominalis*нинг кенг қўлланиладиган антибиотикларга нисбатан турғунлигининг усишидир (Ибадова Г.А, Мирзажанова Д.Б., 2004; Ахмедова М.Д. 2005; Kidge S. et al., 2002). Кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра антибиотикларга турғун кўзгатувчилар чақирган қорин тифида касаллик узокроқ давом этади, заҳарланиш белгилари кўпроқ ифодаланади ва ўткир ҳолда сурункали бактерия ташиб юрувчанлик кўпроқ шаклланади (Камалова Н.Х., 2006; Мирзажанова Д.Б., 2007 ва бошқалар). Ич терлама касаллиги кўзгатувчисининг антибиотикларга чидамли штаммлари ортиши, бактерия ташувчанлигининг мавжудлиги республика-мизда бу касалликнинг ҳалиям учраб туришига сабаб бўлмоқда. **Тадқиқотнинг мақсади:** Республикада расмий рўйхатга олинган ич терлама касаллигининг ретроспектив эпидемиологик таҳлилини ўтказиш. **Тадқиқот материали ва текширув усуллари:** Ўзбекистон Республикаси ДСЭНМ да расмий рўйхатга олинган ич терлама билан касалланиш кўрсаткичлари ҳақидаги расмий маълумотлардан фойдаланиб, уларнинг ретроспектив эпидемиологик таҳлили ўтказилди. **Тадқиқот натижалари:** Ўзбекистон Республикасида мустақиллик йилларида юқори даражадаги касалланиш кўрсаткичи Бухоро, Наманган, Қашқадарё вилоятларида кузатилган. Республика бўйича касалланиш кўрсаткичи ҳар 100 минг аҳолига 5,9 бўлган бўлса, ҳозирги кунга келиб, ич терлама билан касалланиш ҳолатлари спорадик даражада учрайди, яъни ҳар 100 минг аҳолига 0,1-0,2 ни ташкил қилади. Охириги йиллардаги касалланишни таҳлил қиладиган бўлсак 2013 йилда нисбатан юқори касалланиш кўрсаткичи Самарқанд вилоятида аниқланган бўлса, 2014 йилга келиб эса Қашқадарё ва Сурхондарё вилоятларида аниқланди. Бу маълумотлар шундан далolat берадики иссиқ ҳароратда одамларнинг ичак инфекцияларига, жумладан қорин тифи ва паратифларга нисбатан мойиллигининг ошиши, ёз ойларида сув омилнинг фаоллашуви (ичимлик сувлари сифатининг ёмонлашуви, кўп чўмилиш, очиқ сув ҳавзалари сувидан ичимлик суви сифатида фойдаланиш), пашшаларнинг кўпайиши, қишлоқ хўжалик ишларининг авжига чиқиши билан боғлиқ. Бу касалликнинг олдини олишда ушбу ҳудудларда эпидемиологик назоратни кучайтириш, аҳоли орасида тушинтириш ишларини олиб бориш, контактда бўлганларни эрта аниқлаб ташхис қўйиш, аҳолининг сув таъминотига алоҳида эгибор қаратиш лозим, шунингдек тиббиёт ходимларининг бу касаллик бўйича билимини ошириб бориш, антибиотикка чидамли штаммлар келиб чиқишига шароит яратмаслик чора-тадбирларини қўллаш ҳам ич терлама касаллиги эпидемияси авж олишларининг олдини олишда самарали тадбирлар ҳисобланади.

ПАРАТИФ А ВА В СУРУНКАЛИ БАКТЕРИЯ ТАШУВЧИЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИК ЖАРАЁНДАГИ АҲАМИЯТИ

Казакон Ш.О., Ибадуллаева С.С., ТГА, умумий эпидемиология йўналиши 1 курс магистратура резидентлари

Эпидемиология кафедраси (кафедра мудири – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: профессор, т.ф.д. Маматқулов И.Х.

Тадқиқотнинг мақсади: Республикада расмий рўйхатда турган Паратиф В сурункали бактерия ташувчиларининг эпидемиологик таҳлилини ўтказиш ва мавжуд эпидемияга қарши чора-тадбирларни такомиллаштириш. **Тадқиқот материали ва текширув усуллари:** Ўзбекистон Республикаси ДСЭНМ да расмий рўйхатга олинган паратиф В сурункали бактерия ташувчилари ҳақидаги расмий маълумотлардан фойдаланиб, уларнинг ретроспектив эпидемиологик таҳлили ўтказилди. **Тадқиқот натижалари:** Ўзбекистон Республикасида 30 йил олдин паратиф А ва В касалликлари билан касалланиш, тиф-паратиф билан умумий касалланганларнинг 10% дан 30% ҳолатларини ташкил этган. Агар 1985-1995 йилларда паратиф касалликлари билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 1,15 дан 2,01 гача бўлган бўлса, ҳозирги кунга келиб, паратифлар билан касалланиш ҳолатлари спорадик даражада учрайди. Ўзбекистонда 1990 – 2006 йиллар давомида расмий олинган маълумотларга кўра, фақат 1990 йилида А, В, С паратиф касалликлари нисбатан кўп аниқланган, қайд этилган беморларнинг сони 981 нафарни ташкил этган ва касалланиш кўрсаткичи ҳар 100 минг аҳолига 5,48 дан иборат бўлган. 1990-2006 йилларда республика бўйича умумий қайд этилган 3254 нафар паратифлар билан касалланган беморларнинг 71,3% қишлоқ аҳолисига ва 28,7% эса шаҳар аҳолисига тўғри келади. Шунинг таъкидлаб ўтиш керакки, 1990–2006 йилларда республикада болалар орасида ҳам паратифлар қайд этилган. Кузатув даврида республика бўйича умумий қайд этилган паратифлар билан касалланган 3254 нафар беморларнинг 818 (25,1%) нафари болаларга тўғри келади. Республикада 2012 йили 75 нафар паратиф А, 303 нафар паратиф В сурункали бактерия ташувчилари мавжуд бўлиб, 2013 йили 78 нафар (4,4%) – паратиф А сурункали бактерия ташувчилари, 298 нафар (16,8%) – паратиф В сурункали бактерия ташувчилари рўйхатда қолган. Шундай қилиб, паратиф А ва В бактерия ташувчилари ушбу касалликнинг тарқалишида ва унинг эпидемик жараёнида муҳим аҳамиятга эга.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА УТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ ЭТИОЛОГИК СТРУКТУРАСИНИ

КЛИНИКА МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА ТАХЛИЛ ЭТИШ

Киличев Ф., даволаш факультети, 220 гуруҳ талабаси, СамМИ

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (каф. муд.: доц. Ярмухаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: Матякубова Ф.Э.

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилояти мисолида ўткир ичак инфекцияларининг этиологик структурасини клиника материаллари асосида таҳлил этиш. **Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари:** Шу мақсадда биз 2013-2014 йил давомида Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида «Ўткир ичак инфекцияси» ташхиси билан ётиб даволаниб чиққан 8543 беморнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил этдик. Беморларга касаллик ташхиси стандарт асосида, клиник, эпидемиологик, лаборатор-умумий кон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, ахлат бактериологик таҳлили асосида куйилган. **Тадқиқот натижалари:** Булардан 91,1 % ёш болалар, катта ешдагилар 8,9 % ни ташкил қилади. Беморларнинг еш бўйича тақсимланиши куйидагича: 1 ешгача-21 %; 1 еш-19 %; 2 еш-15 %; 3 еш-12%; 4-6 еш-9%; 7еш-8%; 18-20 еш-5%; 20-30 еш-5%; 40-50 еш-3%; 50-60 еш-2%. Касаллик ташхиси клиник, эпидемиологик, лаборатор-умумий кон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, бактериологик текширув асосида куйилган. Ўткир ичак инфекцияларининг нозологик таҳлилига кўра: шигеллез-0,5 %; сальмонеллез-1,8 %; овкат токсикоинфекциялари-0,3 %; шартли патоген инфекциялари-0,9 %. Шулар орасидан *Klebsiella* 2,1%, *Citrobacter* – 1,2%, *Proteus* 3,7 %, *Pseudomonas aeruginosa* – 1,6%, *Enterobacter* 4,8%. 6,3% ҳолда бир нечта шартли патоген флора кузгатувчиларининг биргалиқда кушилиб келган ҳолда касаллик чақирганлиги маълум бўлди. Жумладан, 2,2% ҳолда иккита шартли патоген флора кузгатувчиларининг касаллик чақирганлиги аниқланди. Жумладан, *Klebsiella* ва *Citrobacter*. Учта шартли патоген флора кузгатувчиларининг касаллик чақирганлиги 3,2 % ҳолатда аниқланилди. Бу ҳолат асосан 6 ойгача булган болаларда аниқланилди. Эрта ёшдаги болаларда 2-3 та шартли патоген флора кузгатувчиларининг биргалиқда келиши 3,3% ҳолатда аниқланиб, касаллик кечишини оғирлаштиради. Ўткир ичак инфекциялари этиологик структурасини таҳлил қилиш шунинг курсатдики, 88 % беморларда, касаллик этиологияси аниқланилмаган. Бу ҳолат асосан шифо-

хонага тушгунча, антибактериал дори воситаларин кабл килган, такрорий равишда шифохонага тушган беморларда кузатилган. Кузатувлардан шу нарса маълум бўлдики, уткир ичак инфекцияларининг этиологик структурасида болалар орасида салмонеллэз касаллиги юкори уринда турса, дизентерия касаллигининг охирги йилларда камрок учраши аникланилган. **Хулоса:** 1. Уткир ичак инфекцияси этиологик структурасига кура, 88 % холларда кузатувчиси аникланилмаган; 2. Беморларда рутин диагностик усулларда касаллик этиологик сабаби 12 % холларда аникланади. Бу холат рутин диагностик усуллар янги замонавий текширув усуллари билан комплекс утказилишини талаб этади; 3. Уткир ичак инфекцияси хасталигига чалинган беморларда аксарият холларда шифохонага тушгунча, антибактериал терапия утказилиши касаллик этиологиясининг аникланилмасдан қолишига сабаб булади.

САЛЬМОНЕЛЛЭЗ ИНФЕКЦИЯСИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ҲАМ УТКИР ФАЗАСИ ОҚСИЛЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИК ВА ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Қутлиева Д.Б., ТГА магистратура резиденти

ТГА юкумли ва болалар юкумли касалликлари кафедраси (каф. муд.: т.ф.д. Туйчиев Л.Н.)

Илмий раҳбар: доцент, т.ф.н. Каримова М.Т.

Тадқиқот мақсади: салмонеллэз билан касалланган беморларда яллиғланишнинг ўткир фазасини эндоген интоксикация даражаси билан боғлиқлигини аниқлаш. **Тадқиқот усуллари ва ҳажми:** ЎЗР ССВ га қарашли ЭМЮКИТИ клиникасида даволанган 37 нафар салмонеллэзли беморлар кузатилди. Эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ўрта молекуляр пептидлар Габриэлян Н.И. усулида сўлақда аникланади ҳамда спектрофотометрик йўл орқали ўМП миқдори баҳоланилди. ўМП меъёр даражаси 2,41 г/л ташкил этади. ўМП даражаси йўналиши ва яққоллик даражасини аниқлаш мақсадида, олинган натижа меъёр қийматига нисбатан қиёслашиб, индукция индекси (↑ИИ) ва яққоллик даражаси ўрганилди. Яллиғланишнинг ўткир фазасини аниқлаш мақсадида С-реактив оқсил миқдори текширилди. Олинган маълумотлар «Excel» ва R-project дастурларидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди. **Олинган натижалар:** Кузатувдаги беморларда эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ўМП сўлақда аниқланди. Олинган натижаларга кўра асосий гуруҳ беморларида ўМП 8,26±0,34 г/л ташкил этди, бунда соғлом кишиларга нисбатан - ↑ИИ=↑3,4 маротабани ташкил этди. Касаллик оғирлик даражасига мувофиқ равишда ўМП миқдори ўрганилганида қуйидагилар маълум бўлди, салмонеллэз энгил даражада кечган 8 нафар беморларда ўМП миқдори ўртача 4,5±0,2 г/л, ↑ИИ=↑2,0; ўртача оғирликда - 6,2±0,6г/л ↑ИИ=↑3,0 ҳамда оғир даражада - 8,5±0,3 г/л - ↑ИИ=↑4,2 ни ташкил этди. Ушбу беморларда С-реактив оқсил аниқланилганда, кўрсаткичнинг ўртача қиймати 6,4±2,8 мг/л бўлди. С-реактив оқсил қийматини касалликнинг оғирлик даражасига мувофиқ ўрганилганида, салмонеллэз энгил даражада кечган беморларда 1,2±0,8мг/л - ↑ИИ=1,0; ўртача оғирликда - 2,2±0,6мг/л - ↑ИИ=2; оғир даражада - 2,6±0,6 мг/л - ↑ИИ=2,5 аниқланди. Сўлақда ўМП қиймати билан қонда С-реактив оқсил миқдори солиштирилганида, ушбу қийматлар ўртасида бевосита боғлиқлик аниқланди. Сўлақда ўМП миқдори 2 баробарга ошиши, қонда С-реактив оқсилни 1,0 баробарга ошишига мос келиб, касалликнинг энгил кечидан далолат беради. ўМП 3 баробарга ошиши С-реактив оқсилни 2 баробарга ошишига мос келиб, касалликнинг ўртача оғир шаклидан далолат беради. ўМП 4 баробарга ошиши С-реактив оқсилни 2 баробар ошишига мос келиб, касалликнинг оғир даражасидан далолат беради. **Хулоса:** Сўлақдаги ўМП қиймати, қон зардобидаги С-реактив оқсил миқдорига бевосита боғлиқ. Ушбу кўрсаткичлардан салмонеллэзнинг оғирлик даражасини белгилловчи мезон сифатида фойдаланиш мумкин.

СИЛ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАНЛАРДА ДОРИЛАРГА ТУРҒУНЛИК КЕЛИБ ЧИҚИШИ ВА БЕМОРЛАРИНИНГ КАСАЛЛИККА МУНОСАБАТИ

Мадрахимов А., Пардаев А.Ф., Обилов А.У.

ТошВМОФ, терапия факультети фтизиатрия кафедраси (каф. муд.: т.ф.д Мухтаров Д.З.)

Кейинги пайтларда бутун дунёда шу жумладан Ўзбекистонда ҳам сил касаллигини дориларга турғун штамларини кўпайиши кузатилмоқда. Ушбу ҳолат сил касаллигини даволанишини қийинлашувига ва эпидемиологиясининг оғирлашувига олиб келмоқда. Дориларга турғунлиқнинг пайдо бўлиши турли сабабларга кўра, жумладан беморга боғлиқ бўлган ва боғлиқ бўлмаган омиллар туфайли юзага келади. **Ишнинг мақсади:** Мултирезистент сил касаллиги (MDR-TB) ни келиб чиқиш сабабларини ўрганиш, беморларнинг зарарли одатлари, хар хил ноанъанавий даво муолажаларга муносабатини ўрганиш. **Текшириш усуллари ва материаллари:** Текширишни олиб бориш учун Республика ихтисослашган Фтизиатрия ва Пульмонология илмий тиббиёт маркази клиникасидаги MDR-TB диагнози билан даволанган 34 та бемор ўрганилди. Бирламчи аниқланган беморлар 29%, қайта даволанаётган беморлар 71% ташкил қилмоқда. Ўпкада жараёни жойлашиши бўйича: Фиброз ковакти сил 49%, яллиғланган ўпка сили 33%, таркок сил 11%, силнинг бошқа шакллари 7% ташкил этмоқда. Жинси бўйича ўрганилганда 24 таси (70%) эркаклар, 10 таси (30%) аёллар ташкил қилса, ёши жихатидан тахлил қилинганда: 20 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, 20-30 ёшгача бўлганлар 48%, 31-40 ёшгача 33%, 41-55 ёшгача 19% ни ташкил қилади. Беморларни яшаш жойи бўйича ўрганилганда шахар аҳолиси 35% ни, қишлоқ аҳолиси 65% ни ташкил қилди. Мехнат фаолияти бўйича ўрганилганда доимий иш жойига эга бўлганлари 30% , доимий иш жойига эга бўлмаганлари 70% дан иборат. Беморларнинг 12% и жазони ўташ муассасаларида касалланганлиги аниқланди. Беморларни сўраб суриштирилганда 43% да зарарли одатлари мавжудлиги, жумладан тамаки махсулотлари истемол қилувчилари 28% , спиртли ичимликларга ружу қўйганлари 10% , нос истемол қилувчилари 5% ташкил қилади. Беморларни анамнези ўрганилганда шунини аниқландики 23% беморлар оилавий мулоқот натижасида юқтирганлиги, 35% и бошқа давлатларда миграция махали касаллангани аниқланди, 42% беморлар касаллик қандай келиб чиққанлигини билишмайди. Ноанъанавий даво муолажаларини олганлари 52% ташкил қилиб, жумладан кучук гўшти ва ёғини истемол қилганлари 29% , илон ва типратикондан тайёрланган махсулотларни истемол қилганлари 23% ташкил қилмоқда. Қўшимча касалликлари беморларнинг 34% ида аниқланиб, хамрох касалликлардан қандли диабет 17%, сурункаси ошқозон ичак касалликлари 12%, ўпканинг носпецифик касалликлари 5% ташкил қилади. **Хулоса:** Шунини айтиш мумкинки, MDR-TB бирламчи аниқланганлар орасида баъзи омиллар: миграция, озодликдан махрум этилиши, қўшимча касалликлари туфайли ўсиши кузатилмоқда. Кўпчилик беморлар силга қарши дорилар билан бирга, ноанъанавий яъни баъзи хайвонлар махсулотларини таъсири бўлмасида истемол қилиш холатлари давом этмоқда. Беморларга тушунтириш ва тарғибот ишларини мунтазам олиб бориш муҳим саналади.

СИЛ КАСАЛИГИНИ ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мирзаев Х.Х., Тураев Б.Ш., Байтурсунов Б.Р., Эргашев О.Б., ТТА, тиббий проф. факультети 601 гуруҳ талабалари

Эпидемиология кафедраси (кафедра мудири - т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: доцент, т.ф.н. Абдукаҳарова М.Ф.

Тадқиқотнинг мақсади. Сил касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш. **Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Ўзбекистон Республикаси ССВ, Республика давлат санитария назорати маркази, Республика пульмонология ва фтизиатрия илмий текшириш маркази расмий маълумотлари эпидемиологик таҳлил қилинди. Ушбу тадқиқотни бажаришда эпидемиологик ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилди. **Тадқиқот натижалари.** Ўтказилган тадқиқотлар натижасида сўнгги йиллар давомида Республика аҳолиси орасида сил билан касалланиш ҳолатлари учраб турибди. Ўзбекистон Республикасида сил касаллигининг 1990-2014 йиллар ичидаги касалланиш динамикасини таҳлил қилганимизда, аҳолининг сил билан касалланиш ҳолатлари ОИТС инфекцияси ортиб боришига боғлиқ ҳолда биргаликда ортиб бориши кузатилди. Бунга асосий сабаблардан бири сифатида аҳолининг меҳнат миграцияси ҳисобланмоқда. 2014 йилги расмий маълумотларига асосан, фақат сил туфайли ўлганлар (ОИТС ва сил бирга келгандаги ўлимдан ташқари) 2,7 минг киши, 100 минг кишига нисбатан 9,1 минг киши. ОИТС ва сил биргаликда келгандаги ўлим кўрсаткичи 0,16 минг, 100 минг аҳолига нисбатан эса 0,54 минг киши. Касаланиш кўрсаткичи 36 минг киши, 100 минг аҳолига эса 122 минг киши, ОИТС ва сил бирга келгандаги касалланиш кўрсаткичи эса 0,83 минг, 100 минг аҳолига нисбатан 2,8 минг киши. Ўлим кўрсаткичи сил ва ОИТС бирга учрагандаги беморлар ўртасида ўлим кўрсаткичи умумий сил билан касалланганларнинг ўлим кўрсаткичининг 5,6% ташкил қилади. Касалланиш кўрсаткичида эса 3,34%. Ўзбекистон республикасида ушбу касалликлар профилактикаси бўйича кўплаб ишлар олиб боришмоқда. Масалан маълумотларга кўра 2011 йилда силни олдини олиш учун 2 миллион долларда камроқ маблағ сарфланган бўлса, 2014 йилда 60 миллион АҚШ долларидан ортиқ маблағ сарфланди. 2014 йилда халқро ҳамжамият ажратган маблағларга нисбатан Республика-миз бюджетти 20 баробар кўп маблағ ажратди. Ажратилган маблағ асосан силга қарши эмлашга, касалхоналар моддий базасини янгилашга сарфланмоқда. **Хулосалар:** Шундай қилиб, сил касаллигини ривожланиши асосан экологияга, аҳоли турмуш тарзига, ижтимоий-иқтисодий ҳолатига боғлиқ бўлганлиги сабабли шунингдек, ОИВ/ОИТС касаллигининг сил касаллиги билан биргаликда кечиши, ушбу касалликни профилактикасини амалга оширилишини қийинроқ кечишига олиб келади. Шунинг учун аҳолининг тиббий маданиятни ошириш ва ОИТС билан касалланганлар орасида сил ҳақида тушунтириш ишларин олиб бориш ўта аҳамиятли тадбирлардан бири ҳисобланади. Шу билан бирга даволаш профилактика муассалари ходимларининг силга қарши эмлашни, эмлаш жараёнини тўлиқ ўтказишларни, вакцинани сақлаш муддати ва ташилишини, эмлашда ишлатиладиган тиббий асбоблар ва уларнинг стерилизацияси ўтказилишини устидан қатъий назорат олиб боришлари зарур. Бу чора табириларни узлуксиз давом этириш сил ва сил билан билан биргаликда келадиган ОИТС инфекциясини олди олишда муҳим омилдир.

НСV-ИНФЕКЦИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ГЕМАТОЛОГИК СТАТУСНИНГ ЎРНИ

Нарзуллаев М.М. 2-курс магистри, ТТА

Юқумли ва болалар юқумли касалликлари каф. (каф. мудири - т.ф.д. Туйчиев Л.Н.)

Илмий раҳбар: профессор, т.ф.д. Аҳмедова М.Д.

Тадқиқот мақсади: НСV-инфекцияли жигар циррозини ривожланишида гематологик статусни аниқлаш. **Материал ва услублар:** Тадқиқот иши ЎзРССВ га қарашли ЭМЮКИТИ клиникаси сурункали гепатитлар бўлимида 2015 йил давомида этиологияси вирусли гепатит С бўлган жигар циррози ташҳиси билан даволанган 24 нафар беморлар кузатилди. Тадқиқотда эритроцитларнинг фенотипик хусусиятларини аниқлаш мақсадида АВО, Резус (Rh) тизим аниқланди. Қиёсий гуруҳ сифатида эса соғлом кишилар кўрсаткичлари олинди. Олинган маълумотлар «Excel» ва R-project дастурларидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди. **Олинган натижалар:** ВГС этиологияли жигар циррози бўлган 24 нафар беморларнинг 75% (18) эркаклар, 25% (6) аёллар ташкил этди, яъни кузатув беморларида жинс бўйича статистик ишонарли фарқ кузатилди ($P>0,05$) бўлиб, беморларнинг ўртача ёши $50,3\pm 3,0$ ни ташкил қилди. 10 (41,7%) нафар беморларда жигар циррози Child-Pugh шкаласи бўйича В синфни, 12 (50,0%) нафарда С синфни, қолган 2 (8,3%) нафар беморларда А синф кузатилди. Беморларнинг деярли ҳаммасида портал гипертензия, спленомегалия асцит белгилари аниқланди. ВГС этиологияли жигар циррозли беморларда 41,7% ҳолатларда ошқозон-ичак тизими патологияси сифатида сурункали холецистит, 12,5% беморларда аутоиммун тиреоидит, 4,2% ҳолатларда (1 тадан) сурункали буйрак етишмовчилиги, ўт-тош касаллиги, ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги, қандли диабет ҳамда I даражали камқонлик ҳамроҳ касаллик сифатида кузатилди. ЭМЮКИТИ поликлиникасига муурожаат этган соғлом кишилар эритроцитларида АВО тизим антигенлари экспрессияси ўрганилганида ($n=20$), мижозларнинг катта қисмини I (0) гуруҳ (40,0%), сўнгра II (A) – (30,0%), III (B) – гуруҳ (25,0%) ҳамда IV (AB) – 5,0% ташкил этди. НСV-инфекцияли беморлар гуруҳида эса, II (A) қон гуруҳи – 41,7% ташкил этди, учраш даражаси бўйича иккинчи ўринда I (0) қон гуруҳи – 33,3%, сўнгра III (B) – 16,7% охирида IV(AB) – 8,3%. Кузатувдаги гуруҳларда Rh – омил даражаси ўрганилганида, соғломлар гуруҳида Rh⁻ омил учраш даражаси 15,0% ни, Rh⁺ - омил 85,0% ни ташкил этди. НСV-инфекцияли беморлар гуруҳида эса, мувофиқ равишда 12,5% ва 87,5% ни ташкил этди. **Хулоса:** Юқоридагиларга асосланиб айтиш мумкинки, жигар циррозини ривожланиш даражаси АВО-тизим ва Rh – омилга боғлиқ эмас.

ПАРКИНСОН КАСАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА БИОХИМИК БУЗИЛИШЛАРНИ КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРГА ТАЪСИРИ

Олланова Ш.С., Рузиева Ш.А., 1 курс магистратура резидентлари

Неврология, нейрохирургия, травматология ва ортопедия кафедраси (каф. мудири - т.ф.д., проф. Джурабекова А.Т.)

Илмий раҳбар: доц. Абдуллаева Н.Н.

Ишнинг мақсади. Паркинсон касаллиги ривожланишида биохимик бузилишларни когнитив функцияларга таъсирини ўрганиш. **Материал ва тадқиқот усуллари.** Биз ПК билан касалланган 30-70 ёшгача бўлган 57 та бемор (асосий гуруҳ) ни биохимик текширувлардан утказдик: эритроцитлардаги NO-тизими метаболит бузилишларини ўргандик. Назорат гуруҳи сифатида шу ёшдаги 20 та амалий соғлом одамларни танлаб олдик. **Тадқиқот натижалари.** Текширишдан ўтказилган беморларнинг 22 (38,6%) тасида акинетики-ригидлик, 16 (28,1%) тада титроқ ва 19 (33,3%) тасида аралаш шакли аниқланди. Касалликнинг акинетики-ригидлик шаклида NO кўрсаткичи $26,33\pm 0,7$ мкмоль/л, титроқ шаклида $32,58\pm 1,2$ мкмоль/л ни ва аралаш шаклида $72,01\pm 3,1$ мкмоль/л ни ташкил этди. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич $22,72\pm 0,7$ мкмоль/л га тенг. Мия тўқималарида эндотелиал NO синтаза (eNOS) ни функционал фаоллиги камайганда

нейронал NOS (nNOS) ва индуцибил NOS (iNOS) миқдори ошади. nNOS ва iNOS миқдорини ошиши нейротоксик хусусиятга эга булган NO гиперэкспрессиясига олиб келади. Бизнинг изланишимизда eNOS параметри акинетик-ригид-титроқ-аралаш клиник шакллари қатри бўйлаб камайиб борди (9,92±0,3; 8,28±0,4; 5,38±0,4 мкмоль/мин/л, $p < 0,05$) ва шунга мос равишда nNOS ва iNOS миқдорлари ошиб борди. ПК нинг акинетик-ригид шаклида NO назорат гуруҳига нисбатан 16% га, титроқ шаклида 43,4% ва аралаш шаклида 21,69% га ошиши аниқланди. NO даражасининг ошиб бориши билан текширилган беморларда eNOS ни акинетик-ригид шаклида 28,6% га, титроқ шаклида 40,4% га ва аралаш шаклида 61,3% га камайиши билан бирга қўшилиб келди. **Хулоса.** Ўтказилган тадқиқот натижаларини таҳлил қилганда, NO тизимининг барча параметрлари (NO, eNOS, nNOS, iNOS) ПКни клиник шаклларига боғлиқлигини, юқори даражадаги дисбаланс касаллиқнинг аралаш шаклида кузатилишини кўрсатди. Акинетик-ригид-титроқ-аралаш шакллари қатори бўйлаб NO миқдори ошиб, eNOS даражаси эса камайиб бориши кузатилди.

БОЛАЛАРДА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ КЕЧИШИНING ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Расули Ф., даволаш факультети 412 гуруҳ талабаси СамМИ

Неврология, нейрохирургия, травматология ва ортопедия кафедраси (зав. каф. - профессор т.ф.д. Джурабекова А.Т.)

Илмий раҳбар: ассистент Гайбиев А.А.

Мақсад: Полирадикулоневрит билан оғриган болаларда касаллиқнинг этиопатогенетик омилларини, анамнестик кўрсаткичлари ва турли ёшдаги болаларда касаллиқнинг ўзига хос клиник кечиб борадиган вариантларини аниқлаш. **Текшириш объекти ва усуллари:** Текширувлар полирадикулоневритнинг турли кўриниш ва клиник белгилари бўлган 20 нафар бемор болада ўтказилди, беморлар ёши 2-14 ёшгача бўлиб, ўртача ёш 6,8 га тенг бўлди. Беморлардан 12 таси ўғил болалар ва 8 таси қизлар. Беморларга умумий қон, сийдик тахлили ва яллиғланишга хос лаборатор синамалар ўтказилди. Этиопатогенези: Касаллиқнинг асосида аутоиммун механизмлар ётиб, вируслар ва бактериялар бу жараёни юзага чиқаради. Полирадикулоневритнинг ривожланиши асосида иммун системасининг зарарланиши ётади. Нерв толаларининг демиелинизацияси жараёнида макрофаглар, Т-хилперларнинг биринчи типи ва уларнинг цитокенлари активлашади. Иммун реакция ҳужумининг асосий нишони бўлиб Шванн хўжайралари ва миелин қобик ҳисобланади. Патоген агентларнинг таъсири натижасида иммун компонент хўжайраларнинг активлиги ошиб кетади. Активланган антиген хўжайралар аутоантиген хусусиятини намоён қилиб, миелин қобиги билан боғланади. Т- лимфоцитлар циркуляцияси активлашиб бориши натижасида трасферрин рецепторлари, интерлейкин-2 рецепторлари экспрессиясини кучайтиради. Натижада Шванн ва миелин қаватлари емирилиши юзага келиб, импульс ўтиши сусаяди ёки юқолади. Клиникаси: Болаларда ўткир полирадикулоневрит кўпинча мушаклар кучсизлиги, парестезия, кул-оёқларда оғрик билан бошланади. 50% ҳолатларда оғрик синдроми яккол ифодаланган булади. Оғрик келиб чиқишига кура аралаш характерда булади: невропатик оғрик (шоҳлар)-бемор тана ҳолатини узгартирганда кул-оёқларда пайдо бўлиб, бир неча соат ёки кундан кейин кулларга тарқалади. Хар 3 та касалдан биттасида кучсизланиш ва қарахлик кул ва оёқларда бир вақтда бошланади. Сезги периферик типда бузилади ("кулкоп", "пайпоқ"). Юзаки сезги бузулишлари гипалгезия (баъзан, гипералгезия), парестезия, гиперпатия, дизестезия кўринишида булади. Чуқур бузулиши (бугим -мушак, вибрацион бузулишлар) 20-50% беморларда кузатилади. Касаллиқнинг биринчи кунларидан барча беморларда пай рефлекслари бирдан пасаяди, кейин тўлиқ юқолади. Полирадикулоневрит клиник кечиши 3 босқичга ажратилади. 1-бос.-прогрессивланиш (неврологик белгилар 1-4 ҳафта давомида кучайиб боради). 2-бос.-ривожланган симптомлар 10-14 кун давомида стабиллаша бошлайди. 3-бос.-қайтар ўзгаришлар (тикланиш бир неча ҳафтадан то ойларгача, баъзан бир неча йилгача давом этади). **Хулоса:** Болаларда полирадикулоневритнинг патогенетик хусусиятлари ва клиник кечиш даврлари ўзига хос бўлиб, ката ёшдаги беморлар касаллигидан фарқ қилади. Жумладан болаларда полирадикулоневрит аксарият ҳолларда ўткир бошланади ва касаллик тезликда кучайиб, илдишларни ҳам шикастлайди. Касаллик қанчалик ўткир бошланса, даволаш заминида тикланиш даври ҳам эрта бошланади ва қолдиқ асоратлар кам намоён бўлади. Ката ёшли беморларда эса касаллик кўпинча аста-секинлик билан кучайиб боради. Тикланиш даври ҳам кечроқ бошланиб, қолдиқ симптомлар кўп сақланиб қолади.

ИЧКАК ГЕЛЬМИНТОЗЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Расулов Ш.М., Нейматова Н.Ў., ТГА

Инсон учун характерли касаллиқлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ушбу касалликлар билан асосан эрта ёшдаги болалар касалланадилар. ЖССТ берган маълумотларга кўра, Африка, Осиё ва Латин Америкаси Давлатлари аҳолининг 90% дан ортиги гельминтозлар билан касалланиш хавфи остида яшайдилар. Жаҳон бўйича ичкак гельминтозлари билан касалланган беморларнинг умумий сони ҳозирги кунларда 1,5 млрд.га етган. Ҳозирги кунда Ўзбекистонда гельминтозларнинг 10-12 тури қайд этилмоқда. Энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз, трихоцефалез каби гельминтозлар баъзи вилоятларда оммавий равишда тарқалган. Республикаимизнинг тоғли ва тоғ олди минтақаларида аскаридоз ва трихоцефалез ўчоқлари учрайди. Хоразм вилояти тениаринхознинг тарихий ўчоғи бўлиб ҳисобланади. Эхинококкоз республиканинг Қашқадарё, Самарқанд, Сурхондарё, Сирдарё ва Фарғона вилоятларида фақат спорадик кўринишда аниқланади. Шу билан бирга Ўзбекистонда мулоқот йўли билан тарқаладиган энтеробиоз ва гименолепидоз беморлари кўплаб учрамоқда ва уларнинг аксарияти Наманган ва Фарғона вилоятларида тарқалган. Гельминтозлар билан касалланиш аҳоли гуруҳлари орасидан аскаридоз, гименолепидоз ва энтеробиоз билан кўпроқ болалар, тениаринхоз ва эхинококкоз билан эса катталар касалланганлар. Гельминтозлар билан энг юқори касалланиш кўрсаткичлари мактабгача тарбия болалар муассасаларининг тарбияланувчилари орасида, сўнгра мактаб ўқувчилари ва уюшган болалар орасида аниқланган. Гельминтозларга қарши муваффақиятли профилактик тадбирларни амалга оширишда аҳолининг маданияти ва турмуш даражасини янада ошириш катта аҳамиятга эга. Бу мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифаларни бажариш зарур бўлади. Аҳолининг турли қатламлари ва айниқса болалар ўртасида санитария-тағрибот тадбирларини кучайтириш. Профилактик тадбирларни доимий равишда амалга ошириш учун кенг жамоатчилик ва маҳалла фаолларини жалб этиш. Шахсий гигиена тадбирларига қатъий риоя қилиш. Паразитология соҳаси бўйича шифокорлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини доимий равишда ошириб бориш. Режали оммавий текширувларда гельминтозлар билан касалланган беморларни фаол аниқлаш ва уларни даволаш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни аниқлаш. Беморларни даволаш жараёнида ташқи муҳитни уларнинг нажаси ва бошқа биологик ажратмалари билан зарарланишига йўл қўймаслик. Доимий равишда гельминтозларнинг юқиш мавсумини, гельминтозларнинг кўплаб нобуд бўладиган муддатларини аниқлаш. Аҳолини канализация ва тоза ичимлик суви тизими билан таъминлаш кўрсаткичларини янада ошириш. Жамоат ташкилотлари, боғлар,

сайилгоҳлар, ҳиёбонлар санитария гигиена талабларига жавоб берадиган ҳожатхоналар қуриш, ҳар бир ҳовлида ахлат қутиларини ўрнатиш ва уларни доимий равишда тозалашга, чиқиндиларни вақтида олиб кетилишига эришиш. Ҳожатхоналарда ўриндиқлар, деворлар ва полларни нажас қолдиқларидан доимий равишда тозалаш. Канализация бўлмаган ҳожатхоналарда ўралар, поллар ва ўриндиқларни зарарсизлантириш керак. Замонавий эпидемиология талабларига кўра гельминтозларга нисбатан қаратилган профилактик тадбирлар мажмуаси эпидемиологик назорат тамойиллари асосида режалаштирилиши ва ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

ОИВ/ОИТС КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Расулов Ш.М., Калниязова И.Б., ТГА, 2 курс магистратура резидентлари

Эпидемиология кафедраси (каф. муд. – т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Абдукаҳхарова М.Ф.

Бугунги кунда ОИВ инфекцияси бутун дунё бўйича долзарб муаммолардан бирига айланган касаллик ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) ва Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) томонидан ОИВ/ОИТС касаллиги бўйича тайёрлаган Қўшма Дастурига (ЮНЭЙДС) асосан ва унда келтирилган маълумотларга кўра ҳозирги кунга қадар дунёда 34,2 млн кишига ОИВ инфекциясини юқтирган шахслар рўйхатга олинган. Ушбу касалликни ҳар йили 2,5 млн киши юқтириб, 1,7 млн киши вафот этмоқда. Дунё бўйича ҳар куни 7 минг, ҳар соатда 300 нафар шахс ОИВ инфекциясини ўзига юқтириб олмақда. Республикамизда 2014 йил январь ойи маълумотлари бўйича ОИВ инфекцияси аниқланган инсонларнинг сони 28 250 нафарни ташкил қилмоқда. Шулардан эркаклар -53,6%, аёллар- 46,3% ни ташкил этмоқда. Уларнинг 65,2% ни 25-49 ёшдагилар ташкил этади. ОИВ инфекцияси билан аниқланган касаллар сонини Республикаимиз ҳудудлари бўйича энг юқори кўрсаткичларни тошкент шаҳри, тошкент, андижон, самарқанд ва фарғона вилоятлари ташкил этмоқда. Республикамиздаги касалланиш кўрсаткичларини жинслар бўйича тарқалганлиги олдинги йилларда касаллик асосан эркаклар ўртасида кўп учраган, охириги йилларда эса аёллар ўртасида ортий бормоқда ва бу касалликнинг болалар орасида кўпайишига олиб келмоқда. Пандемияни тўхтатишга имкон бермаётган омиллар, булар - ОИВ инфекцияли беморлар умрининг охиригача вирусни юқтириш хавфини сақлаб қолиши, вируснинг генетик ўзгаришчанлиги (мутация) туфайли дунё миқёсида касалликнинг олдини олишга қодир самарали вакцинанинг йўқлиги, касалликни чақирувчи вирусга самарали таъсир этувчи даволаш воситаларининг ҳозирча топилмаганлиги, касаллик асосан хулқ-атвори бузуқ хавфли гуруҳлар орасида (ғиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилувчи, моддий рағбатлантириш эвазига интим хизмат кўрсатувчилар) тарқалишига мойиллиги ва улар билан самарали ишлаш имкони қийинлиги, меҳнат мигрантларининг тобора кўпайиб бораётганлиги ва аҳолининг бу касаллик ҳақида етарлича билимга эга эмаслиги кўрсатилмоқда. ОИВ/ОИТС касаллигини олдини олишда қуйидагиларга қатий амал қилиш керак: 1. Парентерал муолажалар олганда фақат бир марта ишлатиладиган шприцлар ва игналардан фойдаланиш; 2. Қон ва қон маҳсулотларини ОИВга текширилгандан кейингина ишлатиш тавсия этилади; 3. Оператив - режимли тадбирлар чоғида резина қўлқоплардан фойдаланиш керак; 4. Шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилиш (бировнинг соқол олиш асбобидан, тиш чўткасидан фойдаланилмаслик); 5. Никоҳдан ўтувчиларга ОИВга тўлиқ текширилгандан кейин рухсат этиш; 6. Олий ва ўрта махсус таълим муассасалари ўқитувчиларига ОИВ инфекцияси бўйича семинар-тренинглар ташкил қилиш; 7. Аҳолининг барча қатламларида хусусан 18-45 ёшли аҳоли орасида ОИВ инфекциясини олдини олишга қартилган профилактик чора-тадбирлар санитария-тарғибот ишларини янада кучайтириш мақсадга мувофиқдир.

ОНА ВА БОЛА СОГЛИГИ МИЛЛАТ РИВОЖЛАНИШИНИНГ АСОСИЙ НЕГИЗИДИР

Саидова З.А., Каримов Ш.Э., ОХИ факультети 203 гуруҳ талабалари

Неврология, нейрохирургия, травматология ва ортопедия курси билан

Илмий раҳбар: доцент Абдуллаева Н.Н.

Мустақилликнинг илк йилларидан бошлаб мамлакатимизда ҳар йилга ном бериш анъанага айланиб қолган бўлиб, 2016 йил давлатимиз раҳбари томонидан мамлакатимизда бу йил «Соғлом она-соғлом бола» йили деб эълон қилинди. Бу юксак қарор халқимизнинг саломатлигини мустаҳкамлаш ва пировард натижада сақлашга қаратилган қарордир. Ҳаммамизга маълумки, онанинг саломатлиги жамиятда соғлом муҳитнинг яратилишида асосий омилдир. Шу боис оила ва жамиятда репродуктив саломатликни мустаҳкамлаш, жисмонан ва маънан баркамол авлодни тарбиялаш муҳим аҳамият касб этади. Мамлакатимизда оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, замонавий тиббий хизмат кўрсатишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада давлатимиз томонидан қатор меъёрий ҳужжатлар қабул қилиниб, улар ҳаётга татбиқ этилаётган. Хусусан, Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 65-моддасида "Фарзандлар ота-оналарнинг насл-насабидан ва фуқаролик ҳолатидан қатъи назар, қонун олдида тенгдирлар. Оналик ва болалик давлат томонидан муҳофаза қилинади" деб белгилаб қўйилганлиги ҳам фикримизнинг ёрқин ифодасидир. Халқимизнинг асрий анъаналарини ҳисобга олиб, «Она ва бола соғлом бўлса, оила бахтли, оила бахтли бўлса, жамият мустаҳкам бўлади» деган ҳаётбахш қадрият ва олижаноб ғоя жамиятда чуқурроқ англаб етилишига ва қарор топишига йўналтирилган кенг чора-тадбирлар йиғиндисини амалга ошириш бўйича олиб борилаётган ишларнинг даражасини янада самарадорлигини ошириш, оилани, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини янада юксалтириш, жамиятда оналарга алоҳида ҳурмат-эҳтиром муҳитини шакллантиришда жонбозлик қилиш, соғлом ва баркамол авлодни тарбиялашни юқори малакали мутахассисларга ишнинг топшириш, оиланинг мустаҳкам, соғлом ва аҳил бўлишида маҳаллий давлат ҳокимияти органлари ва жамоат ташкилотларининг ҳамкорлигини кенг йўлга қуйиш мақсадида қуйилган навбатдаги собит кадам булди десак адашмаймиз. Бу борада тиббиёт соҳасида ҳам оламшумул ютуқлар қўлга киритилмоқда. Жумладан, ҳозирги кунда Республикаимиз вилоятлари перинатал марказларида ҳомиладорлар, оналар ва чақалоқларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам ва парварииш жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиялари ва стандартларига мос келмоқда. "Саломатлик 1", "Саломатлик 2" лойиҳалари асосида марказ бўлимлари замонавий юқори технологияли тиббий ускуналар ва жиҳозлар билан таъминланган. "Бехатар оналик", "Кўкрак сути билан боқиш", "Соғлом ва бемор болалар парвариши", "Янги туғилган чақалоқлар бирламчи реанимацияси" каби дастурлар асосида билим ва малакасини ошириб бораётган шифокорлар она ва бола саломатлиги муҳофазаси, ташхис қўйиш ва тиббий ёрдам кўрсатишда илғор тажриба ва замонавий ускуналардан самарали фойдаланишмоқда. Бунинг натижасида иш сифати ошиб, марказларда ҳомиладор аёллар ва чақалоқларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам ва парвариш кескин даражада яхшиланмоқда. Бу каби тиббиёт соҳасидаги янгиликлар нафақат жамиятимизда она-болани хасталанишини, балки оилада нуқсонли фарзанднинг дунёга келишини олдини олади. Бу эса уз навбатида Республикаимиз саломатлик курсаткичини юқори уринларга олиб чиқади. Бу каби саъй-ҳаракатлар

аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказишда муҳим омил бўлмоқда. Чунки, соғлом онадан, соғлом бола дунёга келиши айна ҳақиқат. Зеро, аёл жамият кўрки эканлигини асло унутмаслик керак.

СПОНДИЛОДИСЦИТНИНГ МАГНИТ-РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИК ТАШХИСИ

Сайиткулова Г.Д., СамМИ педиатрия факультети 308-гуруҳ талабаси,

Бахритдинов Б.Р., даволаш факультети 516 -гуруҳ талабаси, Аметова А.С.

Умумий хирургия, нур диагностика ва терапия кафедраси (каф.муд. - доцент Мустафакулов Э.Б.)

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Мардыева Г.М.

Ишнинг мақсади. Магнит-резонанс томографиясин қўллаган ҳолда спондилодисцитнинг эрта нурли ташхисини мукаммаллаштиришдан иборат. Касалликнинг кечикиб аниқланиши ва нотўғри даволаниши натижасида, яллиғланиш жараёнининг тарқалиб кетиши ва неврологик асоратлар келтириб чиқариши спондилодисцитнинг эрта диагностикаси муаммосининг долзарблигини билдиради. **Материал ва методлар.** 160 та умуртка сохасидаги огриклар билан мурожаат қилган беморлар. Текширилган беморларни жинси бўйича тақсимланиши: эркаклар - 70%, аёллар - 30% ташкил этди. Қўлланилган текширув усуллари: рентгенография, магнит-резонанс томографияси. **Текшириш натижалари.** 160 та умуртка сохасидаги огриклар билан мурожаат қилган беморларнинг нурли диагностика текшириш натижалари анализ қилиниб, шулардан спондилодисцит билан хасталанган беморлар сони 42 тани, умуртқаларо диск чурраси билан - 32 та бемор, экстрадурал хажмли жараёнлар билан - 10 та бемор, умуртқанинг сиқилиб синиши билан - 19 та бемор, остеохондроз билан - 27 та бемор, протрузия билан - 10 та бемор, спондилодисцит билан - 42 та бемор. 20 та бемор умуртқалар ўзгаришсиз бўлиб, контрол группани ташкил этдилар. Рентгенологик текширишларда эрта босқичида мурожаат қилган беморларда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади. Кеч босқичида эса: 33,3% беморларда умуртқаларо диск баландлигининг камайиши аниқланди. 66,6% касалларда копловчи пластинка зичлашуви ва нотекислиги намоён бўлди. Спондилодисцит диагностикасида МРТ қўлланилиши касалликнинг эрта босқичларидаги ўзгаришларни (шиш, яллиғланиш) аниқлаш, ҳамда яллиғланиш жараёни динамикасини реал ўрганиш имконини бера олиши аниқланди. Спондилодисцит асосан кўкрак ва бел умуртқаларида кўп учрайди. Кўп холларда икки умуртқанинг зарарланиши кузатилади: спондилограммада 11 (23,8%) ҳолатда, магнит-резонанс томограммада 29 (69,1%). МРТ умуртқа поғонасидаги юмшоқ тўқималар ҳолатини баҳолашда спондилографияга нисбаттан кўпроқ маълумот беради. Рентгенологик текширишларда эрта босқичида мурожаат қилган беморларда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади. Кеч босқичида аниқланган симптомлар куйдагиларни ташкил этди: 33,3% беморларда умуртқаларо диск баландлигининг камайиши аниқланди; 66,6% касалларда копловчи пластинка зичлашуви ва нотекислиги намоён бўлди. МРТ текширувида касалликнинг эрта босқичида нисбатан кўпроқ ўзгаришлар аниқланди. Умуртқаларо ёриқнинг торайиши 2,4% беморларда, копловчи пластинканинг эрозия ва деструкцияси эса (23,8%) пациентларда аниқланди. Паравертебрал юмшоқ тўқималар яллиғланиши ва умуртка ва дискни биргалликда зарарланиши (9,5%) мурожаат қилган беморларда намоён бўлди. Суяк кўмигининг шиши эса (38,1%) беморларда аниқ ифодаланди. Спондилодисцитдаги умуртқаларо диск яллиғланиши жараёни албатта дисцит ёки дискнинг бутунлай емирилиши кўринишида намоён бўлади. Икки умуртқа ва умуртқаларо диск зарарланиши билан кечадиган спондилодисцитда кўкрак умуртқаларининг зарарланиши юқори ўринни эгаллаши аниқланди. **Хулоса.** Умуртқа касалликларини аниқлашда МРТ қўлланилаётган бошқа нурли текшириш усуллари хажмини қисқартириб, одадий инвазив ва травматик усулларни қўллаш заруриятини инкор қилади ва кераксиз жаррохлик аралашувини олдини олади. Шунингдек, касалликнинг сурункали кечишида беморга қўшимча нур юктамасисиз динамик кузатиш имконини беради.

ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА РЕТРОВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯГА СОДИҚЛИККА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАРНИ БАҲОЛАШ

Сайитов Б.Ш., магистратура йўналиши 1-босқич магистранти ТТА

Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси (каф. муд.-т.ф.д. Туйчиев Л.Н.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Захидова Н.А., ЭМЮКИТИ

Ишнинг мақсади: Ўзбекистон шароитида ретровирусга қарши терапияга (РҚТ) содиқликка таъсир этувчи омилларни баҳолаш. **Текширув усуллари ва материаллар:** Текширувлар 2016 йил мобайнида Тошкент шаҳар ОИТСга қарши курашиш маркази поликлиникасида ҳисобда турган ОИВ билан касалланган беморларда сўровнома усулида олиб борилди. Текширувда 24 ёшдан 58 ёшгача жами 36та ОИВ билан касалланган беморлар қатнашдилар. Беморларнинг ўртача ёши 38,7 ёшни ташкил қилди. Уларнинг 15 нафари (41,6%) аёл ва 21нафари (58,3%) эркаклардан иборат эди. **Натижалар:** РҚТга бўлган содиқлик беморларни 1ой вақт давомида дориларни қабул қилиши натижалари асосида баҳоланди. Жами текширилганлардан даволашга 95% ва ундан юқори содиқликка эга бўлган беморлар 23 (63,9%) тани ва 95% дан кам содиқликка эга беморлар 13 (36,1%) тани ташкил этди. Даволашга содиқлик паст бўлган беморларнинг кўпчилигини (80%) эркаклар ташкил қилди. Содиқликка таъсир этувчи омилларни аниқлаш мақсадида олиб борилган сўровнома натижалари куйидагиларни кўрсатди: 9та (69,2%) бемор дори ичиш ёдидан кўтарилгани сабабли, 2 та (15,4%) бемор дориларни уйда унутиб қолдирганлиги, 1та (7,7%) даволанишини атрофдагилар билишини ҳохламаганлиги, 1та(7,7%) бемор даволаш самарадорлигига ишонмаслиги ва доимий дори ичиши шарт эмас деб ҳисоблаганлиги сабабли дори қабул қилишни қолдирган. Дори ичиш тартиби ноқулайлик туғдириши, дориларнинг ноҳўя таъсири натижасида дори қабул қилмаган беморлар аниқланмади. Барча беморлар ўртасида ўтказилган сўров натижалари ОИВ инфекцияси ва РҚТ ҳақида тўлиқ тушунчага эга беморлар сони 24тани (66,7%) ташкил қилиши, қолган 12 та(33,3%) бемор бу ҳақда қисман тушунчага эга эканликларини кўрсатди. Хулоса қилиб, шуни айтиш мумкинки РҚТга паст содиқлик асосан эркак жинсига мансуб беморларда аниқланди ва бу ҳолат эркакларни касалликка ҳамда даволанишга етарлича маъсулият билан ёндошмасликларини кўрсатди. Содиқликни паст бўлишининг асосий сабаби бўлиб, беморларнинг дори қабул қилиш ёдларидан кўтарилганлиги ҳисобланади. Лекин шуни айтиш керакки, барча аниқланган сабаблар билвосита беморларда даволанишга бўлган иштиёқ (мотивация) сустигини кўрсаткичи бўлиб баҳоланиши ва бу ўз навбатида беморларда ОИВ ва РҚТ ҳақидаги тиббий тушунчанинг етарли эмаслиги билан боғлиқ эканлигини кўрсатди.

ТАМАКИ ЧЕКИШНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ, УНИНГ САЛОМАТЛИККА САЛБИЙ ТАЪСИР ҚИЛИШДАГИ ЎРНИ

Тажибаева З.А., 1 курс магистратура резиденти, ГТА

Эпидемиология кафедраси (каф. Мудираси - т.ф.д.Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Рахманова Ж.А.

Ҳозирги кунда дунёнинг бошқа давлатларида сингари Ўзбекистонда ҳам тамаки маҳсулотларини истеъмол қилиши кенг тарқалган. Тамаки маҳсулотлари рухий жиҳатдан фаол маҳсулотларга таалуқли бўлиб, бугун бир жамият, унинг саломатлиги, фаровонлиги ва турмуш сифати учун жиддий муаммо ҳисобланади. Инсон организмга зарарли таъсир даражаси бўйича етакчи ўринда гиёҳванд моддалар, иккинчи ва учинчи ўринларда – чекиш ва алкогольни истеъмол қилиш туради. Масалан, Россияда чекиш аҳолининг муддатдан аввал ўлимига олиб келувчи кенг тарқалган зарарли одат ҳисобланиб, ундан 30 % эркеклар ва 4 % аёллар вафот этади. Чекиш билан боғлиқ бўлган касалликлардан ер юзида ҳар йили 5 млн., Россияда эса 300 мингтагача инсон ҳаётдан кўз юмади. Чекувчиларнинг тахминан 50 % чекиш туфайли ўз ҳаётининг 20 йилини йўқотади. Афсуски, Ўзбекистон бўйича тамаки ва тамаки маҳсулотларининг тарқалганлиги, унинг таъсиридан касалланиш ва ўлим тўғрисидаги маълумотлар йўқдир. Чекиш туфайли келиб чиққан касалликлар оқибатида рўй берган муддатидан аввал ўлим чекувчи аҳолининг ўртача ҳаёти давомийлигининг пасайишига олиб келади. Кунига 15 ва ундан ортиқ сигарет чекувчи эркеклар, 6 та ва ундан ортиқ сигарет чекувчи аёллар тегишли равишда чекмайдиганларга нисбатан 10,5 ва 6 йил камроқ яшайдилар. Шунингдек, агар эркеклар туғилгандан бошлаб чекиш билан боғлиқ бўлган касалликлар туфайли вафот этмаганларида, уларнинг ўртача ҳаёт давомийлиги 3,9 йилга кўпроқ бўлиши ҳисоблаб чиқилган. Тамаки чекиш жамоат саломатлигининг муҳим муаммоси ҳисобланади. Тамаки чекишни тўхтатиш йўлида аҳолини чекишдан бош тортишида қўллаб-қувватловчи ва рағбатловчи тамойилни ўзида мужассам қилган янги ёндошув зарурдир. Популяцион ёндошув феъл-атворнинг ўзгариш таълимотлари, жамиятнинг руҳий ва ижтимоий таълимотлари, ижтимоий инновациялар ва ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг тарқалишига асосланган бўлади. Янги популяцион ёндошувнинг мазмуни қуйидаги хусусиятларда мужассам этади: · бир вақтнинг ўзида кўп сонли чекувчи инсонларга ёрдам бера олиш, бу ҳолат аҳоли орасида чекишнинг юқори тарқалганлигида жуда муҳимдир; · ижобий руҳий кўрсатмаларга йўналтиришда; · чекишни рад этишда чекувчи инсонни қўллаб-қувватловчи шахснинг ўзаро иштироки йўли билан ижтимоий қўллаб-қувватлашни шакллантириш; турли тиббиёт ва тиббий бўлмаган муассасалар ҳамда ОАВ жалб этиш йўли билан; дастур иштирокчиларидан роғла оид моделларни қўллашда; жамиятда тамаки чекишдан озод бўлган феъл-атвори шакллантиришда; профилактик тадбирларда иштирок этиш учун жамиятни сафарбар қилиш; аҳоли ҳамда тиббиёт ходимлари учун дастурнинг таълим компонентида; соғлом турмуш тарзини шакллантирувчи ва бу ҳолатда ўз мисолида аҳолини қўллаб-қувватловчи тиббиёт тузилмалари ва бутун бир давлатнинг нуфузини оширишда. Болалар ва аҳоли орасида қонуний, маъмурий, маърифий ҳаракатларни ўз ичига олган чекишга қарши курашиш бўйича миллий дастурни яратиш, ҳамда кейинчалик ҳаёт сифатига чекишнинг таъсирини камайишига олиб келувчи, чекишни ташлашни ҳоҳловчиларга ёрдам кўрсатиш бўйича тадбирларни амалга ошириш зарурдир.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО ТАДБИҚ ЭТГАН ГИРУДОТЕРАПИЯ УСУЛИДА

ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Тешаев У.Ш., даволаш факултети 406 гуруҳ талабаси

БухДавТИ Шарқ тиббиёти кафедраси

Илмий раҳбар: катта ўқитувчи Саидова М.М.

Ибн Синонинг илмий меросини батафсил чуқур ўрганиш, Шарқ табобатининг ўлмас усулларини қайта тиклаш ва давом эттириш бугунги кун тиббиёти учун жуда зарурдир. Гипертония касаллиги билан Ер юзидаги катта ёшдаги аҳолининг 20-30%и азият чекаётган бир пайтда, асосий даво муолажаси учун тавсия этилаётган даво усули бу медикаментоз усул бўлиб, қон босимини туширувчи ва ивишини камайтирувчи дори препаратларини доимий, йиллар давомида қабул қилишга қаратилган. Ибн Сино ўзининг “Тиб қонунлари” асарига “Хафақон юракда пайдо бўладиган учганга ўхшаш бир ҳаракатдир. Унинг сабаби юракка азият берувчи ҳар бир нарса бўлиб, у юракнинг ўзида, ё унинг ғилофида бўлади, ёки юракка у билан ёнма-ён турган ва ҳамкор аъзолардан келади” деб кўрсатиб, буни танқия (танани тозалаш) усули орқали даволаш мумкин, деб айтади. Ибн Сино “Икки хил турдаги кишилардан қон олиш керак: улардан бири қони кўпайиб кетганда касалликларга берилувчи кишилар, бошқалари эса касал бўлган кишилардир. Буларнинг ҳар биридан ёки қон кўпайиб кетганда ёки қон сифати бузилганда, ёки ҳар иккала сабаб юз берганда қон олиш даркор” дейди. Буюк олим қон олиб ташлашнинг томирни кесиб орқали, қортиқ қўйиб қон олиш (шохлаш ёки банклар орқали манфий босим ҳосил қилиб қон олиб ташлаш) ва зулук қўйиб усулларини кўрсатиб ўтар экан, “Зулуклар қортиқдан кўра чуқурроқ ердан қон тортадилар” деб, бу усулга урғу беради. Ибн Сино айтиб ўтган зулук қўйиб даволаш усулини Европа ва бошқа дунёнинг ривожланган давлатларида қарийб 1000 йилдан кейин, XX асрга келиб айрим тиббиёт муассасаларида қўллаш бошланди. **Тадқиқотнинг мақсади:** Гипертония касаллиги билан касалланган беморларни Абу Али ибн Сино тадбиқ этган танқия (танани тозалаш) усулларидан зулук солиш, яъни гирудотерапия ёрдамида даволаш самарадорлигини ўрганиш ва стандарт медикаментоз усулда даволаш билан таққослаш. **Тадқиқот материаллари ва услублари:** Тадқиқотлар Бухоро давлат тиббиёт институти Ҳалқ тиббиёти ва физиотерапия кафедрасида олиб борилди. Тадқиқотда ўрта ёшдаги (40-60 ёш) 40 нафар иккала жинсга мансуб бўлган артериал гипертензия билан оғриган беморлар иштирок этишида беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. I – гуруҳ - фақат гирудотерапия билан даволанганлар, II – гуруҳ – стандартлаштирилган медикаментоз даво муолажалари қабул қилган беморлар. Ушбу гуруҳдаги беморларга антигипертензив дори препаратлари, антикоагулянтлар, диуретиклар бериб борилган бўлиб, стационардан кейин ҳам уй шароитида ушбу дори воситаларини доимий равишда қабул қилиб туришган. **Тадқиқот натижалари:** Кузатувлар шуни кўрсатдики, 3 ой давомида биринчи гуруҳ беморларининг 10% ида юқори қон босими сақланиб қолган бўлса, иккинчи гуруҳ беморларида бу кўрсаткич 50% ни ташкил этади. Қоннинг ивиш вақти эса иккинчи гуруҳ беморларида икки марта юқори бўлиб, бу кузатув даври давомида сақланиб қолди. **Хулосалар:** Гирудотерапия билан даволаш қадимдан маълум бўлиб, турли касалликларни даволашда қўллаш усуллари Абу Али ибн Сино томонидан ишлаб чиқилган ва амалда қўлланилган. Бу усул билан кўплаб касалликларни даволаш мумкин бўлиб, медикаментоз даволашга нисбатан нафақат иқтисодий томондан, балким яхши тезкор ва узоқ муддатли ижобий натижалар бериши жиҳатидан ҳам устундир. Гирудотерапия билан фақатгина юқори тиббий малакага эга бўлган шахслар шуғулланишса мақсадга мувофиқ бўлар эди. Гирудотерапияни илмий асосланган материалларга таяниб, акупунктура меридианлари ва биологик актив нуқталарнинг жойлашган ўринларини билган ҳолда қўллаш тиббиётда қадимий бўлган янгича даволаш концепциясини яратиши муқаррардир.

**БОЛАЛАРДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК
ЖИХАТДАН КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Тиркашев О.С., кафедра ассистенти, Кандимов О.Дж., 1 курс магистратура резиденти

**Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (каф. муд. доц. Ярмухамедова Н.А) СамМИ
Илмий раҳбар: доцент Ярмухамедова Н.А**

Текширув мақсади: бруцеллёз касаллигининг болаларда клиник ва эпидемиологик жихатдан кечиш хусусиятларини, олдини олиш чора тадбирларини урганиш. **Тадқиқот усули ва материаллари:** кузатувимизда вилоят юқумли касалликлари клиник шифохонасида (ВЮККШ) 2013-2015 йиллар давомида стационар шароитда даволанган 15 та ўн уч ёшгача бўлган бемор болаларнинг касаллик тарихини ретроспектив тахлил қилишдан иборат. Бруцеллёз касаллигини ташхислашдаги барча асослар клиник, эпидемиологик ва лаборатор тахлилларни комплекс баҳолашдан иборат. Барча беморлардаги бруцеллёз ташхиси қоннинг серологик (реакция Райт ва Хеддельсон) ва бактериологик текшируви натижаларининг тасдиқланишига асосланган. **Текширув натижалари ва муҳокамаси:** Бемор болаларнинг анамнезидаги маълумотларни тахлил қилганимизда: болаларнинг 15 нафаридан 9 нафарида (60 %) преморбид фоннинг ноқулай омиллари аниқланди. Клиникага мурожаат қилиб келиш кунлари ўрганилиб чиқилганида шу нарса маълум бўлдики: шифохонага касалликнинг дастлабки беш кунда 5 (33,3%) бемор, 5-10 кунда 4 (26,7%) бемор, 10 кундан кейин мурожаат қилиб келган беморлар - 6 (40%) ни ташкил қилди. Кузатувимиздаги бемор болаларнинг 15 (100 %) нафаридан 11 (73,3%) нафарини туман ва қишлоқ фуқаролари ташкил қилди. Эпидемиологик тахлил натижаларига кўра: беморларда касалликнинг юқиш йўллари натижаларига кўра 47,3% беморларнинг касалланиши сунъий ва тўлиқ ишлов берилмаган сут махсулотлари билан озиқлантириш билан боғлиқлиги, беморларнинг- 42,7% қисмида контакт йўл билан юқганлиги, 10 % беморларда касалликнинг вертикал йўл орқали юқганлиги аниқланди. Вертикал йўл билан юқганлигини аниқланиши субъектив маълумотлар натижалари ўрганилган ҳолда, касалланган бемор боланинг онасида бруцеллёз касаллигининг учраганлиги билан асосланди. Бизнинг текширувимиздаги натижаларга асосан эрта ёшдаги беморларда бруцеллёз касаллигининг клиник кечиши қуйидагича: бемор болаларнинг 15 (100%) нафаридан 12 (80%) нафарида кўп терлаш, уйқу бузилиши ва тана хароратининг юқори даражасига кўтарилиши, 13 (86,7%) нафарида периферик лимфа тугунларнинг катталашини кузатилди. Қорин бўшлиғи пайпасланганда жигар ва талоқнинг катталашини 7(46,7%) нафар беморда аниқланди. Кузатувдаги беморларда касалликнинг клиник кечиш шакллари Ўз ССВ томонидан 2013 йил ишлаб чиқилган “ Республикада бруцеллёз касаллигига қарши олиб борилаётган чора-тадбирларни такомиллаштириш туғрисида” номли буйруққа асосланган ҳолда К.Жалилов (1986) таклиф этган Марказий Осиё республикаларида амалда кенг қўлланилаётган клиник таснифга асосан: кузатувимиздаги барча беморларда (100%) касалликнинг ўткир , ярим ўткир ва бирламчи сурункали шаклларда кечганлиги аниқланди. **Хулоса:** Болалар орасида бруцеллёз касаллиги билан касалланишни камайтириш учун шахар аҳолисига сут ва сут махсулотларига тўлиқ ишлов берилгандан сўнг истеъмолга берилиши, чорвадорлик билан шуғулланиб келувчи туман аҳолиси орасида касалланиш даражасини камайтириш учун ветеринария ва тиббиёт ташкилотлари ўртасида одамлар ва хайвонларда бруцеллёз касаллиги ҳақида ва унга қарши ўтказилаётган кураш тадбирлари туғрисида ўзаро маълумотлар алмашилиб туришни ташкиллаштиришни йўлга қўйиш керак ва оммавий ахборот воситалари (ОАВ) орқали аҳоли орасида бруцеллёз касаллигига қарши курашиш ва олдини олиш туғрисидаги маълумотларни батафсил ёритиш аҳамиятлидир.

ЭРКАКЛАР БЕПУШТЛИГИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Тўраев Б.Ш, Байтурсунов Б.Р, Мирзаев Х.Х., Эргашев О.Б., ТТА, тиббий проф. факультети 601 гуруҳ талабалари

Эпидемиология кафедраси (кафедра мудири - т.ф.д. Матназарова Г.С.)

Илмий раҳбар: доцент, т.ф.н. Абдукаҳарова М.Ф.

Тадқиқотнинг мақсади. Эркаklar бепуштлиги касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш. **Тадқиқот материали ва усуллари.** Ўзбекистон Республикаси ССВ, Республика давлат санитария назорати маркази, Республика эндокринология илмий текшириш институти расмий маълумотлари эпидемиологик тахлил қилинди. Ушбу тадқиқотни бажаришда эпидемиологик ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилди. **Тадқиқот натижалари.** Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятида олиб борилган ўрганишлар натижасида аёллар бепуштлигининг асосий сабаблари гармонал дисфункция, сийдик ва жинсий йўллар инфекцияси ҳисобланади. Эркаklarда эса эндокрин бузилишлар асосий сабаб бўлиши кўрсатилган. Республикада эркаklar бепуштлигига олиб келувчи инфекциялар эпидемиологияси ва профилактикаси ҳақида деярли маълумотлар учрамайди. Ҳозирги кунда аҳолининг фаол миграцияси кузатилмоқда. Миграция натижасида эркаklarнинг тартибсиз жинсий ҳаёт кечириши юқумли касалликлар билан зарарланишига сабаб бўлади. Бу эса эркаklar орасида иккиламчи бепуштликнинг ривожланиш хавфини оширади. Эркаklarнинг ҳар хил аёллар билан жинсий алоқада бўлиши TORCH инфекцияларини (герпис, хламидия, токсоплазмоз ва бошқаларни) юктириб олишларига сабаб бўлади. Ушбу инфекциялар кўп ҳолларда клиник белгиларсиз кечиши сабабли ўз вақтида эрта аниқлаш ва ташхис қўйиш имконияти бўлмайди. Касалланиш аломатлари намоён бўлганида даволаш самарасиз бўлади ва натижада бепуштликка олиб келади. **Хулосалар:** Шундай қилиб, юқорида келтирилган маълумотлар Республикада худудда эркаklar бепуштлигига олиб келадиган юқумли касалликларнинг етакчи этиологик омиллари ва эпидемиологиясини ўрганиш, ушбу касалликлар профилактикасининг замонавий асосларини Республикада шароитларига мос равишда ишлаб чиқишни талаб қилади. Жадал суръатлар билан ривожланаётган мамлакатимизнинг янада ривожланишига ҳисса қўшадиган эр йигитларимизни жамиятда ўз ўрнини топишлари, оилаларининг мустаҳкам бўлишлари учун эркаklar бепуштлигини олдини олиш ечимини кечиктириб бўлмайдиган муҳим тиббий, ижтимоий-иқтисодий муаммо ҳисобланади.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ

Хайдарова Н.Н., 2 курс магистратура резиденти, ТТА

Юқумли ва болалар юқумли касалликлари каф. (каф. мудири - т.ф.д. Туйчиев Л.Н.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Ташпулатова Ш.А.

Тадқиқот мақсади: сальмонеллёлэни ошқозон ичак тракти йўлдош касалликлари бўлган беморларда клиник кечиш хусусиятлари ва эндоген интоксикация даражасини қиёсий ўрганиш. **Тадқиқот усуллари ва ҳажми:** ЎЗР ССВ га қарашли ЭМЮКИТИ клиникасида даволанган 30 нафар ошқозон-ичак трактида йўлдош касалликлари бўлган (асосий гуруҳ) ва 30 нафар йўлдош касалликлари бўлмаган (назорат гуруҳи) сальмонеллёлэли беморлар кузатилди. Клиникалаборатор кўрсаткичлар билан бир қаторда эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ўрта молекуляр пеп-

тидлар Габриэлян Н.И. усулида аниқланади (ЎМП меъёр даражаси 2,41 г/л). ЎМП даражаси йўналиши ва яққоллик даражасини аниқлаш мақсадида, олинган натижа меъёр қийматига нисбатан қиёсланиб, индукция индекси (ЎИИ) – кўрсаткичлар кўтарилиш томонга йўналиши ва яққоллик даражаси ўрганилди. Олинган маълумотлар «Excel» ва R-project дастурларидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди. **Олинган натижалар:** Асосий гуруҳдаги 30 нафар беморларнинг 15 нафарига (50,0%) сальмонеллез сурункали холецистит, 6,7% ҳолатларда (2) сурункали панкреатит, 8 (27,0%) сурункали колит, 5 (16,7%) сурункали гепатит каби йўлдош касалликлар билан бирга кечган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 43,3% (13) сальмонеллезнинг гастроэнтеритик шакли, 30,0% (9) гастроэнтероколитик ҳамда 27,0% (8) энтероколитик шакли, 13,3% (6) беморларда сальмонеллез энгил, 6,7% (2) да ўртача оғирликда ҳамда 80,0% (24) да оғир даражада кечган. Назорат гуруҳининг 73,3% (22) беморларида гастроэнтеритик ҳамда 27,0% (8) гастроэнтероколитик шакл, 33,3% (10) беморларда сальмонеллез энгил, 60,0% (18) да ўртача оғир ҳамда 6,7% (2) оғир даражада кечган. Койка кунлари асосий гуруҳ беморларида ўртача 12,4±0,6, назорат гуруҳида эса 11,1±0,2 кун бўлди (>0,05). Ҳолсизлик, кўнгил айниш, қориндаги оғриқ, иштаҳа пасайиши каби белгилар иккала гуруҳ беморларида ҳам 100,0% ҳолатларда кузатилди. Асосий гуруҳ беморларининг 76,6% ҳолатларида нажас суюқ, сассиқ ҳидли ва шиллик аралаш бўлиши кузатилди. 86,7% ҳолатларда ич келиши суткасига 5 тадан 10 мартабагача, 13,3% 5 мартабагача бўлди. Диарея давомийлиги ўртача 9,2±0,6 кунни ташкил этди. Назорат гуруҳ беморларининг катта қисмида (66,7%) эса аксинча, ич келиши суткасига 5 мартабагача бўлди. Диарея ўртача 7,9±0,3 кун давом этди (>0,05). Асосий гуруҳ беморларнинг 80,0% (24 та) да нажас кўп миқдорда, сувсимон бўлган бўлса, 26,7% (8 та) да нажас кам порцияларда келган. Нажасни қон аралаш бўлиши - 30,0% (9 та) беморларда кузатилди. Назорат гуруҳ беморларнинг 90,0% (27 та) да нажас кўп миқдорда, сувсимон, фақатгина 10,0% (3 та) да нажас кам порцияларда келган. Назорат гуруҳида асосий гуруҳдан фарқ этиб 6,7% да гемоколит кузатилди. Сальмонеллез оғир кечган 24 нафар асосий гуруҳдаги беморларнинг 20,8% (5 та) да тери қопламлари рангпарлиги, бурун лаб учбурчаги цианозиди, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги каби гемодинамик бузилишлар кузатилди. Назорат гуруҳ беморларига гемодинамик бузилишлар хос бўлмади. Асосий гуруҳ беморларида ЎМП 8,26±0,34 г/л ташкил этди, бунда соғлом кишиларга нисбатан - ЎИИ=↑3,4 мартабани ташкил этди. Назорат гуруҳ беморларида эса ЎМП 3,56±0,2 г/л бўлиб, ЎИИ=↑1,5. **Хулоса:** 1. Йўлдош касалликлари билан кечувчи сальмонеллезда йўлдош касалликлар ҳисобига эндоген интоксикация юқори даражада бўлиб, касаллик асосан гастроэнтеритик (43,3%) ва энтероколитик (27,0%) шаклларда оғир даражада (80,0%), давомий кечади. 2. Йўлдош касалликларсиз сальмонеллез эса ўртача даражадаги эндоген интоксикация хос бўлиб, касаллик асосан гастроэнтеритик шаклда (73,3%), ўрта оғир даражада кечади.

СУТ БЕЗИ ЎСМА ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАШҲИСИ

Шодиев Ф.Ф., 1 курс магистратура резиденти, Джумаева Ш.Д., 616 пед. факультети,
Сафарова Э., 310 дав. факультети СамДТИ

Умумий хирургия, нурли ташҳис ва нур терапия курси (кафедра мудири т.ф.н., доц. Мустафокулов Э.Б.)
Илмий раҳбар т.ф.н. доц. Ахмедов Я.А.

Ишнинг мақсади: Сут беzi ўсма олди касалликларини эрта, клиник белгилари пайдо бўлгунча аниқлаш. **Материал ва услублар:** Сут беzi (СБ) томонидан шикоят бўлмаган 20 ёшдан катта 82 нафар аёллар текширилди. Шулардан 12 тасида маммографияда, биринчи мартаба СБ касалиги топилди, яъни текширилган аёлларнинг 2 тасида киста, 4-фиброаденома, 6-тасида фиброзли-кистозли мастопатия (ФКМ) топилди, 70-та аёлда сут беziда ўзгариш аниқланмади. СБ касали топилган аёллардан 10 тасининг ёши 60 дан ошган. СБни текшириш маҳсус маммограф аппарат «BM2-V»да, куйидаги техник шароитда амалга оширилди: анод токининг кучланиши 23-КВт, ток кучи-23мА, экспозиция вақти-0,3-0,5 секунд. Сут безини комплекс клиник-рентгенологик текшириш системаси куйидаги этапларни ўз ичига олади. 1-этап-умумий клиник текшириш. Бу этапда куйидагиларга эътибор берилди: А) Анамнез-«скрининг» сўров картасида куйидаги 4-та фактор эътиборга олинди: Репродуктив, генетик, жинсий ва бошқа йўлдош касалликлар; Б) Сут безини ташқи кузатиш-беморларнинг сут безлари ёруғ хонада табиий нурда кўрилди; В) Сут безини пайпаслаш-беморларни сут безлари вертикал ва горизонтал ҳолатларда пайпаслаб курилди (хар бир квадрати алоҳида-алоҳида); Г) Гинекологик текшириш ва ректал температуранинг аниқлаш; 2-этап-рентгенологик текширишлар. Бу этапда куйидаги текширишлар амалга оширилди: сут беzi обзор маммографияси (М)-тўғридан ва ёнбошдан ёки кия вазиятларда, мўлжалли М, дуктография ва секторал (патоморфологик кесманинг) рентгенограммалари бажарилади. 3-этап-Гистологик текширишлар (биопсия). 4-этап-Динамик кузатув. **Текшириш натижалари:** Текширишнинг биринчи этапида сўров анкетасидаги репродуктив факторларни асосий параметрлари баҳоланди. СБ касалликларнинг ривожланиши, жинсий алоқа, хомиладорлик, хайиз куриш, туғиш ва абортларнинг сонига боғлиқлиги топилди. Сут беzi касалликларининг келиб чиқишида орган катталигининг ахамияти ўрганилди. Топилган 12та сут беzi касалликларидан 4 таси кичик сут беzi, 6 таси ўртача катталиқда ва қолган 2 таси эса катта сут беziда аниқланди. Шундай қилиб сут безининг катталиги СБ касалликларнинг пайдо бўлишида ахамиятли эмас. Маммограммаларни (12) ўрганиш натижасида 15 % аёлларда сут беzi касалликлари топилди. Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, клиник соғлом таъбиқланган аёллар орасида 15% кузатувда СБ турли ўзгаришлари мавжуд. **Хулоса:** СБ касалликларни эрта ташҳисини таъминлаш учун сут безини оммавий текширишни кенгайтириш, яъни «скрининг» методини кенг жорий этиш зарурдир. Сут безини рентгенологик текширишлар маҳсус маммографик кабинетларда амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. СБ-ни турли ўзгаришлари бўлган аёлларни динамик кузатув.

ПЕДИАТРИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Абдувалиев А.А, студент 506 группы медико-педагогического факультета ТашПМИ
Кафедра ВОП терапии, клинической фармакологии (зав. каф. – проф. Бабажанов А.А.)

Научный руководитель: Доцент Азизова Р.М.

Цель работы: Ежегодно в мире регистрируется более 100 миллионов случаев заболевания пневмонией у детей. Определить эффективность применяемых антигистаминных препаратов при лечении пневмонии и рекомендации их рационального применения у детей. **Материалы и методы исследования:** Изучены 37 историй болезни детей, лечившихся в клинике ТашПМИ с диагнозом острая пневмония, различной локализации. Полученные данные статистически обработаны. Были проведены анализы литературных данных. **Результаты:** При развитии пневмонии у детей проводят этиотропную терапию антибиотиками, для проведения патогенетической и симптоматической терапии пневмонии применяются нестероидные противовоспалительные и/ или антигистаминные препараты с целью снижения температуры тела, но по литературным данным жаропонижающие препараты не назначают, так как, это может затруднить оценку эффективности лечения; исключения составляют предрасположенность к фебрильным судорогам. Анализ проводимой фармакотерапии в историях болезни у больных детей показали, из грудничкового отделения больные -15, пульмонологического отделения -22. Из них дети до 1 года -11 (40,7%); до 5 лет - 12 (44,4%); до - 10 лет -14 (51,8) с бронхолегочной патологией. В листах назначениях в лечении включено 5-6 препаратов с учётом стандарта лечения. Путь введения препаратов в основном, парентеральное (80%). В фармакотерапии на ряду включены препараты основного заболевания со стандарта лечения антигистаминные препараты с курсом лечения 3-5 дней - димедрол - 100%; 92%; 80%, - нош-па - 100%; 92%; 86%, терикс - 60%, 58%; 46%, супрастин 0%; 8%; 20%, кальций глюконат - 10%; 16%; 13%, соответственно в соответствующей дозе, внутривенно и внутримышечно. У всех больных проведены клинико-лабораторные, биохимические анализы, инструментальные исследования. Изменения тонуса гладких мышц бронхов и высвобождение гистамина тучными клетками зависит от степени выраженности симпатической и парасимпатической влияния, то есть, от соотношения концентрации циклических нуклеотидов в этих клетках (ц-ГМФ и ц-АМФ). Антигистаминные препараты уменьшают выборождение (высвобождения) тучными клетками, снижают отёки (за счёт блокирования гистаминорецепторов) в слизистой бронхов. Препараты 1- поколения, в частности димедрол повышают активность фермента гистаминазы и способствуют распаду гистамина. Кроме того димедрол оказывает мембраностабилизирующее действие, но понижает порог судорожной готовности. **Выводы:** 1. Учитывая литературные данные и анализ фармакотерапии по историям болезни при пневмонии у детей можно рекомендовать назначение антигистаминных препаратов. 2. Недопустимо одновременное назначение 2 и более антигистаминных препаратов в одно время, так как они могут усилить угнетающее действие на МНС вплоть до остановки дыхания. 3. Применение больших доз или даже стандартные дозы димедрол у больных с эпилептическим синдромом может провоцировать развития приступов. 4. Больным с судорожной готовностью или с эпилептическим синдромом лучше назначать препараты 2 поколения.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЯМ СТРАДАЮЩИМ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Абдукодирова А.А., студентка 305 группы леч. факультета ТашПМИ

Кафедра пропедевтики детских болезней и общий уход (зав. каф. – к.м.н., доцент Ашурова Д.Т.)

Научный руководитель: ассистент Эргашев Ш.Б.

Цель работы: Сравнить эффективность антибиотиков различных групп при буллёзном эпидермолизе у детей. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 6 детей с установленным клиническим диагнозом «буллёзный эпидермолиз», госпитализированных с сентября по декабрь 2015 года в отделении дерматологии клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. Из них мальчиков было - 4, девочек - 2. Все дети при поступлении имели высокую температуру тела, эрозии на коже, 2/3 с явлениями ОРЗ подтвержденными лабораторно и рентгенологически. Антибиотик подбирался в зависимости от тяжести состояния при поступлении. Детям с состоянием средней тяжести и без остаточных катаральных явлений кожа обрабатывалась антибактериальными мазями, также перорально назначался макролид. Детям с тяжёлым стабильным состоянием и фебрильной температурой выбирали цефалоспорины II - III поколения парентерально на 5-7 дней. Из сопутствующих заболеваний встречались фарингит, риносинусит и бронхит. Детям с тяжёлым состоянием и выраженной гипертермией назначались цефалоспорины III - IV поколения в комбинации с антибактериальными сульфаниламидами или аминогликозидом в виде монотерапии, либо в комбинации с Метрогилом. Эффективность антибактериальной терапии оценивались по снижению лейкоцитоза, снижению уровня СОЭ, повышению уровня гемоглобина, исчезновению температуры, восстановлению аппетита. **Результаты:** Установлено что эффективным из местной антибактериальной терапии было сочетание Синтомициновой мази в комбинации с Левомеколем и Метилурациловой мазью - 2 раза в день. Детям со средней тяжестью состояния более эффективным был Цефтриаксон парентерально в дозе 50-80 мг/кг один раз в сутки в/в(или в/м при невозможности инъекций в периферические или центральные вены из-за множественных дефектов кожи). Дети в тяжёлом состоянии положительный эффект давал Амикацин или Цефтриаксон разделенный на 2 приёма в сочетании с Метрогилом из расчёта 7,5 мг/кг, разделенный на 2 приёма. **Выводы:** Таким образом исходя из вышеуказанных результатов мы можем сказать что детям болеющих буллёзным эпидермолизом в тяжёлом состоянии более положительный эффект давали антибиотики цефалоспоринового ряда II и III поколения и антибиотики ряда аминогликозидов. Причём следует отметить что всем детям получавшие антибиотикотерапию назначались противогрибковые препараты вместе и после курса антибиотиков в течение 10-14 дней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОРВИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА

Абдужалилова М.Ш., студентка 518 группы I пед. факультета ТашПМИ

Кафедра факультетской педиатрии (зав. каф. - д.м.н. Муратходжаева А.В.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Мухамеджанова Д.К.

Несмотря на проводимые мероприятия по профилактике и лечению ОРВИ и гриппа, ежегодная смертность от ОРЗ в мире по оценкам экспертов ВОЗ составляет 4,5 млн. человек. В связи с этим, в настоящее время особое внимание придается профилактике и лечению ОРВИ и гриппа, особенно у часто болеющих детей. **Цель работы:** Изучить эффективность применения Анаферона детского с лечебной целью у часто и длительно болеющих детей раннего возраста. **Материалы и**

методы исследования: Анамнез заболевания, жалобы больного со слов матери, объективный осмотр, клинические, биохимические и инструментальные методы исследования. **Объект исследования:** 20 часто болеющих детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, лечившихся в соматическом отделении с диагнозом ОРВИ и получавшие Анаферон детский в лечебных дозах (основная группа). Контрольную группу составили 15 детей того возраста и диагноза, получавшие только базисную терапию. **Результаты исследования и их обсуждение:** Анаферондетский является иммуномодулятором с противовирусной активностью и содержит действующее вещество – антитела к г-интерферону человека в сверхмалых дозах. Данный препарат обладает широким спектром противовирусной активности, повышает продукцию двух видов интерферона, активен в отношении штаммов, резистентным к другим противовирусным препаратам. У детей основной группы был отмечен положительный эффект. Явления ОРВИ купировались в течение 2–3 дней, что привело к более быстрому регрессу симптомов обострения заболевания, сокращению сроков пребывания ребенка в стационаре. В этой группе потребовалось назначение всего 1 курса антибактериальной терапии. Препарат Анаферон хорошо переносился больными, побочные явления у наблюдаемых детей не отмечено. Во II группе явления ОРВИ продолжались, в среднем, в течение недели, сопровождалась симптомами интоксикации, повышением температуры тела, кашлем, откашливанием мокроты в течение 7–10 дней, что потребовало назначения 2го курса антибиотикотерапии. **Выводы:** Применение препарата Анаферондетский в комплексной терапии ОРВИ у часто болеющих детей раннего возраста способствовало более быстрому купированию симптомов обострений, предотвратило возникновение рецидивов ОРВИ, сократило сроки госпитализации детей.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдуллаева Д., резидент магистратуры 2-го года обучения, СамМИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: ассистент Базарова А.К.

Цель работы: выявление особенностей неврологических нарушений у новорожденных с врожденной внутриутробной инфекции. **Материал и методы исследования:** обследовано 40 доношенных новорожденных (1-я группа) и 80 недоношенных (2-я группа) в срок гестации 32–36 нед, родившихся у матерей, имевших факторы высокого риска, но не обследованных во время беременности на внутриутробную инфекцию по различным причинам. Критериями исключения явились поражения ЦНС травматического генеза и инфекции- цитомегаловирус, хламидия. **Результаты:** у 13(32%) из 40 доношенных новорожденных родились с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов, 16(40%)- в состоянии средней тяжести(6–7 баллов), 11(28%)- в тяжелом состоянии(4–5 баллов). Состояние недоношенных новорожденных было более тяжелым. Из них 27(34%) детей родились в сроки гестации 32–34 нед, 53(66%)-в 34–36 нед. Оценка по шкале Апгар составила 4–5,3 и менее баллов. В среднетяжелом состоянии находились 25% детей, в тяжелом-75%, из которых 11%-в крайне тяжелом среди недоношенных, родившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, в течение раннего неонатального периода умерли 11 детей: из них 2 ребенка-на 3–4-й день жизни, 6-на 6–10-е сутки жизни и 3- на 15-й день жизни. В неврологическом статусе у недоношенных новорожденных преобладали синдромы общего угнетения и судорожный. Спонтанная двигательная активность была значительно снижена в 80% случаев, а в 30% наблюдалась адинамия. Мышечный тонус характеризовался диффузным снижением вплоть до атонии, в 15% случаев отмечался гипертонус. У большинства младенцев сухожильные рефлексы были снижены, а у 1/3 детей значительно ослаблены вплоть до арефлексии. Клонико-тонические судороги наблюдались у каждого 4-го ребенка, носили длительный и стойкий характер. У 30% детей выявлялись глазовдвигательные нарушения в виде косоглазия, нистагма, симптома Грефе. Анализ данных нейросонографического исследования показал, что причиной развития неврологической симптоматики у новорожденных 1-й группы явились гипоксически-ишемические поражения головного мозга. У них определялись признаки церебральной ишемии и внутрижелудочковых кровоизлияний I–II степени, у новорожденных 2-й группы неврологические нарушения были обусловлены внутрижелудочковыми кровоизлияниями II–III степени, что и определяло тяжесть состояния. **Выводы:** таким образом, проведенные исследования показали, что тяжесть состояния новорожденных с неврологическими нарушениями обусловлена не только хронической гипоксией вследствие плацентарной недостаточности, но и инфекционно-воспалительными внутриутробными заболеваниями. При выявлении неврологических нарушений у новорожденного необходимо проводить своевременную диагностику внутриутробной инфекции и идентификацию возбудителя для проведения адекватного лечения.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев Х.Д., студент 709 курса пед. факультета, Рустамова Г.Р. асс. СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф.-к.м.н., доцент Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: доц., к.м.н. Мухаммадиева Л.А.

Цель работы: Оптимизировать лабораторно-эндоскопические методы исследования хронических бронхитов (ХБ) у детей, с целью использования их в качестве критерия эффективности лечения. **Материал и методы исследования:** нами было обследовано 100 больных с ХБ в возрасте от 3-х до 15 лет находившихся на стационарном лечении во 2 – Клиники СамМИ и такого же возраста 22 здоровых ребенка. Кроме общепринятых методов лечения, во время бронхоскопии брали смыв для цитологического анализа, из 5 – 6 порций бронхоальвеолярно- лаважной жидкости (БАЛЖ). После тщательного перемешивания аспирированную жидкость подвергали цитологическому анализу: разводили физиологическим раствором 1:20 и подсчитывали клеточные элементы в 25 больших квадратах камеры Горяева. Соотношение альвеолярных макрофагов нейтрофильных гранулоцитов и лимфоцитов изучали в мазках из центрифугата бронхоальвеолярного смыва, окрашенных по Романовскому-Гимзе, на основании подсчета 100 клеток. Для проведения эндобронхального облучения мы использовали низко интенсивный полупроводниковый лазер на арсенид галлиевой основе аппаратом АЛТ “Sogdiana” (Узбекистан). Озонированный физиологический раствор получали путем барботирования физиологического раствора озон - кислородной смесью т на аппарате ОГРИ-01 (Россия). **Результаты:** Цитологические показатели БАЛЖ у детей с ХБ показали, что при бронхоскопическом обследовании у больных в фазе обострения заболевания чаще всего был выявлен гнойный эндобронхит – у 92 (92,0%) детей, катарально-гнойный эндобронхит – у 8 (8,0%) детей. При бронхологическом обследовании у детей с хроническим гнойным эндобронхитом визуально в просвете бронхов было обнаружено гнойное отделяемое, гиперемия слизистых оболочек. Эндоскопическая картина и цитологические показатели БАЛЖ были использованы для выявления эффективности лечения детей ХБ. Так, у детей с ХБ которые получали озон и лазеротерапию был выявлен гнойный эндобронхит, то у большинства детей после второй бронхоскопии, выявлялся катаральный эндобронхит, в связи с чем, не было необходимости в проведении третьей бронхоскопии. Установлено, что у детей с ХБ до лечения

в анализах БАЛЖ полученных во время бронхоскопии отмечается, достоверное повышение количества нейтрофилов ($91,9 \pm 1,1$) по сравнению с показателями практически здоровых детей ($9,6 \pm 1,5$, $P < 0,001$), указывающих на остроту воспалительного процесса в бронхах, достоверное снижение количества альвеолярных макрофагов ($6,5 \pm 1,2$) по сравнению с показателями практически здоровых детей ($82,1 \pm 3,1$, $P < 0,001$). Снижается количество лимфоцитов ($4,1 \pm 0,1$) по сравнению с показателями практически здоровых детей ($8,3 \pm 1,6$; $P < 0,05$), достоверно повышается количество цитоза ($6,7 \pm 1,1$) по сравнению с показателями практически здоровых детей ($0,8 \pm 0,03$, $P < 0,001$), также указывающее на высокую степень воспалительного процесса. **Выводы:** Анализ БАЛЖ у детей с ХБ показал высокую эффективность применения озono- и лазеротерапии. Таким образом, эндоскопическая лабораторная диагностика детей с хроническим бронхитом позволяет диагностировать вид эндобронхита в зависимости от показателей БАЛЖ, данные которых позволяет судить об эффективности проводимой терапии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаев Х., Бакаев А., студенты 709 и 712 группы пед. факультета, СамМИ

Кафедра педиатрии № 4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: проф. Рустамов М.Р.

Цель работы: Определить особенности клинического проявления неревматического кардита у детей в зависимости от течения. **Материалы и методы исследования:** Нами обследовано 40 детей с неревматическим кардитом в возрасте от 1 года до 10 лет, поступивших в отделение кардиоревматологии городской детской больницы г. Самарканда. **Результаты:** Из обследованной выборки больных 20 детей были с острыми проявлениями неревматического кардита (ОНК), 12 детей с подострым кардитом (ПНК) и 8 - с хроническим течением неревматического кардита (ХНК). При изучении клинико-anamnestических особенностей детей с ОНК было выявлено, что в 74% случаев заболевание началось остро. Тахикардия при поступлении наблюдалась у 100% детей. У 60% детей с ОНК на 2-3 сутки заболевания развилась одышка, с участием вспомогательной мускулатуры, у 20% детей отмечались застойные хрипы в лёгких, в 96% наблюдалось ослабление I тона, у 20% детей отмечался ритм галопа, в 64% случаях наблюдалось увеличение размеров сердца. При изучении клинической картины детей с ПНК было выявлено, что он в 82% случаев являлся исходом ОНК. У 30% детей с ПНК сердечная недостаточность трудно поддавалась лечению. При обследовании детей с ХНК было выявлено, что данный тип кардита имел малосимптомное течение с преобладанием экстракардиальных проявлений, в виде отставания в физическом развитии, слабости, снижением аппетита, потливостью. **Выводы:** Особенностью течения ХНК явилось преобладание экстракардиальных нарушений, наиболее частым проявлением ОНК являются кардиальные расстройства, а при ПНК отмечаются ССН, трудно поддающиеся терапии.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА И ТИМОПТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФВД, НАСЫЩЕННОСТИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ И РОСТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Абдурахмонов Ж., студент 706 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. - к.м.н. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шарипова О.А.

Цель работы: Изучить влияние комплексного применения реамберина и тимоптина на показатели ФВД, роста и насыщенности крови кислородом у детей с ХЗЛ. **Материалы и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 51 больных с ХНЗЛ в возрасте 15-16 лет. В зависимости от состояния функции внешнего дыхания (ФВД) до начала лечения больные были разделены следующим образом: нарушения I степени наблюдались у 30(58,9%), II степени - у 12(23,5%) и III степени у 9(17,6%) больных. При определении насыщенности крови кислородом, этот показатель составил у обследованных $82,3 \pm 3,4\%$ ($P < 0,001$). Показатели роста у обследованных были достоверно ниже ($P < 0,001$) аналогичных показателей здоровых. Этот показатель у обследованных в возрасте 15-16 лет можно считать резко дисгармоничным (M-2,1 σ и ниже). Больные были разделены на 2 группы, приблизительно равные по тяжести и обширности поражения. Больные основной группы (28 детей) получили, наряду с общепринятым лечением, реамберин и тимоптин, больные контрольной группы (23 ребенка) - только общепринятое лечение. Реамберин применяли из расчета 10 мл/кг в/в капельно 1 раз в день в течение 7-10 дней, тимоптин - 100 мкг (1 мл) в/м 5 дней. **Результаты:** После комплексного лечения ФВД нормализовалась у 12 (42,9%), нарушения I степени наблюдались у 11 (39,3%), II степени - у 5(17,8%). Тяжелые нарушения III степени у больных основной группы не выявлялись. В контрольной группе детей, получивших общепринятое лечение, выраженной динамики изучаемых параметров вентиляционной функции легких не наблюдалось. Насыщенность крови кислородом у больных основной группы достоверно улучшилась и составила: $94,3 \pm 2,3\%$ ($P < 0,001$), в контрольной группе этот показатель существенно не изменился: $85,1 \pm 3,7\%$ ($P > 0,1$). При исследовании показателя роста через 6 месяцев после комплексного лечения данный показатель достоверно увеличился ($P < 0,01$). Нарушение этого показателя можно было считать дисгармоничным (M -1,1-2,1 σ). У больных контрольной группы показатель роста достоверно не изменялся и оставался резко дисгармоничным (M-2,1 σ и ниже). **Выводы:** Таким образом, имеющаяся при ХНЗЛ хроническая гипоксия отрицательно влияет на ростовой показатель у детей. Использование реамберина и тимоптина в комплексном лечении ХНЗЛ способствует улучшению ФВД, повышению уровня насыщенности крови кислородом и, как следствие, улучшению роста у этих больных.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ ГРУПП РИСКА

Абдурахмонов Ж.И., студент 514 группы, II пед. факультета ТашПМИ

Кафедра факультетской педиатрии (зав. каф. - д.м.н. Муратходжаева А.В.)

Научный руководитель: ассистент Икрамова Д.Т.

Железодефицитная анемия является самой распространенной патологией в мире. Актуальность проблемы в педиатрии обусловлена тем, что сохраняющийся дефицит железа негативно влияет на процессы роста и развития, а также функционирование органов и систем ребенка. Для детей раннего возраста наиболее важной является своевременное выявление, лечение и профилактика железодефицитной анемии. **Цель работы:** Проведение профилактики железодефицитной анемии у детей первого года жизни. **Материал и методы исследования:** При обследовании детей первого года жизни выявлены факторы риска развития железодефицитной анемии у 40 детей, из них у 8 (20%) недоношенность; внут-

риутробная гипотрофия 2 (5%); у 20 (50%) анемия матери во время беременности; дети от многоплодной беременности 1 (2,5%); повторные роды с небольшим перерывом 10 (25%); постгипоксическое поражение мозга 5 (12,5%); позднее и нерациональное введение прикорма у 15 (37,5%). Детям из группы риска проводилась профилактика железодефицитной анемии, начиная с первого месяца жизни с назначением Феррапола или Мальтофера из расчета 1 – 1,5 мг/кг/сутки в течение 4 недель. **Результаты:** При обследовании в возрасте 3-х месяцев у 25 (62,5%) детей были нормальные показатели гемоглобина, у остальных 15 (37,5%) детей выявлены снижение гемоглобина и цветового показателя соответственно I степени анемии. Это были дети, имеющие несколько факторов риска, и им было продолжено лечение с назначением препаратов железа из расчета 5 мг/кг/сутки в течение месяца, когда показатели крови нормализовались. После нормализации показателей крови этой группе детей продолжали профилактику анемии в половинной дозе в течение 3-4-х недель. **Выводы:** Назначение препаратов железа в профилактической дозе детям первого года жизни предотвращает развитие железодефицитной анемии, или анемия развивается в легкой степени.

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абдурахманова М., Мажидова Р., студенты 607 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии № 4 (зав. каф. - доц. Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: ассистент Атаева М.С.

Цель работы: определение связи пищевой аллергии и атопического дерматита у детей. **Материал и методы исследования:** Проведено наблюдение 48 больных детей находившихся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии Самаркандского Филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи, поступивших в неотложных состояниях (осложненные формы острой респираторной инфекции, пневмонии и др.). Возраст детей составляли от 6 мес. до 3 лет. **Результаты:** Проведенная работа показала, что у 82% детей страдающих атопическим дерматитом в раннем возрасте определялась связь данного заболевания с пищевой аллергией дебютирующей в грудном возрасте. У 30 детей первого года жизни с пищевой аллергией, находившихся под наблюдением, ведущим клиническим проявлением был атопический дерматит. Клинические симптомы пищевой аллергии возникали у 12,0% детей, находящихся на естественном вскармливании. Особенности клинического течения пищевой аллергии у детей грудного возраста явились развитие атопического дерматита разной степени тяжести уже в этом возрастном периоде в виде себорейного типа высыпаний, эозинофилии, а так же гастроинтестинального синдрома. В 6,0% случаев присоединялись инфекции кожи, вызванные кокковой флорой. У 4,0% детей отмечался наружный и острый средний отит. В семейном анамнезе отмечался высокая степень наследственности отягощенности по аллергии, наличие неблагоприятных факторов антенатального периода, экстрагенитальная патология у матери. Легкое течение атопического дерматита наблюдалось у 22,0% больных, среднетяжелое – в 28,0% и тяжелое – в 37,0% случаев. При анализе клинических симптомов пищевой аллергии у наблюдаемых больных были обнаружены проявления гастроинтестинального синдрома в виде срыгивания, кишечной колики, метеоризма, изменений стула, а также наличие кожных проявлений. Клинические симптомы гастроинтестинальной аллергии имели место у 76,0% детей первого года жизни и у 48,0% детей старше года. **Выводы:** Таким образом, пищевая аллергия - стартовая сенсibilизация организма, которая часто сопровождается атопическим дерматитом. Атопический дерматит являясь преморбидным фоном, ухудшает течения основных заболеваний, может привести к тяжелым последствиям, что диктует о необходимости своевременного устранения причин пищевой аллергии у детей.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ

Равзатов Ж.Б., студент 613 группы леч. факультета АндМИ

Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики (заф. каф. - доцент Бойкузиева М.Б.)

Научный руководитель: доцент Бойкузиева М.Б.

Цель работы: Изучить влияние различных социально-биологических факторов на индекс здоровья детей первого года жизни. **Материал и методы исследования:** Проведён ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт детей I-ого года жизни семейной поликлиники №3 г. Андижана, откуда взяты в разработку данные о возрасте матери, её социальном положении, образование, течение беременности и родов, сопутствующие соматические заболевания. Все дети разделены на 3 группы в зависимости от вида вскармливания. I-ую группу составили 135 детей (67,5%), находившихся на естественном вскармливании, из них 85 детей ни разу не болели до года, 40 детей болели; II-ую группу составили 35 детей (17,5%), находившихся на искусственном вскармливании, из них 10 не болели, 25 болели; III-ю группу составили 30 детей (15%), находившиеся на смешанном вскармливании, из них 17 детей не болели, 13 детей болели. **Результаты:** По полученным нами данным можно отметить, что дети, родившиеся от беременности, протекавшей с токсикозом во II половине, на фоне анемии, бактериальных и вирусных заболеваний, рождённые с применением инструментальных вмешательств, а также оценка по шкале Апгар при рождении ниже 7 баллов, были более ослабленными и все эти факторы оказывали влияние на заболеваемость ребёнка на первом году жизни. Результаты исследования также показали, что на первом году жизни среди неболевших детей чаще были дети от матерей в возрасте 18-25 лет, имевших среднее образование. Матери с высшим образованием, имея более высокую санитарную культуру, чаще обращаются к врачам по поводу незначительного заболевания, что определённым образом влияет на показатель индекса здоровья, приводя его к снижению. **Выводы:** Индекс здоровья является важным показателем оценки здоровья детей и качества профилактической работы центров здоровья. Коллебаия его в ряде случаев зависят не только от качества постановки работы по медицинскому обслуживанию детей, но и от различного подхода врачей к понятию «здоровье ребёнка».

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ

Равзатов Ж.Б., студент 613 группы леч. факультета АндМИ

Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики (заф. каф. - доцент Бойкузиева М.Б.)

Научный руководитель: доцент Бойкузиева М.Б.

Процесс оказания медицинской помощи должен постоянно совершенствоваться, поэтому требует оценки и анализа совершаемых действий, разработки и внедрения мероприятий по повышению качества. Проблема профилактики рахита актуальна для нас и её возможно разрешить в условиях СВП, что приведёт к уменьшению количества детей с рахитом, а значит позволит снизить и заболеваемость среди них. **Цель работы:** Улучшение качества оказания медицинской

помощи детям до 1 года в профилактика рахита в течение 6 месяцев. **Задачи:** 1. Улучшить информированность матерей о заболевании рахит и его профилактике и процесс обучения матерей по предотвращению развития рахита. 2. Улучшить процесс ведения детей до 1 года и процесс профилактики рахита среди них. **Материал и методы исследования:** При проведении причинно-следственного анализа было выявлено следующее: оказалось, что в СВП недостаточное количество информационного материала по рахиту (буклеты, стенд, учебные материалы), необученность медицинского персонала правильному проведению профилактики рахита, соответственно недостаточная информированность матерей о значении витамина D для здорового роста ребёнка, непостоянное количество витамина D в аптеке СВП. В связи с этим нами были разработаны стандарты и индикаторы, которые мы проверяли методом анализа АндМИИнистративной и клинической документации, оценки знаний и навыков, в соответствии с разработанными нами оценочными листами, и вопросниками, для матерей. **Результаты:** Обучив медперсонал, на основании разработанного нами стандарта, мы дополнили и систематизировали их знания в отношении профилактики рахита и тем самым повлияли на другое звено в этом процессе - это правильное информирование и обучение матерей. Если до вмешательства только 29% медработников получили максимальный балл по оценочному листу, то после обучения этот показатель составил 86%. В каждом кабинете, где идёт приём детей, имеется информационный материал, как для медработников, так и для матерей о заболевании рахит и его профилактике. Также, наши вмешательства в процесс ведения документации, консультирования и обучения матерей, улучшили этот процесс. Если до вмешательства этот показатель составлял 13%, то после вмешательства он составил 87%. **Выводы:** Воздействуя на необходимые звенья данного процесса, нам удалось его улучшить не затрачивая дополнительных средств. Достигли мы этого благодаря работе в одной команде, повышая уровень знаний не только матерей, но и самого медперсонала, обучая его также навыкам правильного консультирования.

УЛУЧШЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ
Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики
(заф. каф. – доцент Бойкузиева М.Б.)

Научный руководитель: доцент Назарова Г.У.

Около 2% случаев обращения к врачу общей практики вызвано инфекциями мочевых путей. В связи с этим актуальна ранняя диагностика и адекватное лечение больных с инфекциями мочеполовой системы (ИМПС). В структуре заболеваемости детского возраста ИМВС занимает второе место после ОРВИ. В условиях Узбекистана по частоте в нозологической структуре нефро-уропатий первое место занимает пиелонефрит (43,4%), 70% их развилось на фоне аномалий развития органов мочевой системы. **Цель работы:** Улучшить раннюю выявляемость, диагностику и наблюдения за детьми с ИМП группой врачей с января по июнь 2015 года в семейной поликлинике № 3 г. Андижана Андижанской области. **Материалы и методы исследования:** В период исследования было проведено - анализ 15 амбулаторных карт для выявления процента направления на лабораторно-инструментальные исследования. Интервью с 10 матерями больных детей состоящих на ДУ с диагнозом ИМП; проведен опрос 10 врачей по поводу правильной ранней диагностики. **Результаты:** анализ амбулаторных карт выявил, что в январе месяце на общий анализ и УЗИ были направлены 100% больных детей с диагнозом ИМП. Процент больных направленных на бакпосев, который необходим для постановки диагноза и лечения ИМП составлял 26,6%, в то же время соответствие лечения было на низком уровне и составляло - 20%. Проведенное интервью с матерями больных детей с ИМП выявил, что технику правильного сбора мочи знали всего 10% матерей, а 30% сдавали мочу на бакпосев. Опрос врачей по разработанному нами вопроснику дал следующие результаты: знание врачей о показании к направлению на бакпосев мочи составлял 30%, а врачей знающих о рациональном подходе к лечению - 20%. После проведенного семинара, бесед с матерями и составленных нами буклетов и памяток было проведено повторное исследование, которое позволило выявить следующие результаты: анализ амбулаторных карт показал, что направленных на бакпосев, увеличился почти в 2 раза и составил 46,6%, в то же время соответствие лечения увеличилось в 2 раза (46,6%). Знание матерей о правильном сборе мочи повысилось до 70%, а процент матерей сдававших на бак. посев, увеличился до 50%. Из опроса врачей можно сделать следующие заключения: процент показаний направлений на бак. посев составил 70%, а знания врачей о рациональных подходах к лечению - 50%. **Выводы:** В комплексе причин, имеющих значение в улучшении ранней диагностики и наблюдения детей с ИМП, важную роль играет бак. посев мочи для которого необходимы знания правильного сбора мочи и рациональный подход к лечению. Таким образом, для обеспечения нормального функционирования семейной поликлинике необходимо проводить как можно больше бесед с матерями и семинары с врачами, а также создавать условия для проведения ступенчатого обследования больных.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ
Равзатов Ж.Б., студент 613 группы леч. факультета АндМИ
Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики (заф. каф. – доцент Бойкузиева М.Б.)
Научные руководители: доценты Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.

Цель работы: Изучить факторы, способствующие развитию дисбактериоза у новорожденных и разработать практические рекомендации семейному врачу. **Материал и методы исследования:** Проводилось наблюдение за 275-ю новорожденными, страдающими расстройством стула, обратившимися за помощью в период с март месяца 2014 по март 2016 годов. Выявлялись клиничко-anamnestические данные, проводилось лабораторное обследование: рутинные анализы (гемограмма, общий анализ мочи, копрограмма), бактериологические посеы: посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам. **Результаты:** Проведенный анализ анамнестических данных новорожденных выявил, что их матери (61,3% случаев) перенесли инфекционно-воспалительные заболевания до или во время беременности и применяли антибиотики. Большую группу (36,7%) составили матери, имевшие какие-либо отклонения в родах: кесарево сечение, преждевременное излитие околоплодных вод, родовые травмы и другие. Наличие патологии в родах могло способствовать рождению детей в тяжёлом состоянии и, как следствие, к позднему прикладыванию к груди (29,8% случаев), играющему большую роль в заселении нормальной флорой стерильного кишечника новорожденного. Одним из факторов, приводящих к изменению биоценоза кишечника у ребёнка является длительность пребывания его в родильном доме, шесть дней и более находились в родильном доме 23,7% из обратившихся новорожденных. Несколько меньшее количество случаев составили такие

факторы, как физиологическая незрелость моторной функции кишечника (20,5%) и наличие малых гнойничковых инфекций (11,0%). **Выводы:** Тактика врача должна быть направлена на лечение инфекционно-воспалительных заболеваний матери до беременности, во время беременности по возможности отказаться от применения антибиотиков. Раннее прикладывание к груди стимулирует также лактацию и предупреждает гипогалактию. Тщательное наблюдение за характером стула, аппетитом, массой тела поможет врачу избежать заболевания или вылечить на ранних стадиях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА НЕЙРОМИДИН У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Алиева С., студентка 411 группы леч. факультета

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии СамМИ (зав. каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: ассистент Базарова А.К.

Проблема раннего своевременного эффективного лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС является актуальной в педиатрии и особенно в неврологии. С повреждениями головного мозга у новорожденных связывают не только высокий уровень перинатальной смертности и заболеваемости с последующей инвалидизацией, но и качество жизни любого человека. **Цель работы:** Изучить эффективность применения препарата Нейромидин у детей с перинатальным поражением нервной системы. **Материал и методы исследования:** С целью исследования было обследовано 70 детей в возрасте до 1 года жизни с задержкой психомоторного развития. У 35 детей, составивших основную группу, в комплексное лечение был включен электрофорез Нейромидином. Группу сравнения составило 35 детей с задержкой психомоторного развития, леченных традиционными методами. Проводилась оценка состояния зрелости мозговых механизмов (по методике Л.Т. Журбы и Е.М. Мاستюковой 1981). **Результаты исследования:** У детей основной группы средний балл до лечения составил 14,34±0,5 баллов. После лечения с использованием электрофореза нейромидина средний балл возрос до 20,65±0,5, т.е. на 6,31. После повторного курса терапии средний балл вырос на 3,1, составляя до лечения 23,45±0,68, а после лечения 26,55±0,56 баллов. В возрасте 3 мес итоговая оценка НПР в основной группе выявила у 25 больных (65,71%) явную задержку, а в 6 (17,15%) случаях – грубую задержку НПР. После повторных курсов терапии итоговая оценка показала, что у 21 (60%) ребенка основной группы исчезли симптомы задержки НПР, а у 11 (31,43%) они значительно уменьшились, что позволило их отнести к группе риска. При этом количественная оценка возрастного развития у здоровых детей контрольной группы показала, что средний балл у них в возрасте 2-3 месяцев составил 28,67±0,45, а в возрасте 6-7 месяцев – 29,11±0,1 баллов. До повторного курса лечения суммарный балл составлял 22,5±12,2, после лечения – 24,3±1,1 (с разницей 1,8 балла). **Выводы:** Таким образом, использование электрофореза Нейромидина в комплексной терапии детей с задержкой ППНС улучшилось не только моторное, но и сенсорное функций, а также коммуникабельности, что обусловлено способностью нейромидина к специфической умеренной стимуляции, но и к восстановлению нервно-мышечной передачи.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Алиев Х.Э., студент 515 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. - доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: проф. Маматкулов Х. М.

Цель работы: Заключается в изучении возможности достижения контроля бронхиальной астмы у детей в условиях семейной поликлиники на фоне проведения ступенчатой базисной терапией. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 56 больных детей бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 15 лет в условиях семейной поликлиники. В ходе терапии изучались анамнестические и физикальные данные, проводилась общеклиническое исследование крови и мокроты, рентгенография грудной клетки. Изучение функции внешнего дыхания проводили методом спирометрии. **Результаты:** При обращении в семейную поликлинику жалобы на приступы удушья преобладали 80,6% больных, на одышку – 84,4 %, на кашель – 96%, при этом у 70,4% кашель чаще приступообразный характер. У 96,5% больных детей отмечено сухие свистящие хрипы. Важной задачей лечения больных детей бронхиальной астмой (БА) является достижение и длительное поддержание контроля над заболеванием. Всем больным детям назначена базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) будесонид или беклометазон в дозе 50 -100 мкг в зависимости от тяжести заболевания. Детям с легким течением было рекомендовано использовать В-адреномиметики короткого действия, а детям со средней тяжестью и тяжелым течением бронхиальной астмы был назначен плановые приём ипратропиума или фенотерола (до 3 - 5 доз в сутки). На фоне систематической базисной терапии через 2 -3 недели полностью прошли одышка при умеренной физической нагрузке и сухие хрипы в легких у 32 больных детей, у 29,6% детей удушье стало реже, не стало “света” в груди, снизилась потребность В-адреномиметиков. Дети с тяжелым течением заболевания был рекомендован прием комбинированных препаратов (сочетание В- адреномиметиков- длительного действия и ГКС). На фоне лечения самочувствие улучшилось, уменьшились частота приступов и одышка. В целом отчетливый терапевтический эффект отмечен у 55,9% больных. При обострении заболевания у 19 детей была увеличена (в 1,5 раза) доза ИГКС, 14 детей были переведены на прием различных препаратов бекламетазона дипропионата. При всех клинических формах бронхиальной астмы у детей на фоне лечения отмечается улучшения ФВД. Как показали наши наблюдения, ступенчатое базисное лечение больных детей с бронхиальной астмой в условиях семейной поликлиники обеспечивает положительный терапевтический эффект, причем при всех степенях тяжести заболевания. Под влиянием терапии у больных ликвидируются и уменьшается приступы удушья, отмечается благоприятные сдвиги со стороны функционального состояния дыхательной системы. В результате длительность активного наблюдения за больными детьми (от 1 до 3 лет) в условиях семейной поликлиники у 30 больных детей бронхиальной астмы полностью поддавалась контролю, у 15 носила частично контролируемый характер, и только у 5 течение болезни было неконтролируемое и это дети нуждались лечение в стационаре. **Выводы:** Таким образом, в условиях семейной поликлиники применение адекватной базисной терапии в соответствии с тяжестью бронхиальной астмы у детей оказывает благоприятное влияния на ее течение, снижает частоту и степень выраженности обострений, улучшает ФВД. В результатах динамического наблюдения в семейной поликлиники за больными детьми в большинстве случаев удается полного и частичного контроля над бронхиальной астмы у детей и позволяет улучшить клиническое течение бронхиальной астмы у детей.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЕМЕЙНОМ УРОВНЕ

Алиев Х.Э., студент 515 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: асс., к.м.н. М.А. Мелиева, ассистент Маматкулова Ф.Х

Цель работы: Определить учет генетического груза, оказывающего влияние на здоровье отдельных семей и в популяции в целом. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 102 семей, при котором изучена роль генетических и средовых факторов. Проводилось анкетирование семьи, клинико-генеалогический анализ и по показанием ультразвуковое исследование плода и новорожденных. **Результаты:** Нами определены характеристика генетического груза, оказывающего влияние на здоровье на семейном уровне: 1) Пренатальные признаки (у 26 семей) проявляющиеся в виде бесплодия, аменорея, фетальный дистресс, несовместимость матери и плода по ряду полиморфных систем; 2) Постнатальные признаки (у 20 семей) проявляющихся в виде хромосомных болезней, генных болезней, мультифакториальные болезни, и новые мутации. По нашим данным формировалась группа повышенного риска –это неблагоприятный исход беременности, которая основана на выявлении таких признаков, как бесплодие среди родственников I-II степени родства, наличие врожденных пороков и наследственных болезней у членов семей, нарушение менструального цикла, острые вирусные инфекции в период зачатия, дисморфитические стигмы или малые аномалия развития у женщин, повторные спонтанные аборт, мертворождения, запаздывание полового развития у девочек, многоплодная беременность. На семейном уровне определялась группа болезней с наследственным предрасположением или мультифакториальным заболеванием (30 семей). Эти болезни составляли около 85% всех хронических форм патологии, связанной с генетическими факторами, поэтому их предупреждение должно стать краеугольным камнем первичной профилактики на семейном уровне. Этим семьям необходимо давать рекомендации по режиму, физическим нагрузкам, питанию, назначение различных медикаментов, разработка и внедрение новых продуктов диетического питания. Существенные значение для профилактики врожденных и наследственных заболеваний на семейном уровне по нашим данным имеет использование ультразвукового обследования беременных женщин, плода и новорожденных. В последние годы получает распространение для пренатальной диагностики-трансцервикальная аспирация ворсинок хориона. **Выводы:** Таким образом, совершенствование методов профилактики наследственных заболеваний на семейном уровне позволяет укрепить ответственность в профилактической работе в условиях семейной поликлиники с применением медико-генетических консультаций и антенатальной диагностики наследственных болезней, врожденных пороков развития, что несомненно окажет благоприятное влияние на прогноз потомства, кроме того целенаправленное проведение диспансеризации семей с наследственной патологией.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Алтапов А.В., студент 301 группы, Ахтямзянов Т.Р., студент 302 группы,

Галиев И.А., студент 302 группы леч. факультета ИГМА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф.- профессор Попова Н.М.)

Научный руководитель: профессор Попова Н.М.

Цель работы: Оптимизировать санитарно-гигиеническое просвещение в начальных классах общеобразовательных учреждений и оценить уровень знаний учащихся младших классов по прочитанному материалу. **Материал и методы исследования:** Обследовано 27 учеников 2-го класса и 25 учеников 4 класса средней общеобразовательной школы №47 города Ижевска Удмуртской Республики РФ. Для санитарно-гигиенического просвещения учеников нами были предложены следующие темы: «Гигиена коммуникационной электроники» и «Гигиена питания. Самым информативным и интересным для детей методом изложения информации мы посчитали построение учебного материала в игровой форме. Для этого нами были разработаны 4 презентации. Также нами были разработаны бланки-опросники, составленные отдельно для учащихся 2-го и 4-го классов, в которые были включены основные вопросы по предложенной теме. **Результаты:** Подсчет результатов проводился следующим образом. Считался процент правильных ответов конкретного ученика, после чего высчитывался средний процент правильных ответов в классе по отдельной теме. После проведенной беседы с учениками им предлагалось повторно пройти тот же тест-контроль. С целью проверки выживаемости знаний 14 дней нами был повторно проведен тест-контроль по прочитанным темам. В итоге, прирост знаний в процентах, измеренный через 2 недели, составил от 50 до 63% от исходного уровня. **Выводы:** Таким образом, проведенный нами трёхэтапный опрос позволяет наглядно определить динамику усвоения и закрепления материала. После проведенного исследования мы полностью удостоверились в эффективности преподавания информации в форме игры учащимся младших классов.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СИНДРОМА МАРФАНА У ДЕТЕЙ

Аманов А.К., студент 416 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Маматкулова Д.Х.

Цель работы: Изучить особенности клинического течения синдрома Марфана у детей. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 12 детей с синдромом Марфана в возрасте от 1 месяца до 15 лет, из них мальчики-7, девочек-5. Диагноз синдрома Марфана ставился нами по клиническим симптомам. **Результаты исследования:** В наших наблюдениях наследственный характер заболевания отмечен у 70% детей, тип наследования-аутосомно-доминантный. Первые признаки заболевания отмечены сразу после рождения. Рост детей был больше среднего роста здоровых новорожденных и не соответствовал весу. У 8 детей признаки синдрома Марфана выявлялись в возрасте от 3 месяцев до 12 месяцев. Это, как правило, были деформации грудной клетки, которые расценивались как рахитические. С возрастом внешние признаки заболевания становились более выраженными, деформация костей прогрессировала. У всех детей отмечались астеническая конституция, высокий рост, удлинение дистальных отделов конечностей, длинные паукообразные пальцы, долихоцефалия, высокое небо, близко расположенные глаза, западающие щеки. Отмечалась деформация ушных раковин, грудной клетки в виде килевидной и воронкообразной, резко выраженный сколиоз, лордоз. Рентгенологически выявлено истончение коркового вещества и трабекул, зоны толчкообразного роста в диаметафизальных отделах. У некоторых детей отмечались ускорение темпа окостенения. Характерна сандалевидная щель- широкая щель между 1 и 2 пальцами стопы, деформация стоп, голеностопного сустава, плоскостопие. У 8 детей была выражена гипотония мышц у

7 детей атрофия мышц конечностей, особенно кистей и стоп, у 3-атрофия грудных мышц. У 6 детей было характерно поражение глаз. У 5 детей детей мы отметили врожденные пороки сердца. Наши наблюдения показывают, что дети с синдромом Марфана подвержены частым заболеваниям органов дыхания. У всех детей были выражены вегето-сосудистые расстройства: резкая потливость, холодные конечности, мраморный рисунок кожи, акроцианоз. Также отмечено при синдроме Марфана у детей артериальная гипотония, слабость, быстрая утомляемость при физической нагрузке. **Выводы:** Таким образом, при синдроме Марфана у детей отмечается частые простудные заболевания, изменения со стороны сердца и поражение глаз. Своевременная диагностика синдрома Марфана позволяет проводить раннюю коррекцию изменений, что положительно влияет на состояние больных и предупреждает ряд тяжелых осложнений.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОГО СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Аметов Э., студент 311 группы пед. факультета СамМИ
Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом - доц. Раббимова Д.Т.)
Научный руководитель: асс. Мамутова Э.С.

Цель работы: Определить значимость клинических и рентгенологических методов исследования при различных формах синдрома увеличенного средостения у детей на фоне пневмонии. **Материал и методы исследования:** Проведены исследования у 57 детей в возрасте до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии ОДММЦ по поводу острой пневмонии. У всех этих детей помимо основного заболевания выявлен синдром увеличенного средостения, преимущественно в форме тимомегалии, кардита и врожденных пороков сердца. Больные разделены на II группы: I группу составили 23 больных ребенка с тимомегалией, II группу - 24 ребенка с истинными кардиомегалиями. Всем больным наряду с общепринятыми методами клинического обследования проводилась обзорная рентгенография грудной клетки с определением кардиоторакального индекса (КТИ) и кардио-тимико-торакального индекса (КТТИ). Кроме того следует отметить, что на обзорных рентгенограммах грудной клетки у всех исследованных нами больных наблюдалось увеличение тени органов средостения. **Результаты:** У всех больных в обеих группах отмечались кашель, наличие одышки смешанного характера, притупление перкуторного звука над разными областями легких, увеличение границ сердца перкуторно, аускультативно наличие только влажных хрипов, или в сочетании с сухими свистящими, что, в свою очередь, значительно затрудняло прояснение аускультативной картины в сердце. В I группе ведущими жалобами у детей были: частые респираторные заболевания с затяжным течением у 21(91,3%), затрудненное дыхание - у 23 (100%), вялость у 14 (60,9%), повышенная утомляемость у 15(65,2%) больных. При клиническом обследовании тахикардия выше 20% отмечалась у 12 (52,2%), акроцианоз - у 21 (91,3%), увеличение нескольких групп периферических лимфоузлов у 5 (21,7%), паратрофия у 6 (26,0%). Гипотрофия у больных в группе не отмечалась. КТИ в среднем составил $0,46 \pm 0,04$. КТТИ - $0,52 \pm 0,06$. Основными жалобами детей II группы являлись: у всех детей частые респираторные заболевания с затяжным течением у 24(100%), повышенная утомляемость 19 (79,0%), затрудненное дыхание 24 (100%), вялость 17 (70,8%). Тахикардия свыше 20% у 20 (83,3%). Акроцианоз отмечался у 24 (100%) больных. Паратрофия отмечалась у 3(12,5%), гипотрофия у 6 (25%). КТИ в этой группе составил $0,60 \pm 0,06$, КТТИ - $0,32 \pm 0,02$. **Вывод:** Клинические проявления синдрома увеличенного средостения у детей на фоне острой пневмонии являются неспецифическими и обусловлены главным образом, основным заболеванием. Поэтому для уточнения нозологии синдрома увеличенного средостения при острой пневмонии у детей необходимо проведение обзорной рентгенографии органов грудной клетки с определением КТИ, и КТТИ. КТТИ устанавливает только наличие тимомегалии, а увеличение КТИ дает возможность определить наличие серьезной патологии сердца - то есть наличие истинной кардиомегалии.

ПРИМЕНЕНИЕ ГОРДОКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Атаева Д.Р., студентка 614 группы пед. факультета ТашПМИ
Кафедра детских инфекционных болезней, микробиологии, вирусологии (зав. каф.- д.м.н. Таджиев Б.М.)
Научный руководитель: д.м.н. Таджиев Б.М.

По данным последних лет, на сегодняшний день ротавирусная инфекция является частой причиной водянистой диареи у детей. До 3 лет почти все дети переносят ротавирусную инфекцию, ежегодно этой инфекцией заболевают 125 млн. детей. Поэтому во всех развитых странах, в том числе и в Узбекистане началась вакцинация против ротавирусной инфекции. Вовремя проведенная профилактика и лечение ротавирусной инфекции - залог развития здоровых детей. В последние годы в комплексном лечении ротавирусной инфекции чаще стали применять препарат Гордокс, который инактивирует протеазы, в том числе трипсин, и губительно действует на ротавирус. **Цель работы:** Изучить влияние препарата Гордокс, в составе комбинированной терапии ротавирусной инфекции у детей в возрасте от 1-3 лет. **Материал и методы исследования:** Обследовано 17 детей больных ротавирусной инфекцией в отделении кишечных инфекций на базе ГКДИБ №4. Основную группу составили 10 детей, которым на фоне общепринятой терапии был назначен препарат парэнтерального введения Гордокс. Контрольную группу составили 7 больных детей находившихся только на общепринятой терапии. Всем больным было проведено клинико-лабораторные исследования в стационаре. Гордокс детям назначали по 10000 ЕД (1 мл) на 1 кг массы тела внутривенно, капельно, один раз в сутки в течение 2 дней. **Результаты:** Установлено, что при использовании в составе комбинированной терапии Гордокса внутривенно никаких побочных эффектов не отмечалось. У детей из основной группы (58,8%) по сравнению с детьми из контрольной группы (41,2%), отмечалось более быстрое наступление улучшения общего состояния, уменьшение жалоб на рвоту, понос, температуру, улучшился аппетит. **Выводы:** Таким образом, Гордокс является эффективным лечебным вспомогательным средством, применение которого рекомендуется в клинической практике для лечения ротавирусной инфекции у детей.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ДЕТЕЙ TORCH ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахматова Ю.А., резидент магистратуры 3 года обучения
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. - доц. Юлдашев Б.А.) СамМИ
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ахматов А.А.

Цель работы: изучение клинико-лабораторных особенностей течения пиелонефрита (ПН) у детей TORCH-инфекционной этиологии. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 43 детей от 6 месяцев до 7 лет с ПН. Комплексное обследование детей включало подробный акушерский анамнез, общепринятые в нефрологической

практике биохимические и клинические анализы. Специальные методы исследования: иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления возбудителей TORCH инфекций. **Результаты:** Нами проведено клиническое обследование пациентов с пиелонефритом (ПН) без отягощенностью акушерского анамнеза (I группа, n=21) и детей с ПН родившихся от инфицированных TORCH-инфекцией матерей (II группа, n=21). Дебют ПН у обследуемых групп больных выявлен в следующие возрастные периоды: в I группе дети до 3-летнего возраста - 33,3% (n=7), 4-7 лет - 66,7% (n=14); во II группе дети до 3-летнего возраста - 68,2% (n=15), 4-7 лет - 31,8% (n=7). Клинические симптомы и лабораторные данные у обследуемых пациентов часто характеризовались наличием мочевого синдрома, дизурических явлений, митоксикационного синдрома, лейкоцитоза (со сдвигом лейкоформулы влево), лейкоцитурии, бактериурии и др. Мочевой синдром характеризовался сочетанием лейкоцитурии (100%, n=43) с протеинурией (100%, n=43), а также с персистирующей микрогематурией (74,4%, n=32), кристаллурией (55,8%, n=24). Установлено, что для больных как I группы, так и II группы больных с ПН были характерны жалобы на потерю аппетита, повышения температуры тела (61,9-81,8%), слабость, головные боли (80,9-81,8%), тошноту и рвоту (47,6-77,3%), боли в поясничной области (42,8-54,5%), ограниченные отеки (33,3%-45,5%), изменение прозрачности мочи (100%) и реже на диарею (14,1-31,8%), но более выраженные у больных II группы. Таким образом, более выраженные клинико-лабораторные проявления выявлены у больных детей острым ПН родившихся от инфицированных TORCH-инфекцией матерей. **Выводы:** Полученные данные свидетельствуют о значительной разнице клинико-лабораторных показателей у пациентов I и II группы. При этом наиболее высокие показатели выявлены у детей с ПН родившихся от инфицированных TORCH-инфекцией матерей. Данные изменения соответствовали тяжести и динамике патологического процесса у обследованных больных. Течение пиелонефрита у TORCH инфицированных детей отмечается склонностью к часто рецидивированию и хронизации заболевания.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Ахрарова Ф.М., ассистент кафедры факультетской педиатрии ТашПМИ
Кафедра факультетской педиатрии (зав. каф. - д.м.н. Муратходжаева А.В.)
Научный руководитель: д.м.н. Муратходжаева А.В.

В последние годы наметилась тенденция увеличению количества детей с малыми аномалиями развития сердца, обусловленные синдромом дисплазии соединительной ткани. Проблеме дисплазии соединительной ткани определяется значительной распространенностью малых аномалий развития, в частности кардиальных ее проявлений. Клинические и гемодинамические проявления малых аномалий развития сердца выявляются не в ранний период развития ребенка, а в более старшем возрасте, нередко на фоне приобретенных заболеваний. Зачастую они могут быть причиной развития различных осложнений или усугублять течение других заболеваний. **Цель работы:** Выявление у детей с кардиальными проявлениями дисплазии соединительной ткани формирования кардиоваскулярной патологии. **Материалы и методы исследования:** Обследованы 25 детей школьного возраста с различными патологиями сердечнососудистой системы. Изучены жалобы, анамнез, клинические данные объективного осмотра, позволяющие верифицировать диагноз дисплазии соединительной ткани и малых аномалий развития сердца (МАРС). **Результаты:** Выявлено, что у детей старшего возраста среди малых аномалий сердца часто встречаются пролапс митрального клапана - 40,4 %, а также аномально расположенная хорда - 28,7%. Выделяют комплекс симптомов, обусловленных сосудистой дисфункцией: синкопальные состояния, мигрень, изменение окраски кожных покровов конечностей. Частота выявления липотимий (комплекс ощущений, предшествующих потере сознания) и синкопальных состояний достигает 85,7 %. Вегето-сосудистая дистония выявляется практически у всех лиц, имеющих МАРС (100 %). Наиболее яркими проявлениями нарушений функции вегетативной нервной системы при МАРС являются вегетативные кризы, отмечаемые в 50% случаев, в меньшей степени наблюдаются: учащенное сердцебиение и «перебои» в работе сердца (22,3%), чувство нехватки воздуха при волнении (13,4 %), липотимические состояния в душном помещении, при длительном пребывании в вертикальном положении (14,2 %), приступообразная головная боль, быстрая утомляемость (33,2 %). Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) определялся методом Холтеровского мониторирования. У детей старшего возраста с МАРС достоверно чаще встречается периферическая вегетативная недостаточность и дисфункция синусового узла (10,5 %). **Выводы:** 1. У детей старшего возраста среди малых аномалий сердца часто встречаются пролапс митрального клапана (40,4 %) и аномально расположенная хорда (28,7%). 2. Среди наиболее часто встречаемых клинических признаков со стороны сердечнососудистой системы - это липотимии и синкопальные состояния (85,7 %), а также вегето-сосудистая дистония (100 %). 3. Рекомендуется детям старшего возраста, страдающих малыми аномалиями сердца проведение Холтеровского мониторирования для анализа вариабельности сердечного ритма.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ачилова Н., Бурханов У., студенты 712- группы пед. факультета СамМИ
Кафедра педиатрии № 4 (зав. каф. - доцент Уралов Ш.М.)
Научный руководитель: асс. Махмудова Ф.В.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) часто встречаются среди патологии детей раннего возраста и являются одной из актуальных проблем педиатрии. Основным этиологическим фактором ОРИ в 80-85% случаев являются вирусы. Фармакологический рынок насыщен препаратами противовирусного действия, в связи, с чем остро стоит вопрос о выборе лекарственных средств, при лечении ОРИ, эффективность которых клинически доказана. **Цель работы:** Изучить клиническую эффективность противовирусных препаратов при лечении ОРИ в условиях семейной поликлиники. **Материалы и методы исследования:** Обследовано 69 больных в возрасте 3-7 лет с диагнозом ОРИ в семейной поликлинике №2 г. Самарканда. Обследованным больным в качестве противовирусной терапии были назначены противовирусные препараты в виде монотерапии. Из них 23 больных принимали Анаферон детский по схеме (I-группа), 26 больных принимали Амизон (II группа), 20 детей принимали Арбидол детский (III-группа). Все препараты назначались в возрастных дозировках, исключительно перорально согласно рекомендациям ВОЗ и ЮНИСЕФ. **Результаты:** У 45 (75%) больных отмечалась фебрильная температура, у 11 (14,6%) больных гектичная и у 13 (10,4%) больных заболевание протекало при субфебрильной температуре. У больных с фебрильной и гектичной температурой у были клинические проявления вирусной инфекции такие как: озноб у 19 (79,2%) больных, умеренная гиперемия зева у 18 (75%) больных, но наиболее выраженным клиническим симптомом были мышечные и суставные боли у 22 (91,7%) и у 23 (95,8%) больных соответственно. Эффект от жаропонижающих препаратов, таких как, Ибупрофен и Парацетамол в возрастных дозировках был кратковременным. У

10 (10,4%) больных с субфебрильной температурой катаральные явления были более выражены. С 3-го дня заболевания у данных больных преобладали симптомы слизисто-гнойного ринита, мышечно-суставные боли не наблюдались. У 26 (86,7%) больных I-группы улучшение состояния проявлялось в виде снижения температуры и отсутствия мышечно-суставных болей, при этом у больных I-группы улучшение наблюдалось на 2-3 сутки. У 29 (80,5%) больных II-группы и 21 (70%) больного III-группы улучшение состояния проявлялось в виде снижения температуры. У больных II и III групп улучшение общего состояния отмечалось на 3-4 сутки. **Выводы:** Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что наиболее клинически эффективным противовирусным препаратом является препарат Анаферон детский, что свидетельствует о целесообразности широкого применения данного препарата при лечении ОРВИ у детей в условиях семейной поликлиники.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН ОТРАВЛЕНИЙ НАЗИВИНОМ

Азимова А.А., студентка 417 группы пед. фак. СамМИ, Ильясова С., студентка 309 группы стом. фак. СФ ТашСИ, Азимова О.Т., студентка 701 группы леч. фак. ТМА, Бойжигитова Д.И., студентка 610 группы пед. фак. СамМИ
Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. – профессор Шавазы Н.М.)

Научный руководитель: профессор Шавазы Н.М.

Отравление сосудосуживающими препаратами встречается у детей довольно часто. Это связано с широким использованием их родителями без назначения врача, передозировкой, небрежным хранением лекарственных средств. Безобидные, на первый взгляд, капли в нос могут нанести серьезный вред здоровью ребенка. В последние годы обращает на себя внимание рост отравлений називином и его гомологов (санорин, нафазолин, риназол, галазолин). При передозировке називин легко проникает через гематоэнцефалитический барьер. **Цель работы:** Изучить причины роста отравления називином у детей. **Материал и методы исследования:** Всего за отчетный период 2014-2015гг. было обследовано 52 пациента (из них 20 больных в 2014 г., а в 2015 г. – 32 пациента) с диагнозом острое отравление називином. Тактика и объем лечебных мероприятий зависел от тяжести состояния. **Результаты:** Распределение отравлений називином по степени тяжести в СФ РНЦЭМП было за 2014 году: легкая степень – 4 (20%), средней степени – 14 (70%), в тяжелом состоянии – 2 (10%), всего было госпитализировано – 20 (100%), а в 2015 году поступило в легкой форме – 8 (25%), среднетяжелой форме – 20 (62,5%), в тяжелом состоянии – 4 (12,5%). По нашим данным, отмечается рост отравления, увеличивается число детей с тяжелой степенью. Прогноз в большинстве случаев был благоприятный. Проанализировав анамнестические данные поступивших пациентов, было установлено, что причинами роста отравлений являются: неправильная дозировка, бесконтрольный прием препарата, незнание или игнорирование родителями инструкций по применению препарата, невысокая цена и безрецептурная продажа в аптеках. Наиболее часто отравление встречалось у детей до 3 лет, что связано с бесконтрольным применением препарата родителями. Большая часть таких детей (53,8%) получили отравление препаратом на фоне лечения ОРВИ. Отравление називином по возрасту – за 2014 год: до года – 6 (30%), 1 – 3 года – 5 (25%), старше 4 лет – 9 (45%) пациентов; за 2015 год: в возрасте до 1 года – 8 (25%), 1 – 3 года – 17 (53,1%), старше 4 лет – 7 (21,9%) больных. Наиболее часто отравление встречается у детей до 3 лет. Динамика изменения возрастной структуры отравления називином варьирует, наблюдается учащение случаев отравления у детей грудного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы в данной возрастной группе. **Выводы:** В результате проведенного исследования были установлены следующие причины отравлений називином: самолечение, неправильная дозировка и бесконтрольный прием препарата, незнание или игнорирование родителями инструкций по применению, невысокая цена и безрецептурная продажа его в аптеках. Необходимо углубленное изучение данной проблемы.

ЭНДОКРИННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У МАЛЬЧИКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алкаргов Б., студент 705-группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 2-педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. - доц. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Каримова. Н.А.

Цель работы: Изучить влияние метаболическим синдромом у детей на физическое и половое развитие. **Материалы и методы исследования:** Обследовано 28 мальчиков в возрасте от 7-15 лет с ожирением и 20 здоровых с ростом и весом соответственно возрасту. Избыток веса у мальчиков составлял $10,5 \pm 1,8$ кг. Рост больных детей не отличался от контрольной группы. Индекс массы тела в контрольной группе составлял $14,3 \pm 2,12$, а у больных $25,4 \pm 2,4$. У больных мальчиков был отягощенный анамнез (ожирение матери, гипертония у родителей, гормональное лечение бесплодия гипотериоз у матери) 8 мальчиков рождены кесаревым сечением. Все мальчики употребляли в пищу преимущественно углеводы. Концентрация глюкозы плазмы натощак выше ($5,5 \pm 1,2$ ммоль/л) по сравнению с контрольной ($3,5 \pm 1,5$ ммоль/л), как и постглангулярная ($7,4 \pm 1,2$ ммоль/л). Субъективные проявления: приступы сильного голода и эмоциональные нарушения (раздражительность, слезливость, панические настроения, вспышки гнева, агрессивное поведение). Повышены уровни триглицеридов: $170 \pm 1,5$ мг/дл и холестерина $7,03 \pm 0,4$ ммоль/л по сравнению с контрольной группой. **Результаты:** Установлено уровень трийодтиронина снижен $1,07 \pm 0,09$ нмоль/л ($1,39 \pm 0,07$ нмоль/мл), тиронина $104,7 \pm 8,7$ нмоль/л ($129,26 \pm 2,65$). Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ $1,91 \pm 0,2$ и ЛГ $1,2 \pm 0,11$. На фоне ожирения отмечалось снижение уровня тироксина $1,3 \pm 0,45$, при норме $4,8 \pm 1,1$ нмоль/л. Лечение проводилось диетой - стол №9 L тироксином 25мкг, хорионическим гонадотропином 500ЕД в/м, сиофором 500ЕД 1 раз в сутки. В результате лечения нормализовался вес и достигнута положительная динамика в половом развитии. **Выводы:** 1. Гипогонадизм и гипотиреоз у мальчиков сочетается с метаболическим синдромом 2. При наличии дефицита тироксина включить L тироксином 3. Коррекция хорионическим гонадотропином 4. Коррекция метаболического синдрома диетотерапией и сиофором.

ВЛИЯНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ахроров М.М., резидент магистратуры 1 года обучения ТашПИИ

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав. каф. - к.м.н. Ашурова Д.Т.)

Руководитель: к.м.н., доцент Ашурова Д.Т.

Микроэлементы регулируют деятельность ферментов, оказывают нормализующее действие на углеводный и белковый обмен, на рост мышечной и костной ткани. Они наряду с белками, углеводами и витаминами являются жизненно важными компонентами пищи человека и необходимы для осуществления биохимических и физиологических процессов,

лежащих в основе жизнедеятельности организма. Дефицит цинка в организме, в сочетании с железом проявляется симптомами тяжелой дефицитной анемии у детей, а также приводит рождению их с малым весом, так как при его недостаточности наблюдается замедление роста, потеря массы, изменение цвета волосяного покрова и выпадение волос, что связано участием цинка в обмене веществ. Недостаток селена, который является сильным антиоксидантом, проявляется увеличением заболеваемости у детей. **Цель работы:** Изучить влияние цинка и селена на нервно-психическое и физическое развитие детей грудного возраста. **Материалы и методы исследования:** Исследования проводились у 35 детей грудного возраста от 6 месяцев до 1 года и их кормящие матери. У всех детей проводилось определение уровня нервно-психического и физического развития. Учитывалось при этом прием матерями поливитамино-минеральных комплексов (ПВМК). Контрольная группа - 15 детей, не кормящиеся грудью или матери не принимают ПВМК. **Результаты:** По нашим данным, нервно-психическое развитие детей, матери которых во время беременности получали ПВМК, которые содержат в нужном количестве цинк и селен, соответствуют своему возрасту. Эти дети активны (90,5%), жизнерадостны, хорошо растут, соответствуют показателям физического роста (91,1%), легко осваивают навыки (87,6%). Дети, матери которых не принимали ПВМК, за 1 год несколько переболели простудными заболеваниями на 2,1 раза больше чем в основной группе (3,7±0,34). В связи с этим, их физическое развитие относительно меньше. Вес в 1-группе превышает на 356,1 грамм (9447,6±0,41 и 9091,5±0,54 грамм соответственно), рост на 2,4 см (74,2±0,39 и 71,8±0,44 см соответственно). Процент детей с хорошим показателем физического развития в 1-группе составил 91,9%, во 2-группе - 47,2%. **Выводы:** Таким образом, прием матерями ПВМК, восполняя дефицит жизненно важных биоэлементов, как цинк и селен, оказывает положительное влияние на физическое и нервно-психическое развитие детей. Дефицит эссенциальных микроэлементов у матерей является частой причиной развития нарушений со стороны органов и систем, особенно нервной системы и приводит к частой заболеваемости в грудном возрасте, что отражается также на их физическом развитии.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РИНОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Ахроров М.М., резидент магистратуры 1 года обучения ТашПМИ

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии (зав. каф. – проф. Амонов Ш.Э.)

Руководитель: профессор Хасанов С.А.

Острый ринофарингит (ОРФ) является распространенной патологией среди детей, а также важной социально-экономической проблемой. По литературным данным в среднем каждый ребенок переносит ринофарингит от 6 до 12 раз, а взрослое население не более 2-3 раза в год. ОРФ представляет собой острое воспаление слизистой оболочки полости носа и глотки и составляет около 70% от всех острых респираторных заболеваний у детей. Основная причина ОРФ – вирусы, на долю которых приходится до 90% всех заболеваний у детей, а 25-40% всех вирусных заболеваний респираторного тракта вызываются риновирусами. **Цель работы:** Выявить особенности течения и осложнений ринофарингитов у детей различного возраста. **Материалы и методы исследования:** Исследования проводились у 30 детей в возрасте до 15 лет, обратившиеся в клинику ТашПМИ. У всех детей проводилось тщательное клиническое исследование полости носа и глотки с помощью носового зеркала, фарингоскопа, а также других признаков заболеваний, характера течения и наличия осложнений. **Результаты:** По нашим данным, инкубационный период при остром ринофарингите составляет обычно от 1 до 4 дней (89,2 %). Часто первыми симптомами ринофарингита являются першение и боли в горле (79,8 %). Для первых часов клинической картины характерны: заложенность носа и нарушения носового дыхания (77,3 %); затем появляются ринорея и чиханье. При обследовании почти у всех больных выявлена гиперемия, отек боковых валиков глотки и отечность слизистой зева в области задней стенки глотки (99,5 %), что сопровождается некоторой болезненностью при глотании, что иногда вызывает отказ ребенка от еды и даже позывы на рвоты. Наблюдались иррадиация боли при заболеваниях глотки в ухо (33,4 %), в нижнюю челюсть (24,3 %). Повышение температуры тела до 38° наблюдалась почти у половины больных (56,4 %). Общее недомогание и кашель за счет раздражения и сухости слизистой оболочки глотки при дыхании через рот отмечалось относительно часто (59,1 %). Наблюдалось более тяжелое течение ОРФ у детей первого года жизни вследствие узости носовых ходов и малого размера носовой полости, что вызывает нарушение носового дыхания, беспокойство, отказ от сосания, срыгивания (75,8 %). Такие дети становятся беспокойными, капризными и у них нарушается сон. Средняя продолжительность заболевания в неосложненных случаях 3-5 дней. С первых дней заболевания применение в лечении отсасывание и перемещение антибиотиков по Проэцу, закапывание 1% проторгола в нос по 2-3 капли 3 раза в день, дача внутрь глюконата кальция помогает сократить длительность течения заболевания. У детей первого года жизни ОРФ имеет тенденцию к затяжному течению – свыше 2 нед., нередко сопровождается развитием осложнений в виде евстахеита, трахеита и/или бронхита (24,5 %), острого среднего отита (2,3 %), пневмонии (1,2 %). **Выводы:** Таким образом, острые ринофарингиты чаще встречаются и более тяжело протекают у детей грудного и раннего возраста, что связано со слабостью их тканевого иммунитета. В связи с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания дети грудного возраста также чаще склонны к различным осложнениям ОРФ. Необходимо отметить, что диагностика и лечение ОРФ у детей далеко от своего решения, что требует дальнейших научных исследований.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В РОДАХ

Бабаев С., студент 319 группы леч. факультета СамМИ

Курс пропедевтики детских болезней (зав. курсом. - доц. Раббимова Д.Т.)

Научный руководитель: ассистент Хайдарова С.Х.

Цель работы: выявить влияние эпидуральной анестезии в родах на течение раннего неонатального периода. **Материал и методы исследования:** Методом направленного отбора была проанализирована медицинская документация (форма 086-у) Самаркандского Областного Перинатального Центра. Исследованы 57 пар «мать-новорожденный», из которых 32 матери с эпидуральным обезболиванием родов, 25 без обезболивания с затяжными родами. Проводили наблюдение течения периода адаптации новорожденных. **Результаты:** Возраст матерей на момент родов составлял <20 лет-6,5%, 21-30 лет-79,5%, >30 лет-14 %. Практически с одинаковой частотой у матери в обеих группах наблюдался ранний токсикоз, угроза прерывания беременности возникла у 41%, анемия в 26,7% случаев, ОРВИ в 7%, также гестоз наблюдался у 23,2% женщин, повышение артериального давления наблюдался у 43,6% женщин. У 29,6% женщин рожающих под эпидуральной анестезией дети после рождения по шкале Апгар на 1-ю минуту получили 5-6 баллов, а на 3-ю минуту по 7-8 баллов, что указывает на наличие асфиксии легкой степени у детей, показатели которых нормализовались на 7-8 минуту.

У остальных 76,8% новорожденных этой группы на 1 минуте получили 7 баллов. Женщины рожавшие с затяжными родами без эпидуральной анестезии получили внутренние и внешние разрывы, а 23,4% из них было сделана верхняя эпизиотомия. Дети из второй группы рожденных от затяжных родов на первой минуте получили 5-6 баллов и 55% детей в последующие 3 минуты 6-7 баллов, у остальных детей было выявлено следующие патологические изменения: церебральная ишемия первой степени у 70,4% детей, второй степени наблюдался у 28% детей, асфиксия при рождении в 9,5% случаев, аспирационный синдром имел место у 9,5% детей. Синдром гипербилирубинемии отмечался у 23% новорожденных, кефалогематома-19% детей, обвитие пуповиной отмечалось у 36,6% детей. Тяжелое и крайне тяжелое состояние при рождении имели 4,7% и 7,7% детей, соответственно. **Выводы:** Таким образом, не выявлено отрицательного влияния эпидуральной анестезии на течение раннего неонатального периода адаптации, которое не оказывало отрицательного влияния как на ребенка, так и на мать. Имеющая место неврологическая симптоматика, скорее была обусловлена патологическим течением беременности, наличием тяжелой соматической патологии у матери.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Баянкина М.М., Ванеева Ю.Н., Зиннатшина Г.А., интерны по специальности педиатрия ГБОУ ВПО УГМУ

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. каф. – проф. Вахлова И.В.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Сафронова Л.Е.

Цель работы: Сравнить клинические проявления при различных эндоскопических вариантах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей. **Материал и методы исследования:** В ретроспективное исследование методом случайной бесповторной выборки включены 30 детей с ГЭРБ, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ№1 города Екатеринбург в 2013-2014 году. Возраст детей – от 4 до 15 лет (медиана – 8 лет). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от выраженности эндоскопических изменений в пищеводе по данным ФГДС: эндоскопически негативный вариант, эзофагит, эрозивный эзофагит с полипом пищевода. В каждую группу вошло по 10 человек. Сопутствующая гастро-дуоденальная патология выявлена во всех группах с частотой 20-30%, инфицированность *H.pylori* – от 70 до 90 %, что не имело достоверных различий и делало группы сопоставимыми. Статистическая обработка материала выполнена с применением программ Microsoft Excel 2010. В работе проводился анализ качественных и количественных показателей. **Результаты:** Медиана возраста детей в группах составила 11,4 года, 8,9 лет и 12,3 года, соответственно, то есть группы были сопоставимы по возрасту. Соотношение мальчиков и девочек в группах: 1,5:1, 2,3:1 и 4:1, соответственно. В 1 группе болевой синдром наблюдался у 100% детей, локализовался у 40% в околопупочной области, у 60% в области эпигастрия. По времени возникновения преобладали тошкочные боли (80%), ранние боли отмечались у 60%, у 40% детей боль возникала после психо-физической нагрузки. Во 2 группе на боли в животе жаловались 90% пациентов. Из них у 60% боль локализовалась в околопупочной области, у 30% - в эпигастрии, у 10% - в правом подреберье. У большинства (60%) наблюдались ранние боли, у 50% - тошкочные боли. В 3 группе абдоминальный болевой синдром отмечали всего 60% пациентов, из них 40% - в эпигастрии, по 20% - в подреберьях и параумбиликально. Пищеводные симптомы ГЭРБ в 1 группе выявлены у всех пациентов: 80% жаловались на изжогу, 50% на тошноту, по 30% на рвоту и отрыжку, то есть каждый пациент имел комбинацию жалоб. Во 2 группе пищеводные симптомы наблюдались реже – у 70% больных, были представлены изжогой (30%), тошнотой (60%), отрыжкой (60%) и рвотой (10%). В 3 группе пациентов пищеводные симптомы были наименее выражены – всего у 40% больных, преобладали отрыжка (40%) и изжога (30%). Выявлена тенденция к уменьшению выраженности диспептического синдрома у детей с ГЭРБ при нарастании воспалительных изменений в пищеводе. Отличия же в частоте диспепсии в целом у детей 1 и 3 группы достоверны ($p=0,032$). Частота появления изжоги и рвоты у детей 1 группы также достоверно выше, чем у детей 2 и 3 групп ($p=0,023$ и $0,004$, $p=0,023$ и $0,004$, соответственно). Внепищеводные симптомы ГЭРБ были представлены главным образом повреждениями эмали зубов. В 1 и 2 группах они встречались у 20% детей, в 3 группе в 2 раза чаще – у 40%. **Выводы:** ГЭРБ в целом чаще встречалась у мальчиков, а при эрозивном эзофагите с полипом мальчиков было в 4 больше, чем девочек. При сравнении клинко-эндоскопической картины в группах детей с ГЭРБ выявлен ряд особенностей. Уменьшение выраженности диспептического синдрома при нарастании воспалительных изменений в пищеводе, особенно таких симптомов, как изжога и рвота. У пациентов с эрозивным эзофагитом и полипом пищевода наблюдалось увеличение частоты повреждения эмали зубов в 2 раза.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бурехина А.А., ст. группы ОП-502, Лебедева С.В., ст. группы ОП-401,

Лиманская Я.В., ст. группы ОП-502 пед. факультета УГМУ

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. – проф. Бородулина Т.В.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Левчук Л.В.

Цель работы: Определить особенности вегетативного гомеостаза у детей, посещающих дошкольное образовательное учреждение. **Материал и методы исследования:** Нами обследованы 37 детей, посещающих МДОУ №339 г. Екатеринбург, в возрасте от 3 лет 4 месяцев до 7 лет, средний возраст детей составил 5 лет 1 месяц \pm 8 месяцев. Проводилась оценка данных анамнеза, объективное исследование с комплексной оценкой физического развития, оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по данным КИГ (аппарат «Поли-Спектр-8/EX» с определением исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР). Вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) определялось по результатам активной клиноортостатической пробы. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. **Результаты:** При анализе анамнестических данных выявлен отягощенный акушерский анамнез у 20,0% беременных. Оперативное родоразрешение было у 9% матерей. На первом году жизни пятая часть детей (20,0%) наблюдались неврологом с диагнозом ППЦНС. Ранний перевод на искусственное вскармливание выявлен у 31,6% детей. Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту у 67,9%, опережало – у 21,4%, отставало – у 10,7%. Гармоничный морфофункциональный статус имели лишь половина обследованных дошкольников (57,1%). Дефицит массы обнаружен у одной четвертой части (25,0%), избыточная масса тела зарегистрирована у 17,8%, у двух детей (7,1%) диагностировано ожирение. По результатам УЗИ брюшной полости патологические изменения выявлены у 63,2% обследованных. Изменения на электрокардиограмме зарегистрированы у 36,7%. Большинство детей (91,7%) были отнесены ко II группе здоровья, 8,3% (3 человека) имели III группу здоровья. Наиболее часто у детей выявлялись функциональные нарушения органов пищеварения – 55,5%. Отклонения со стороны костно-мышечной системы зарегистрированы у 30,6%; со стороны

нервной системы - у 27,8%; латентный дефицит железа выявлен у 33,3% обследованных. Часто болеющими были 13,9% детей. Эйтонический ИВТ имели менее половины обследованных дошкольников (46,4%). Симпатикотонический ИВТ выявлен у 10,7%, гиперсимпатикотонический ИВТ - у 32,1%. Ваготонический ИВТ имели 10,7% детей. Нормальную ВР имели также менее половины обследованных (46,4%), у 28,6% зарегистрирована асимпатикотоническая ВР, у 25,0% - гиперсимпатикотоническая ВР. ВОД являлось достаточным у 58,8% обследованных дошкольников. Недостаточное ВОД зарегистрировано у 35,3%, избыточное ВОД наблюдалось лишь у 1 ребенка (5,9%). Среди патологических вариантов КОП преобладал асимпатикотонический вариант. В целом, лишь 7 дошкольников (19,4%) не имели отклонений со стороны вегетативной нервной системы. **Выводы:** Неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на формирование вегетативной нервной системы у детей, являются: отягощенный акушерский анамнез и осложненное течение беременности, перинатальные поражения центральной нервной системы, ранний перевод на искусственное вскармливание, частые респираторные заболевания. Высокая частота гиперсимпатикотонического ИВТ и гиперсимпатикотонической ВР свидетельствует о замедлении процессов созревания вегетативной нервной системы и высоком напряжении адаптационных процессов. Преобладание недостаточного ВОД является маркером срыва адаптационных процессов и высокого риска формирования хронической патологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ИЗ ПОЛИМОРФНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА (G308A)

Волошин С.Б., аспирант кафедры педиатрии УНИ ПО ГВУЗ

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

Научный руководитель: профессор. Банадыга Н.В.

Цель работы: Исследование взаимосвязи особенностей замены G308A TNF α у пациентов с бронхиальной астмой в зависимости от времени дебюта заболевания. **Материалы и методы исследования:** Для определения полиморфных вариантов гена TNF α (G308A) rs1800629 использовали модифицированные протоколы с олигонуклеотидными праймерами с применением метода ПЦР и последующим анализом полиморфизма длины рестрикционных фрагментов. Исследуемые участки генов амплифицировали с помощью специфических праймеров. **Результаты:** На стационарном лечении под наблюдением находилось 64 пациента в возрасте от 5 до 18 лет с БА. Большинство больных (41 (64,06%)) были госпитализированы по поводу обострения, 7 (10,94%) человек - с контролируемым течением и 16 (25,00%) больных находились в ремиссии. При углубленном клинико-лабораторном обследовании пациентов удалось установить в 19 (29,69%) человек интермиттирующее течение, в 45 (70,31%) - персистирующее течение: легкой степени у 17 (26,56%) человек, средней степени также в 17 (26,56%) пациентов, а у 11 (17,19%) больных - тяжелое течение. Проведенное распределение согласно половой структуры показало преобладание лиц мужского пола - 41 (64,06%). Анализируя особенности дебюта заболевания выявлено, что у 26 (40,62%) детей БА дебютировала в раннем детском возрасте, в 20 (31,25%) - в младшем школьном возрасте и у 18 (28,13%) - в старшем школьном возрасте. При этом чаще всего диагноз БА был установлен уже в раннем возрасте при персистирующем течении средней тяжести (34,61%) и тяжелом (у 8 (30,76%) случаях), а в младшем школьном возрасте - в основном у детей с интермиттирующим течением (61, 11%). В обследованных пациентов у 44 (68,75%) случаях наблюдался отягощенный наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит, аллергические реакции на продукты питания, медикаменты и т.д.). Наследование БА преобладало по материнской линии (61,37%), значительно реже - по отцовской линии (27,27%) и среди sibсов (11,36%). У детей с ранним дебютом БА в большинстве случаев наблюдалась отягощенная наследственность по материнской линии (38,46%), однако в такого же количества пациентов не было аллергических заболеваний у родственников (38,46%). У больных, в которых симптомы БА впервые возникли в дошкольном возрасте, выявлено отягощенный анамнез в 85,00% случаев. Что касается детей с манифестацией симптомов БА в младшем школьном возрасте, одинаково часто встречалось наследования по материнской линии (38,89%) и отсутствие данных об аллергических заболеваниях в семье (38,89%). Исследуя генотипические особенности данных пациентов выявлено преобладание GG генотипа (44 (68,75%)), с меньшей частотой встречался GA генотип (17 (26,56%)) и только у 3 (4,69%) больных - AA замена G308A TNF α . У детей с GG заменой G308A TNF α БА манифестировала в раннем возрасте в 18 (40,92%) пациентов и почти у каждого третьего больного в дошкольном (29,54%) и младшем школьном возрасте (29,54%). В отношении детей с GA и AA заменой G308A TNF α установлено почти одинаковую частоту дебюта БА в разные возрастные периоды. **Выводы:** Установлено, что персистирующее среднетяжелое и тяжелое течение БА чаще всего встречается среди детей, в которых заболевание дебютировало в раннем детском возрасте. Взаимосвязи между генотипическими особенностями замены G308A TNF α и дебютом заболевания обнаружить не удалось.

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №2 Г.САМАРКАНДА

Гиясова Н., Мехроджева Ш., студентки 709 и 710 группы, пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №4 (зав. каф. - доцент Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: и.о. доцент Ибатова Ш.М.

Цель работы: Осуществление реабилитационных мероприятий у детей с хронической гастродуоденальной патологией в условиях семейной поликлиники. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 47 детей в возрасте от 5 до 14 лет во 2-ой семейной поликлинике г. Самарканда. В результате проведенных исследований было выявлено хронические заболевания ЛОР-органов (39%) (хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин 2-3 степени, аденоиды 2-3 степени). Отклонения со стороны нервной системы (29%), гельминтозы (37%). В возникновении хронической гастродуоденальной патологии у детей в дошкольном возрасте имели значение следующие причины: наследственный фактор, частое применение антибиотиков в лечении различных заболеваний, гельминтозы и стрессовые факторы. **Результаты:** Проанализированы результаты реабилитационного наблюдения 47 детей, состоящих на диспансерном учете в семейной поликлинике. Установлено, что особенностью хронической гастродуоденальной патологии у детей является их сочетанный характер, в патологический процесс, как правило вовлекается поджелудочная железа и кишечник, что прогностически неблагоприятно и является фактором риска инвалидизации больных детей. Основой реабилитационного комплекса были: диетотерапия (стол № 1), седативная терапия (травы, транквилизаторы), антихеликобактерные препараты, поливитамины, пробиотики, пребиотики, цитопротекторы, физиотерапия, ЛФК и массаж. Из 47 детей, которым проводились реабилитационные мероприятия у 41 была достигнута клиническая ремиссия и только у 6 поздняя реабилитация была не

эффективной. Наблюдая за детьми врач общей практики должен не только своевременно выявить больных детей, но и провести прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подойти к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений. Пациенты даже при отсутствии симптомов болезни должны придерживаться диеты и определенного образа жизни особенно в неблагоприятные сезоны года (осень и весна). **Выводы:** Таким образом, только при совместных усилиях родителей и врачей первичного звена здравоохранения можно создать систему первичной профилактики (предупреждение органной патологии) и вторичной профилактики (предупреждение рецидивов болезни) хронических заболеваний органов пищеварения у детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ВЕРИФИКАЦИИ НЕСТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Горбатюк И. Б., клин. ординатор БГМУ

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.м.н., профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Иванова Л. А.

Цель работы: Изучить диагностическую ценность показателей общего анализа крови и результатов иммунологического исследования крови у детей с нестрептококковыми тонзиллофарингитами для оптимизации стартового этиотропного лечения. **Материал и методы исследования:** Обследовано 98 пациентов с острыми тонзиллофарингитами (ОТФ) и сформированы две клинические группы. Первую (I, основную) группу составили 66 пациентов с ОТФ нестрептококковой этиологии, о чем свидетельствовал отрицательный результат бактериального исследования смыва из зева и задней стенки глотки. Вторую (II) клиническую группу составили 32 детей с диагнозом «стрептококковый острый тонзиллофарингит». Стрептококковая этиология заболевания была подтверждена положительным результатом культурального исследования мазка из зева. Как вспомогательные параклинические критерии подтверждения нестрептококковой этиологии ОТФ у пациентов групп сравнения анализировали показатели общего анализа крови и содержание в сыворотке крови интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-8 (ИЛ-8). **Результаты:** При оценке результатов общего анализа крови у пациентов групп наблюдения удалось установить достоверные отличия только по количеству эритроцитов: I группа – $4,2 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$, II группа – $3,9 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$ ($P < 0,05$) и уровню гемоглобина в крови: I группа – $129,7 \pm 1,8 г / л$, II группа – $121,8 \pm 2,6 г/л$ в крови ($P < 0,05$). Таким образом, у больных основной группы среднее содержание эритроцитов и уровень гемоглобина в крови были достоверно выше по сравнению с пациентами группы контроля. Других достоверных отличий формулы крови обнаружено не было, что практически исключает использование результатов данного анализа для ранней диагностики этиологического фактора ОТФ. Поэтому, целесообразным считалось проанализировать содержание провоспалительных цитокинов – интерлейкинов-6 и -8 в сыворотке больных при реализации в ротоглотке воспалительного процесса нестрептококковой этиологии. Сравнительный анализ содержания ИЛ-6 в сыворотке крови детей с ОТФ различной этиологии показал, что уровень данного цитокина, существенно не отличался, однако, отмечено четкую тенденцию к его снижению у больных с нестрептококковым ОТФ. Отмечено, что нестрептококковая этиология ОТФ у детей увеличивает риск регистрации нормальной концентрации ИЛ-6 в сыворотке крови в отношении представителей второй группы, в частности, показатель относительного риска составляет 1,4 (95% ДИ 1,0-1,7) при соотношении шансов 1,8 (95% ДИ 1,0-3,2). Показатели диагностической ценности данного лабораторного теста по выявлению нестрептококковых ОТФ относительно острого тонзиллофарингита стрептококкового генеза оказались следующими: чувствительность – 80,7%, специфичность – 38,8%, предполагаемая ценность положительного результата – 56,8%, предполагаемая ценность отрицательного результата – 66,7%. В то же время установлено, что нестрептококковая этиология ОТФ у детей ассоциировалась со снижением концентрации интерлейкина-8 в сыворотке крови (менее 15,0 пг/мл) относительно группы детей с ОТФ обусловленными БГСА следующим образом: относительный риск – 1,7 (95% ДИ 1,4-2,0), абсолютный риск – 0,2, при соотношении шансов 2,7 (95% ДИ 1,3-5,0). **Выводы:** Повышение уровня интерлейкина-6 и снижение содержания интерлейкина-8 в сыворотке крови детей с острыми тонзиллофарингитами более чем в 2 раза увеличивает риск наличия у них нестрептококковой этиологии заболевания.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОКАРНИТИНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА

Давранова А., Мехрожева Ш., студентки 709 и 710 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии № 4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: ст. преп. Исламова Д.С.

В последние годы возросла частота состояний, сопровождающихся тканевой гипоксией, патогенетически связанной с митохондриальной недостаточностью и, как следствие, с полисистемным нарушением клеточной энергетики различных органов и систем организма. **Цель работы:** Изучение эффективности левокарнитина («Элькара») в комплексной терапии хронических заболеваний энергетического обмена. **Материал и методы исследования:** Проведено сравнение клинико-функциональных показателей 21 ребенка в возрасте до 2 лет с перинатальными поражениями ЦНС в сочетании с белково-энергетической недостаточностью питания и заболеваниями почек. Методы исследования – клинический, биохимический, ЭЭГ, УЗИ, МРТ, ЭКГ. Препарат Элькар назначали по 100-150 мг/сут, в течении 3-4 нед. **Результаты:** Эффективность препарата отмечена у всех пациентов уже с первой недели терапии. У 19 детей с перинатальными поражениями ЦНС уменьшилось количество и продолжительность эпилептиформных пароксизмов; улучшились антропометрические данные, показатель моторного развития и положительные изменения ЭЭГ; нарастало количество нейтрофилов при сопутствующей нейтропении. У 10 детей с заболеваниями почек отмечено снижение экскреции белка с мочой, лейкоцитов, эритроцитов, оксалатов кальция. **Вывод:** В результате проведенного исследования отмечена высокая эффективность и безопасность препарата «Элькар».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

¹Дехканов К.А., ¹Утегенов Н.У., ¹Акрамова М.Ю., ²Шагиязова Л.М.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт Нукусского филиала,

²Медицинский колледж им «П.Ф. Баровского».

Мочекаменная болезнь у детей составляет значимую часть урологической педиатрической практики. Поскольку она рецидивирует, следует приложить все усилия, чтобы выявить вызывающее ее основное метаболическое нарушение для обеспечения адекватного лечения. Большинство камней у детей расположено в верхних мочевых путях. **Материал и**

методы исследования: Были обследованы 516 больных: 328 мальчиков и 188 девочек. Было оперировано с обструкцией мочевыводящих путей 294 детей в возрасте от 6 мес. до 15 лет. По некоторым данным, в процессе нуклеации в 97% случаев играют роль нанобактерии, которые представляют собой атипичные грамотрицательные бактерии, продуцирующие карбонат кальция (апатит) на стенках клеток. Нарушение оттока мочи при морфологических аномалиях стимулировать стаз и приводить к повышению концентрации веществ, из которых образуются камни. **Результаты:** Инфекционные камни составляют примерно 5% всех мочевых камней у детей. Их образование обусловлено активностью бактерий, вырабатывающих фермент уреазу (*Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp.). Уреаза превращает мочевины в аммиак и карбонат, тем самым подщелачивая мочу, далее превращая бикарбонат в карбонат. В целом обследование следует начинать с УЗИ. Ультрасонография почек высокоэффективна для выявления в них камней. Учитывая широкую распространенность предрасполагающих факторов к уролитиазу у детей и высокую частоту рецидивирования камней, всем детям с мочевыми камнями необходимо провести комплексное метаболическое обследование. Основы консервативной терапии МКБ такие же, как при дисметаболической нефропатии. Важно устранить, по возможности, этиологический фактор и явления обструкции тока мочи. Консервативная терапия МКБ включает использование препаратов, способствующих растворению камней (нисходящий литолизис), купированию спазма и воспаления. Для достижения успеха такая терапия должна проводиться планомерно и длительно. При этом используются комбинированные фитопрепараты (Цистон, Цистенал, Канефрон, Фитолизин и др.), которые могут применяться при любом типе уролитиаза, а также травяные сборы, смеси, спазмолитическая терапия. В послеоперационном периоде немаловажную роль играет профилактика рубцово-склеротических осложнений. В связи с этим поиск патогенетически обоснованных методов, препятствующих повторному образованию структур, является одним из актуальных вопросов современной урологии. После оперативных пособий на мочевыводящих путях рекомендуется комплексная послеоперационная профилактика рубцово-склеротических осложнений препаратом лонгидаза® 1500 МЕ курсом 25 инъекций в/м 1 раз в 4 дня в комбинации с магнитно-лазерной терапией. **Выводы:** Таким образом, по результатам исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности ферментной терапии препаратом лонгидаза® 1500 МЕ в комбинации с магнитно-лазерной терапией в комплексной профилактике рубцово-склеротических осложнений после операций на мочевыводящих путях.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРНИТИНОМ

Джумаева Н.Б., Каюмова А.А, резиденты магистратуры 1 года обучения

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

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Основные принципы и этапы лечения гипоксии: лечение отека головного мозга и нейропротекция, купирование судорог, ноотропная терапия. **Цель работы:** изучение клинико-неврологических особенностей детей первого года жизни с перинатальной патологией на фоне лечения. **Материал и методы исследования:** Исследовано 64 больных детей первого года жизни с патологией ЦНС перинатального генеза. 31 больных, отобранных по критериям тяжести и получивших на фоне базисной терапии карнитина хлорид. Контрольную группу составили 33 клинически сопоставимых детей, получивших общепринятую терапию. Все больные осмотрены клинико-неврологически, нейросонография. **Результаты:** В комплексном лечении перинатального поражения ЦНС у детей до года использовали 10% раствор карнитина в ампулах по 2,0 мл. В зависимости от характера поражения ЦНС выделили четыре подгруппы. В результате проведенного лечения в I подгруппе у пяти больных в критическом состоянии восстановлена жизнедеятельность; у четверых отмечена стабилизация состояния к концу первой недели лечения, у одного больного на 24 день. У остальных с синдромом угнетения ЦНС (четверо детей) сроки восстановления адекватного уровня сознания составили 3-5 дней. Во II подгруппе течение менингита и менингоэнцефалита отличалось затяжным характером. Всем больным проведено вирусологическое исследование методом ПЦР. Возбудителями явились у двух детей вирус простого герпеса, у двух – *Streptococcus viridans*, микст - инфекция отмечена у троих детей, возбудитель не установлен у двоих детей. В конце курса парентеральной терапии карнитином продолжена пероральная терапия в течение 14 дней. Все больные выписаны с клиническим и лабораторным улучшением. У детей III подгруппы гипоксически-ишемическая энцефалопатия на фоне гиперплазии вилочковой железы выражалась несколькими неврологическими синдромами. Ведущим клиническим синдромом у шести детей был гидроцефальный синдром, у четырех сочетание гидроцефального синдрома и синдрома задержки психомоторного развития. В конце курса терапии карнитином отмечалось минимальная выраженность энцефалопатии. Исходом явилась легкая задержка развития без вторичного иммунодефицита. В IV подгруппе у трех больных с эпилепсией при применении карнитина на фоне больших доз депакина не отмечены побочные эффекты. Лечение карнитином троих больных с субкомпенсированной гидроцефалией дало положительные результаты с последующей компенсацией. На нейросонографии: феномен «пестрого» мозга, как результат диффузного ишемического поражения у 14 детей, гиперэхогенность перивентрикулярной зоны у 10, псевдокисты как результат внутриутробной инфекции у шести, щелевидная желудочковая система вследствие сдавления отечной паренхимой у 19, субэпендимальное кровоизлияние у 5 больных. **Выводы:** Проведенные комплексные клинико-лабораторные исследования показали положительный терапевтический эффект карнитина, а так же динамические изменения на нейросонографии у детей с перинатальной патологией.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Кальций-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Зикиров Э. Ш., студент 706 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – к.м.н. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шарипова О.А.

Как известно, кальций является лидирующим по количеству исследований, посвящённых его взаимосвязи с развитием остеопении. **Цель работы:** Изучить сравнительную характеристику кальций-фосфорного обмена и активности щелочной фосфатазы сыворотки крови, в зависимости от состояния минеральной костной плотности (МКП) у детей с хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ). **Материалы и методы исследования:** Все больные были разделены на две подгруппы: со сниженной (N=84) и нормальной (N=20) минеральной костной плотности. Минеральную плотность костной ткани измеряли методом остеоденситометрии пяточной кости на аппарате «SONOST 3000», оснащенного детской про-

граммой (Южная Корея). **Результаты:** Анализ результатов исследования показал, что в подгруппе больных со снижением МКП усредненные показатели общего кальция в сыворотке крови составили $1,74 \pm 0,04$ ммоль/л, что достоверно ниже аналогичных значений контрольной группы $2,5 \pm 0,03$ ммоль/л ($P < 0,001$). В подгруппе больных с нормальной МКП отмечалась тенденция к гипокальциемии в сыворотке крови (верхний и нижний квартили $2,10$ ммоль/л и $2,26$ ммоль/л соответственно), что находилось в диапазоне нормативных значений, но было достоверно ниже аналогичных значений сверстников контрольной группы ($2,5 \pm 0,03$ ммоль/л, ($p < 0,001$). Обращало на себя внимание то, что у больных в подгруппе со снижением МКП и с нормальной МКП отмечалось достоверное снижение уровня неорганического кальция. При сопоставлении показателей кальций-фосфорного обмена с половой принадлежностью отмечены более низкие показатели кальция у мальчиков ($2,01 \pm 0,02$ ммоль/л) по сравнению с девочками ($2,13 \pm 0,03$ ммоль/л соответственно). В то же время существенных различий в концентрации неорганического фосфора у мальчиков ($1,33 \pm 0,02$ ммоль/л) и девочек ($1,36 \pm 0,06$ ммоль/л, $p > 0,05$) не выявлено. Таким образом, у детей с ХЗЛ отмечается нарушение кальциевого обмена по сравнению со здоровыми сверстниками, что иллюстрируется гипокальциемией и гипофосфатемией. В свою очередь длительно существующий негативный кальциевый баланс, как у мальчиков, так и у девочек в период необратимого активного формирования пиковой минеральной плотности кости приводит к дисфункции костного метаболизма и, как следствие, формированию дегенеративно-дистрофических изменений со стороны скелета. Установлены различия в активности ОЩФ с преобладанием ($360(290\text{ЕД/л } P < 0,001)$) у детей со снижением МКП по сравнению с группой контроля. У больных с нормальной костной плотностью отмечалось снижения ОЩФ до $235 \pm 7,42\text{ЕД/л}$ ($p < 0,001$). По динамике уровня ОЩФ можно сделать вывод, что при ХЗЛ уменьшение костной массы происходит вследствие дисбаланса процессов костного ремоделирования. При этом у больных со сниженной минеральной плотности костей общая активность ЩФ коррелирует с уровнем формирования костной ткани остеобластами, при этом высокая резорбция не компенсируется повышенным процессом костеобразования. Низкая активность ОЩФ у больных с нормальной костной массой указывает на снижение процессов костеобразования. **Выводы:** В целом отмеченное снижение уровня кальция и фосфора в сыворотке крови и подтвержденная данными биохимических маркеров костного метаболизма, недостаточность костеобразования у детей с ХЗЛ указывает на высокую специфичность и чувствительность данных показателей для наиболее раннего выявления групп риска по возникновению остеопороза и других метаболических остеопатий и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий для их предупреждения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Золина М.Ю., Пьянкова М.А., Ситникова И.С., Лиханова И.М. ГБОУ ВПО УГМУ

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: профессор Бородулина Т.В.

Физическое развитие является одним из важных социально-гигиенических показателей, которые характеризуют состояние здоровья детской популяции. Для характеристики физического развития детских коллективов наиболее информативным является применение методик оценки физического развития с использованием региональных стандартов. Для территории Свердловской области и г. Екатеринбурга утвержден алгоритм комплексной оценки физического развития с учетом региональных нормативов. **Цель работы:** Изучить физическое развитие детей с использованием региональных стандартов и расчета индекса массы тела. **Материалы и методы исследования:** Работа выполнена на базе детского дошкольного образовательного учреждения № 478 «Звездочка» Орджоникидзевского района г. Екатеринбурга. Нами проведена комплексная оценка здоровья детей в возрасте от 1 года и 11 месяцев до 6 лет и 3 месяцев в количестве 66 человек. Дети были распределены на две возрастные группы: в первую группу ($n=29$) вошли дети в возрасте от 1 года до 3 лет (18 мальчиков и 11 девочек); вторую группу ($n=37$) составили дети в возрасте от 4 до 7 лет (23 мальчика и 14 девочек). Всем детям проведены антропометрические измерения (измерение роста, массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы). Оценка параметров физического развития проведена с использованием региональных центильных таблиц и расчетом индекса массы тела. **Результаты:** Физическое развитие большинства детей обеих групп по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту (в первой группе - 79,3%, во второй - 59,5%). Во второй возрастной группе у каждого четвертого ребенка (24,3%) диагностировалось опережение физического развития по показателю роста, что отражает физиологические закономерности роста, в частности, наличие ростового скачка у детей в возрасте 5-7 лет. Среди девочек этой группы опережение встречалось чаще (44,4%), чем у мальчиков (21,7%). Отставание в физическом развитии по показателю роста выявлено у 16,2% обследуемых детей. Гармоничный морфофункциональный статус имели большинство детей обеих групп (1-я группа - 79,3%, 2-я группа - 62,2%). Дисгармоничность развития чаще регистрировалась у детей 2-й группы и проявлялась, в большей степени, избыточной массой тела (каждый четвертый ребенок - 24,3%). В 1-й группе избыточная масса тела встречалась у каждого пятого ребенка (20,7%). При расчете индекса массы тела нормальное соотношение роста и массы установлено у большинства детей обеих групп (79,3% и 75,7% соответственно). Недостаточность питания отмечалась только у детей 2-ой возрастной группы (8,1%), преимущественно среди мальчиков (14,4%). Ожирение разной степени установлено у 10,3% 1-й группы детей и 5,4% обследуемых 2-й группы. В первой группе ожирение диагностировалось одинаково часто у детей обоих полов, а во второй - только у девочек (8,7%). **Выводы:** Таким образом, при сравнении двух методов оценки физического развития установлено, что метод комплексной оценки физического развития с применением региональных центильных таблиц позволил в большем проценте случаев диагностировать избыточную массу тела, тогда как использование расчета индекса массы тела позволило чаще диагностировать дефицит массы тела. Выявлено, что у детей дошкольного возраста отклонения в физическом развитии диагностируются чаще, по сравнению с детьми раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Исаева Л.И., резидент магистратуры, Гайбуллаев Ж.Ш., ассистент, Шулешко М.А., резидент магистратуры,

Алланазаров А.Б., резидент магистратуры, Ильясова С. студентка 309 группы стом. факультета СФ ТашСИ

Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. - профессор Шавази Н.М.) СамМИ

Научный руководитель: ассистент Лим М.В.

За последние годы значительно вырос удельный вес бронхолегочной патологии, протекающей с бронхиальной обструкцией. Уровень острой респираторной заболеваемости у детей остается высоким. Изменился характер клинических проявлений болезни, что затрудняет диагностику, растет число осложнений. Особое место в клинике болезней орга-

нов дыхания занимает острый обструктивный бронхит (ООБ), частым проявлением которого является бронхообструктивный синдром. Чаще первый эпизод бронхиальной обструкции, возникает на первом году жизни ребенка и провоцируется вирусной инфекцией. У 50% пациентов синдром повторяется и зачастую приводит к хронизации процесса, инвалидности ребенка. Широкий спектр заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом, однотипные клинические проявления заболевания, ранний возраст и манифестация на фоне острой респираторной вирусной инфекции послужили основой для данного исследования. **Цель работы:** Изучить особенности, факторы риска развития острого обструктивного бронхита у детей для своевременной профилактики заболевания. **Материалы и методы исследования:** Наблюдались 80 детей первых трех лет жизни со стрым бронхитом (ОБ) и острым обструктивным бронхитом (ООБ) в педиатрических отделениях СФРНЦЭМП в период 2014-2015 г. Первую группу составили 20 больных ОБ без бронхообструктивного синдрома, во 2-ую группу вошли 60 детей с ООБ. На основании клинико-anamnestических, общелабораторных, рентгенологических, методов, инструментальных данных, согласно МКБ 10 установлен диагноз ООБ (J 41). **Результаты:** Тяжесть БОС у больных с ООБ была более выражена у детей, имеющих сопутствующие заболевания и тяжелую степень обструкции. Срок стационарного лечения составил $4,2 \pm 0,5$ дней при ОБ и $6,4 \pm 0,6$ дней при ООБ. При обследовании у 14 пациентов (23,3%) с ООБ выявлена atopический дерматит; у 12 пациентов с ООБ (40%) пищевая аллергия, у 9 (64,3%) из них имело место повторение приступов БОС. Изучив особенности клинического течения острого обструктивного бронхита было выявлено, что у детей с atopическим дерматитом, часто болеющих респираторными заболеваниями, больных проживающих в сельской местности, пациентов с избыточной массой тела, а также имеющих генетическую отягощенность по респираторным заболеваниям, острый обструктивный бронхит протекает осложнениями и частыми рецидивами. **Выводы:** В результате проведенного исследования было установлено что острый обструктивный бронхит у детей протекает тяжело и имеет склонность к частым рецидивам при наличии следующих факторов риска: наличие atopического дерматита, частые респираторные заболевания, проживание в сельской местности, избыточная масса тела, генетическая отягощенность по респираторным заболеваниям.

ОСОБЕННОСТИ РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Исмоилов И.И., резидент магистратуры
Кафедра инфекционных заболеваний ТашИУВ
Научный руководитель: доц. Рахимова В.Ш.

Цель работы: Изучить клинико-лабораторные особенности течения ротавирусной диареи у детей раннего возраста. **Материалы и методы исследования:** Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследовано 300 детей, поступивших в 4 городскую инфекционную больницу города Ташкент с острой диареей. Лабораторную диагностику на наличие ротавирусной инфекции в кале проводили методом ПЦР. Также был проведен клинический анализ симптомов. **Результаты:** Возрастной состав групп был: от одного месяца до одного года - 28%, от одного года до двух лет - 38%, от трех до пяти лет - 34%. Госпитализированы в первые сутки от начала заболевания - 63% ребенка, во вторые сутки - 27%, на третьи сутки и позже - 10% детей. В ходе работы был проведен анализ кала методом ПЦР для обнаружения ротавирусного агента. Среди детей с инфекционной диареей ротавирусный агент был обнаружен в 30 образцах, что составило 10% пациентов. Нами также был проведен клинический анализ симптомов по степени тяжести у детей, в образцах кала которых были выявлены ротавирусный агент. Клиническая картина характеризовалась острым началом, лихорадкой, гастроэнтеритом, развитием токсикоза с эксикозом на фоне осмотической диареи. Начальными проявлениями ротавирусной диареи было повышение температуры. У всех больных отмечались признаки поражения ЖКТ, включающие срыгивания, рвоту, болевой синдром, метеоризм, диарею. Так острое начало отмечалось у 100% детей. В 80% случаев (24 ребенка) отмечалась лихорадка до 39 градусов. У остальных 16% пациентов лихорадка была не выраженная - до 37 градусов. В 43% отмечалась среднее тяжелое течение заболевания, при этом у детей была диарея 6-7 раз, 3-4 кратная рвота в течении дня. У данной группы детей отмечалось обезвоживание организма до 5%. У 20% детей клинически отмечалось легкое течение, которое характеризовалось 4-5 кратной диареей, и 2-3 кратной рвотой. Что вызвало обезвоживание до 3%. **Выводы:** Таким образом, у пациентов с острой диареей в 10% в кале был выявлен ротавирусный агент. Клиническая картина при РВИ протекала преимущественно в среднетяжелой форме, что и являлось показанием для госпитализации. Особенно часто ротавирусная инфекция отмечалась в возрастной группе от одного до двух лет.

ТЕЧЕНИЕ КАРДИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Исраилова Н.А. ТМА

При пневмонии в патологический процесс вовлекается сердечно-сосудистая система, часто наблюдается сочетание инфекционно-воспалительного процесса в легких и сердце. Прогресс в области изучения пневмоний налицо, однако, многие проблемы этой патологии все еще остаются нерешенными. В последние годы в значительной степени возрос интерес клиницистов к болезням миокарда у детей, представляющих одну из сложных и довольно трудных разделов клинической педиатрии. Возросшая частота и тяжесть заболевания, прогрессирующий характер течения с тенденцией к хронизации, возможность летального исхода привели к необходимости более ранней и точной диагностики и оптимизации лечения этого заболевания. **Цель работы:** изучить особенности течения кардитов при острой пневмонии у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением в отделении детской пульмонологии №1 клиники ТМА находились 68 детей с острой пневмонией. Всем детям проводили клиническое исследование, ЭКГ, рентгенографию. Дети были разделены на 2 группы: I группа - 38 детей заболевшие с острой пневмонией сопутствующим кардитом; II группа - 30 детей, заболевшие с острой пневмонией. **Результаты:** По результатам проведенных исследований было выявлено, что из 67,4% наблюдаемых больных детей I группы обнаружено синдром интоксикации (против 13%). Нами дети были осмотрены в ранней фазе пневмонии так как, выявления синдрома интоксикации может быть связан как сопутствующей (предшествующей) вирусной инфекцией, так и с воздействием микробного возбудителя. Среди обследованных детей (60% против 40%) выявили одышка, стонущего дыхания, бледности кожных покровов, цианоза носогубного треугольника и акроцианоза, раздувания крыльев носа. У 72% больных из I группы (против 3%) выраженная тахикардия, несоответствующая температуре тела, акцентация (или приглушение тонов сердца), систолический шум мягкого тембра. На электрокардиограмме отмечено изменения ST и T ($8 \pm 4,5$ против $13 \pm 4,01$). Оно свидетельствует о нарушении восстановительных процессов, то есть метаболизма в миокарде. У 7 детей из I группы высокие, заостренные симметричные зубцы T, смещение интервала S-T от изолинии, что характерно для коронарной недостаточности. Кроме того у 3 детей из этой же группы уве-

личивалось амплитуда зубцов P и R в отведениях III, aVF, aVR и V₁, отражающая перегрузку правых отделов сердца. Экстрасистол (12±3 против 2±1,6), АВ блокада и блокада пучков Гиса (14±0,5 против 2±5,3). У детей находящийся в первой группе на электрокардиограмме сохранено и в раннем фазе, и после исчезновения признаков пневмонии клинические проявления кардита. При анализе рентгенокардиометрических показателей представленных групп было обнаружено, не только картина пневмонии и расширение границ сердца в первой группы –56,6% (II степень расширения сердца), во второй группы 51,7% (I степень) соответственно. **Выводы:** Острой пневмонии у детей раннего возраста имеется длинная цепь реакции системы кровообращения на разных ее уровнях- системном, органном и тканевом, где каждое звено может быть следствием предыдущего и причиной для последующего. Правильная трактовка обнаруживаемых изменений нужно только при сопоставлении с клинической картиной. Клиническое проявления кардита при острой пневмонии не только имеет адаптационно- компенсаторный характер, оно является проявлением «срыва» механизма адаптации и компенсации, требующим внимания и коррекции.

СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НИЗКОРОСЛОСТИ

Камолжанов Б.К., студент 705-группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 2-педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. кафедрой: доц. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Каримова Н.А.

Цель работы: Изучение нарушений в системе гипофиз-гонада, разработка критериев диагностики и терапии у мальчиков при различных формах низкорослости. **Материалы и методы исследования:** Нами обследовано 42 мальчика в возрасте от 7-12 лет и 15 мальчиков без эндокринной патологии. В первую группу вошли 15 мальчиков с отставанием в росте дефицит роста соответствовал более >4 SDS, разница между костным возрастом (КВ) и хронологическим (ХВ) > 5 лет. Во вторую группу вошли 15 мальчиков которые перенесли пневмонию, бронхит, анемию при этом дефицит роста более >3 SDS разница между костным возрастом (КВ) и хронологическим (ХВ) более > 3 лет. В третью группу вошли мальчики с отставанием в физическом развитии и незначительной задержкой в половом развитии, дефицит роста соответствовал более >2 SDS, разница между костным возрастом (КВ) и хронологическим (ХВ) > 2 года. Родители имели рост ниже 160см. Данные роста мальчиков трансформировались в показатель SDS (StandartDeviationScore) и пола характеризующий степень отклонения роста от средних показателей для данного хронологического возраста. Костный возраст определяли на основании сопоставления полученных данных рентгенограмм кистей рук, отношение костного возраста к хронологическому. **Результаты:** В первой группе наиболее низкие по сравнению с контрольной, так показатели гормона роста 0,18±0,04 нг/мл (6,28 ±0,22 нг/мл), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) 2,91±0,18 Мед/л и лютеинизирующего гормона 2,1±0,11 Мед/л в сравнении с контрольной соответственно 7,56±0,46 Мед/л тестостерон 0,52±0,1 нмоль/л У больных второй группы ГР 2,1 ±0,07 нг/мл; ФСГ 4,73±0,14 а ЛГ 2,89±0,11 .тестостерон 1,06 ±0,06. Показатели третьей группы больных ГР 5,75±0,16 нг/мл; ФСГ 3,91 ±0,15 Мед/л; ЛГ 6,15±0,17 Мед/л; тестостерон 3,89±0,17 нмоль/л. **Выводы:** Таким образом, у больных гипофизарным нанизмом отмечается наряду с выраженной задержкой роста и вторичный гипогонадизм. У больных с соматогенной низкорослостью уровень гормона роста был ниже значений контроля, что свидетельствует об относительном дефиците гормона роста и сохраненной функции гипофиза. Показатели третьей группы при сохраненной гонадотропной функции гипофиза имели относительное снижение гонадотропина.

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА

Карджавова Г.А., резидент магистратуры, Ибрагимова М.Ф. ассистент, Азимова Ш., студентка 216 группы леч. фак.

СамМИ, Ильясова С., студентка 309 группы стом. факультета СФ ТашСИ,

Алиев А.Б., студент 418 группы пед. факультета СамМИ,

Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. – профессор Шавази Н.М.) СамМИ

Научные руководители: профессор Шавази Н.М., доцент Лим В.И.

Высокая частота развития, тяжесть и прогрессирование патологических синдромокомплексов (сердечно-сосудистых нарушений) при пневмонии у детей, в значительной мере обусловлена осложненным течением основного заболевания. В педиатрической практике часто недооценивается отрицательное влияние ведущих модифицирующих факторов риска развития кардиоваскулярной патологии, что диктует необходимость ранней диагностики начальных кардиоваскулярных изменений, для прогнозирования исхода заболевания. **Цель работы:** Изучение факторов риска развития кардиоваскулярной патологии при пневмонии у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Обследованы 120 больных детей раннего возраста с пневмонией, находившихся в отделениях экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 52 больных с острыми пневмониями, не имевшие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Во II группу включены 68 детей с пневмониями, имевшие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска на формирование кардиоваскулярной дезадаптации при пневмонии у детей оценивали путем вычисления коэффициента распространенности - IOR; коэффициент заболеваемости - IP; удельный коэффициент заболеваемости - IR; относительный риск заболеваемости - RR. **Результаты:** 46,7% больных были в возрасте от 6 месяцев до 1 года. Неблагоприятный преморбидный фон, в частности ЧБД встречался у больных II группы детей в 4,7 раз чаще, чем в I группе. Тяжелые формы полидефицитной анемии в 5,5 раз чаще регистрированы у больных II группы, что являлось отрицательным преморбидным фактором для развития кардиальной патологии при пневмонии. 15% больных детей имели наследственность, отягощенную по бронхолегочной патологии, 25,0% - по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь), что также может определять риск развития этих заболеваний у детей. Наследственная предрасположенность к развитию кардиоваскулярной патологии при пневмонии в 2,7 раз чаще наблюдалась в группе детей с кардиоваскулярной дезадаптацией. Вредные привычки отцов - курение и злоупотребление алкоголем наблюдались у 7,5% и 3,3% больных детей, причем во второй группе соответственно в 3,5 и 3,0 раз чаще, чем в первой группе. Выявлено, что факторами риска (относительный риск) формирования кардиоваскулярной дезадаптации были: курение и алкоголизм отца (RR>3,5 и RR>3,0), отягощенность по заболеваниям сердца и бронхолегочной патологии (RR>2,7 и RR>2,0), анемия (RR>1,9), отягощенный акушерский анамнез (RR>1,8), частые перенесенные ОРВИ у ребенка (RR>1,5). **Выводы:** Таким образом, на основании выявленных факторов риска формирования кардиоваскулярной дезадаптации при пневмонии у детей, необходимо проведение анкетирования беременных женщин с отягощенным анамнезом, чтобы повысить эффективность профилактических мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Карджавова Г. А., резидент магистратуры, Ильясова С., студентка 309 группы стом. факультета СФ ТашСИ,
Шарипова З., студентка 310 группы пед. фак. СФ СамМИ, Фарходова Ю., студентка 211 группы леч. фак. СамМИ,
Азимова О. студентка 701 группы леч. факультета ТМА

Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. – профессор Шавазы Н.М.)

Научные руководители: профессор Шавазы Н.М., доцент Закирова Б.И.

Особенности и клинико-анатомические факторы риска поражения сердечно-сосудистой системы у детей с пневмонией не изучены, что диктует необходимость ранней диагностики начальных кардиоваскулярных изменений, позволяющих диагностировать и прогнозировать риск развития заболевания и назначить своевременную терапию. **Цель работы:** Изучение особенностей течения кардиоваскулярной патологии при пневмонии у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Обследованы 120 больных детей раннего возраста с пневмонией, находившихся в отделениях экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 52 больных с острыми пневмониями, не имевшие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Во II группу включены 68 детей с пневмониями, имевшие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Вычислялся относительный риск заболеваемости - RR. **Результаты:** Наши результаты показывают, что возраст появления первых симптомов дезадаптации сердечно-сосудистой системы при пневмонии, индуцированной высокой интоксикацией составил $5,6 \pm 0,6$ месяцев. У детей, в анамнезе которых имелись анте-, интра- и перинатальная патология - соответственно в $4,4 \pm 0,8$ месяцев. 11,7% больных госпитализированы в первые сутки от начала заболевания, 58,3% - на 2-3 сутки и остальные 30,0% - в течение более 3 суток. Позднее обращение больных за медицинской помощью (на 3 сутки и позже) в 5 раз чаще встречалось у больных II группы, имевших нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и служило причиной осложненного течения заболевания, что возможно является фактором риска поражения сердечно-сосудистой дезадаптации (ОШ-5,0)- и неблагоприятного исхода острой пневмонии. Пневмония у 31,7% больных развивалась на $3,1 \pm 1,1$ день от начала симптомов ОРЗ. Кашель был сухой в 28,3% случаях, влажный - у 71,7%. Ночной мучительный кашель и вязкая мокрота чаще (в 4 раз) имелись у детей II-ой группы, имеющих симптомы кардиоваскулярной дезадаптации. У 53,3% больных была одышка смешанного характера, а у 46,7% инспираторного типа. У всех больных II-ой группы, имевших нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, при пневмонии наблюдались типичные приступы одышки, причём у каждого третьего ребенка с наличием ночных эпизодов и усилением при незначительной физической нагрузке. У детей с пневмонией при наличии кардиоваскулярной дезадаптации выявлена ДН 1-2 степеней у 52 (43,3%) детей и 3- степени - у 16 (13,3%) больных. Во II-ой группе при пневмонии с наличием изменений со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалась более высокая частота регистрации повышения температуры тела у детей (56,6%), в отличие от больных первой группы (34,4%) и особенно стойкой гипертермии (соответственно 16,6% и 10,0%). Исследования показали, что в формировании сердечно-сосудистых изменений при пневмонии у детей раннего возраста имеют значение: пол (более подвержены мальчики - $RR > 3,1$), позднее обращение больных за медицинской помощью (на 3 сутки) - (ОШ 5,0 $RR >$); одышка при физической нагрузке (ОШ 3,3, $RR > 1,8$); наличие симптомов токсикоза (диарея, рвота, метеоризм - соответственно $RR > 1,5; 2,1; 3,0$); гипертермия ($RR > 1,4$); синусовая тахикардия (ОШ 5,0 $RR > 4,0$). **Выводы:** Таким образом, у 51,7% больных пневмонией имеется кардиоваскулярная дезадаптация, ранняя диагностика которой является профилактикой осложненного течения пневмонии у детей раннего возраста.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Карджавова Г.А., резидент магистратуры, Ильясова С., студентка 309 группы стом. фак. СФ ТашСИ,
Мирзаев А.К., студент 419 группы, Орифова М.О., студентка 210 группы пед. факультета,

Фарходова Ю. студентка 211 группы леч. факультета СамМИ,

Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. – профессор Шавазы Н.М.)

Научные руководители: профессор Шавазы Н.М., доцент Лим В.И.

Инфекционные причины возникновения миокардита в течение последних десятилетий изучены довольно подробно, установлено, что заболевание вызывается самыми разнообразными вирусами, микробами, риккетсиями, грибами и простейшими. Доказано, что наибольшей кардиотропностью обладают вирусы, а вирусная этиология миокардитов считается наиболее аргументированной. **Цель работы:** Оценка распространенности и выявление факторов риска развития миокардита у детей младшего возраста, госпитализированных с острым респираторными вирусными заболеваниями. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в период с 2014 по 2015 гг. в отделении экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. В наблюдение было включено 45 детей от 3 до 12 месяцев, госпитализированных с острой респираторно-вирусной инфекцией, без каких-либо клинических или микробиологических признаков острой бактериальной инфекции. Наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями у всех больных проводились электрокардиографические и эхокардиографические исследования. Инструментальными критериями миокардита являлись: ЭКГ признаки (изменения в ST-T сегменте характерные для миокардита), эхокардиографические данные: снижение фракции выброса менее 50%, увеличение конечно-диастолического диаметра левого желудочка более чем на 2 стандартных отклонения для данного возраста, регургитация митрального клапана, снижение диастолической функции. Клинические и эпидемиологические данные были проанализированы с целью определения параметров, свидетельствующих о субклиническом течении острого миокардита. **Результаты:** У 16 (35,6%) детей выявлены патологические изменения в одном из инструментальных методов обследования, в 7 случаях (15,6%) обнаружены изменения как на ЭКГ, так и по результатам эхокардиографического исследования. Нарушенная диастолическая функция левого желудочка была обнаружена в 11 случаях (22,2%), измененный ST-T сегмент отмечался у 5 детей (11,1%), дилатация левого желудочка в 4 (8,9%), снижение фракции выброса в 8 случаях (17,8%). У 16 (35,6%) детей отсутствовали клинические симптомы и инструментальные показатели миокардита, что в значительной степени отрицало наличие данной патологии. У 5 пациентов (11,1%) диагноз острый миокардит с субклиническим течением был поставлен и зафиксирован в истории болезни пациентов. 7 (15,6%) больным было рекомендовано повторное обследование у кардиолога в течение года, в этих случаях отмечался риск развития сердечной патологии. **Выводы:** В этом исследовании мы обнаружили высокую распространенность вовлечения сердца у госпитализированных детей с острыми респираторными вирусными инфекциями. Важность этих выводов следует оценивать.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИКАМИ

Каюмова А.А., Джумаева Н.Б., резиденты магистратуры 1 года обучения

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Тики - актуальная проблема детской неврологии, встречаются у 2-24% детей, относятся к гиперкинезам и характеризуются насильственными движениями, проявляющимися в различных мышечных группах, чаще в лицевой мускулатуре. **Цель работы:** Изучить особенности электроэнцефалографии у детей с различными тиками. **Материал и методы исследования.** Обследовано 171 детей с тиками 7-12 лет: мальчиков - 161 (89,0%), а девочек - 20 (11,0%). Средний возраст - $9,7 \pm 2,2$. Дети разделены на 2 подгруппы: 1-я: 7-9 лет - 73 ребенка (45,3%), 2-я: 10-12 лет - 88 детей (64,5%). Обследование включало в себя клиническую оценку проявлений тиков, неврологическое обследование, электроэнцефалографию. **Результаты:** В 29 случаях (67,4%) структурные изменения головного мозга отсутствовали. У 12 пациентов (30,2%) отмечалось умеренное расширение субарахноидальных пространств. В 2 случаях выявлены грубые интракраниальные изменения с наличием арахноидальных кист. На ЭЭГ у 25 детей (29,8%) выявлено выраженное увеличение показателя невнимательности, в 36 случаях (42,9%) - повышение уровня импульсивности, у 20 (23,8%) - отмечено увеличение времени реакции. В группе детей с хроническими тиками у 38 детей (49,4%) - увеличение показателя невнимательности, в 60 случаях (77,9%) - повышение импульсивности, у 29 пациентов (37,7%) - увеличение времени реакции. В 63 случаях (39,8%) - негрубые локальные изменения в виде синхронных групп тета-волн, по амплитуде не превышающих фоновую активность, в височных отделах обоих полушарий с вовлечением медиобазальных образований, а также ирритативного характера в виде всплеск заостренных высоковольтных альфа-волн (амплитудой более 120 мкВ) в затылочных и височных отделах (у 34 детей (40,0%); у 32 детей с хроническими тиками (42,2%). В 16 случаях (8,8%) в ходе гипервентиляции и после ее окончания отмечалось появление патологических комплексов "острая-медленная волна", что свидетельствовало о наличии эпилептиформной активности (у 5 детей (5,95%) с преходящими тиками, у 5 с хроническими тиками (6,6%). **Выводы:** Дети с тиками характеризуются меньшими величинами мощности альфа-ритма в затылочных отделах по сравнению со здоровыми детьми. В свою очередь дети с хроническими тиками характеризуются меньшими величинами мощности альфа-ритма в затылочных отделах по сравнению с детьми, страдающими преходящими тиками.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ГИПЕРВИТАМИНОЗА «Д» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кенжаева З.С., студентка 516 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. - доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Маматкулова Д.Х.

Цель работы: Изучение клинико - диагностической характеристики и отдаленных последствий гипервитаминоза «Д» у детей раннего возраста. **Материалы и методы исследования:** Под нашим наблюдением находилось 28 детей, лечившихся по поводу гипервитаминоза «Д». У всех детей проводилось клинико - анамнестические данные, рентгенологическое исследование трубчатых костей конечности, уровень кальция и фосфора в крови и в моче, реакция Сульковича. Возраст детей к моменту поступления в клинику: от 2 до 3 мес - 7, от 3 до 6 мес - 9, от 6 до 12 мес - 10, от 1 до 1,5 лет - 2. Большинство детей находилось на раннем смешанном и искусственном вскармливании. Подавляющее большинство наблюдаемых детей получали большие дозы витамина Д. **Результаты:** У наблюдаемых детей клинические проявления гипервитаминоза «Д» полиморфны. Заболевание проявляется снижением аппетита, вялостью до анорексии. Несколько позднее появлялась тошнота, рвота, дисфункция кишечника, снижение массы тела, симптомы интоксикации, субфебрилитет, изменения со стороны сердечно - сосудистой системы. У большинства детей уровень кальция был повышен до 4 - 6 ммоль/л. Также отмечалось значительное снижение уровня фосфора в сыворотке крови (ниже 0,6 ммоль/л). У всех детей отмечалась положительная реакция Сульковича, чаще резко положительная (+++). Рентгенологически обнаруживалось почти у всех больных детей уплотнение и расширение зон предварительного отложения извести в трубчатых костях конечностей. В моче определялось гиперкальциурия, гиперфосфатурия. Ренальный синдром следует считать одним из частых и характерных проявлений гипервитаминоза «Д». У наших больных он наблюдался у 72,5% и характеризовался протеинурией, лейкоцитурией (у ряда детей до 50 - 120 лейкоцитов в поле зрения), микрогематурией и цилиндрурией. Одной из характерных особенностей течения гипервитаминоза «Д» следует отнести частое присоединение интеркуррентных заболеваний на фоне значительного снижения реактивности организма ребёнка. Гиперкальциемия при гипервитаминозе «Д» способствует отложению солей кальция в миокарде, стенки сосудов, альвеол и кишечника, ткани печени и почек, роговицу глаз, надпочечников и другие органы. Лечение гипервитаминоза «Д» состоит в прекращении приёма витамина Д, устранении пищевой нагрузки Са и витамином Д, назначении адсорбентов, форсированного диуреза. В тяжёлых случаях назначают лекарственные антагонисты витамина Д (глюкокортикоиды, витамин А). **Выводы:** Таким образом, введение чрезмерно больших доз витамина Д у детей раннего возраста может привести к развитию гипервитаминоза «Д», при этом недостаточный контроль за применением витамина Д, а также при лечении в течение длительного времени приводит к появлению случаев гипервитаминоза.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Кенжаева З.С., студентка 515 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 2-госпитальной педиатрии (зав. каф. - доц. Б.А.Юлдашев)

Научный руководитель: ассистент Ф.Х.Маматкулова

Цель работы: Разработка оптимальных режимов антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии у детей. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 56 больных детей в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Проводилась микробиологическая идентификация возбудителей путём посева мокроты, рентгенография легких. При внебольничных пневмониях у детей в периоде инфильтративных изменений назначили цефтриаксон в суточной дозе 50 - 75 мг/кг веса ребенка. Во всех случаях терапия проводилась одним антибиотиком. **Результаты:** У наблюдаемых детей микробиологическая идентификация возбудителей выявлено у 69% случаев всех пневмоний, микроорганизм не установлен у 31% случаев. *Streptococcus pneumoniae* является ведущей причиной внебольничных пневмоний, на эти микроорганизмы приходится до двух трети всех причин заболевания. Вирусные инфекции являются причиной 5 - 15% всех внебольничных пневмоний. Наши исследования показали, что при назначении цефтриаксона, как эффективного

антибиотика улучшается общее состояние больного, температура снижается до нормы в течение 3 - 4 суток, одышка и хрипы в легких уменьшается на 5 - 6 день лечения. Скорость разрешения клинических и лабораторных признаков при внебольничной пневмонии у детей отмечено: лихорадка 2 - 4 дня, кашель 4 - 9 дня, тахикардия 2 - 3 дня, тахипное 2 - 4 дня, гипоксемия 2 - 6 дня, крепитация 3 - 6 дня, лейкоцитоз 3 - 4 дня, С-реактивной протеин 1 - 3 дня, культура крови 1 - 2 дня. Бактериологические посевы крови и мокроты были отрицательными на фоне введения антибиотиков. Общая длительность назначения антибиотиков составлял 5 - 7 дней, потом переводили на пероральный приём антибиотика ещё на 2 - 4 дня. Длительность антимикробной терапии зависела от тяжести заболевания, этиологического характера, наличия и отсутствия осложнений. Анализ и оценка ближайших и отдаленных результатов лечения внебольничной пневмонии у детей показало, что с выздоровлением выписано 50 детей, у 7 детей отмечено затяжное течение заболевания, что потребовало повторного применения пероральной антибиотикотерапии. Ответ на антимикробную терапию зависит от иммунной реактивности, тяжести заболевания, причинного патогена, длительности пневмонии по данным рентгенографической картины. Цефтриаксон оказывает прямое бактерицидное действие на широкий спектр грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных микроорганизмов, включая устойчивые штаммы. Использование цефтриаксона способствует более быстрой положительной динамике, сокращает длительность антибиотикотерапии и общую продолжительность лечения, что в конечном итоге даёт значительный экономический эффект. **Выводы:** Таким образом, клиничко - лабораторный контроль при проведении антибактериальной терапии при внебольничных пневмониях у детей в периоде инфильтративных изменений улучшает исходы заболевания. Антибактериальная терапия с учётом микробиологического пейзажа и скорости разрешения, клинических и лабораторных признаков при внебольничной пневмонии у детей является важным компонентом в лечении внебольничной пневмонии у детей.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ким А.А., ассистент СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ассистент Саидова М.А.

Цель работы: Выделение возрастных особенностей клинических проявлений у детей. **Материалы и методы исследования:** Проведено исследование больных 318 детей, находящихся на стационарном лечении в детском отделении Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера. Выделены 4 группы заболевших туберкулезом детей: в I вошли 73(23%) пациентов раннего возраста (от 0 до 3 лет), во II 155(49%) дошкольников (от 4 до 6 лет), в III 65(20.2%) ребенка младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет), в IV группу 25(7.8%) пациента среднешкольного или пубертатного возраста (от 12 до 14 лет). В сформированных группах проанализирована структура клинических форм и проявлений туберкулеза. **Результаты:** У детей всех групп в клинической структуре преобладал туберкулез органов дыхания (93%). В группе дошкольников изолированное специфическое поражение органов дыхания наблюдалось выше, чем у детей первых трех лет жизни (90% и 82%) и у пациентов III группы (90% и 81%). В IV группе изолированный туберкулез органов дыхания встречался реже, чем у больных раннего (80% и 85%) и дошкольного (80% и 88%) возраста. У детей пубертатного возраста бактериовыделение отмечалось выше, чем у пациентов остальных групп (7.2% и 1.1%). Среди форм туберкулеза органов дыхания во всех группах сравнения преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), удельный вес которого составлял от 41% до 86.6%. У детей пубертатного возраста ТВГЛУ диагностировался в 2 раза реже, чем у остальных пациентов 41% и 85%, а у дошкольников чаще, чем у больных первых трех лет жизни (88.4% и 80.6%). Первичный туберкулезный комплекс (ППК) встречался у детей в разных возрастных группах с частотой от 8.2% до 16.3%, у больных среднего школьного возраста он регистрировался выше, чем у остальных пациентов (25.3% и 12.8%), а у школьников реже, чем у детей раннего возраста (8.3% и 14.3%) и у детей из III группы (8.3% и 16.2%). Очаговая и инфильтративная формы туберкулеза органов дыхания диагностировались только в III и IV группах. У детей пубертатного возраста по сравнению с пациентами младшего школьного, в 6 раз чаще регистрировался очаговый туберкулез. Туберкулезный плеврит у детей среднего школьного возраста развивался чаще, чем во II группе. (2.8% и 0.2%). Осложненное течение туберкулеза органов дыхания в разные возрастные периоды отмечалось с частотой от 2.1% до 12.3%. У детей раннего и пубертатного возраста в три раза чаще, чем у детей дошкольного и младшего школьного возраста (10.2% и 3.4%). **Выводы:** У детей первых трех лет жизни, по сравнению с детьми остальных возрастных групп, туберкулез органов дыхания в 3 раза чаще имел осложненное течение. У детей дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) туберкулезный процесс протекал наиболее благополучно. В структуре туберкулеза органов дыхания у 8 этих детей чаще встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 2 раза реже первичный туберкулезный комплекс, в 3 раза реже - бактериовыделение. У больных в возрасте от 7 до 11 лет осложненное течение туберкулеза органов дыхания отмечалось в 2 раза чаще, чем у дошкольников, и в 2 раза реже, чем у пациентов раннего и пубертатного возраста. У детей пубертатного возраста по сравнению с детьми 7-10 лет, в 6 раз чаще регистрировался очаговый и инфильтративный туберкулез легких. Также у детей дошкольного и младшего школьного возраста, чаще имели место осложненное течение туберкулеза органов дыхания.

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Кириак В.Г., Хильчевская В.С., врач-интерн по специальности «педиатрия» I года обучения, БГМУ

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. - профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Безруков Л.А.

Современные исследования, посвященные оценке риска развития бронхиальной астмы (БА) на основе определения типа ацетилирования больных, отличаются противоречивостью и низкой информативностью. В клинических экспериментах одновременное изучение по нескольким критериям заболевания (степень тяжести, отдельные симптомы или синдромы, наличие осложнений, результаты параклинических данных) затрудняет формирование групп наблюдения, поскольку первичные клинические данные не всегда оказываются однородными в пределах групп, которые укладываются в данные критерии. Поэтому на этапе подготовки первичных данных для оценки неоднородностей выборки больных БА часто используют кластерный анализ. **Цель работы:** Проанализировать клиничко-параклинические особенности тяжелой персистирующей бронхиальной астмы у школьников в зависимости от их ацетиляторного статуса путем проведения кластерного анализа. **Материал и методы исследования:** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы (г. Черновцы) обследовано 53 ребенка, больных тяжелой персисти-

ряющей бронхиальной астмой. Диагноз заболевания и его тяжесть верифицировали на основании действующих национальных и международных регламентирующих документов. Средний возраст обследованных детей составил (12,7±0,4) лет, преобладали мальчики (64,1%) и жители сельской местности (58,5%). Среди больных тяжелой персистирующей БА I клиническую группу составили 28 детей с быстрыми ацетиляторными механизмами, во II клиническую группу вошло 25 пациентов с тяжелой БА и медленным ацетиляторным статусом. **Результаты:** Результаты кластерного анализа когорты детей школьного возраста с тяжелой персистирующей БА в зависимости от типа ацетилирования доказали неоднородность данного фенотипа заболевания. Среди детей с быстрым типом ацетилирования выделено 3 кластера. Для детей I кластера был свойственен недостаточный контроль заболевания на фоне базисной терапии с выраженной активностью воспалительного процесса в бронхах и гиперэозинофилией индуцированной мокроты. Особенностью больных II кластера является течение заболевания с тяжелыми приступами за счет склонности к бронхоспазму в ответ на неспецифические факторы и тяжелой гипервосприимчивости бронхов к гистамину. Дети III кластера были склонны к избыточной массе тела и atopической реактивности, с тяжелыми обострениями ан фоне выраженной лабильности бронхов. Во II клинической группевыделено 2 кластера, представители которых склонны к тяжелым обострениям с недостаточным контролем заболевания. У детей I кластера относительно меньшие показатели гиперреактивности бронхов при имеющемся клеточном субстрате воспалительного процесса обуславливались активными процессами ремоделирования стенки бронхов и отсутствием адекватного ответа на специфические и неспецифические стимулы. У детей II кластера клинические особенности реализовались на фоне atopической реактивности за счет воспаления и гипервосприимчивости дыхательных путей. **Выводы:** Кластерный анализ результатов комплексного клинико-анамнестического и параклинического обследования школьников с фенотипом тяжелой бронхиальной астмы продемонстрировал её неоднородность, связанную с характером ацетиляторных процессов, что требует дифференцированного подхода при проведении лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ НОГТЕВОГО ЛОЖЕ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖКТ

Кисиль Н.Г.

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. – д.м.н. Нечитайло Ю.Н.)

Научный руководитель: профессор Нечитайло Ю.Н.

Болезни желудочно-кишечного тракта у детей и подростков являются достаточно распространенными заболеваниями. Функциональные нарушения (ФН) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения. Не вызывает сомнений полиэтиологичность возникновения ФН ЖКТ у детей. Не последнюю роль в возникновении заболевания играет вегетативная дисфункция. Любые изменения функционирования органа приводят к изменению параметров микроциркуляции (МЦ) крови, которая играет важную роль в транспорте биологических жидкостей и обмене веществ. Нарушения микроциркуляции могут быть ранними признаками, а при длительном действии – стойкими и часто единственными признаками заболевания. Изменения в системе МЦ ЖКТ тесно коррелируют с изменениями в МЦ сосудов конъюнктивы, слизистой оболочки рта и капилляров ногтевого ложа. **Цель работы:** Исследование особенностей микроциркуляции сосудов ногтевого ложа у детей с функциональными расстройствами ЖКТ. **Материал и методы исследования:** В гастроэнтерологическом отделении КМУ «Детская городская клиническая больница» г.Черновцы обследовано 60 детей с функциональными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта: у 26 (43 %) детей диагностирована функциональная диспепсия, 20 (33 %) – функциональные расстройства желчного пузыря, 14 детей (23%) – синдром раздраженного кишечника. В исследовании использовались: антропометрический, клинический, лабораторно-инструментальные методы исследования. Всем детям проведено биомикроскопическое исследование капилляров ногтевого ложа с помощью цифрового микроскопа «Olympus» (Япония) с 400-кратным увеличением. **Результаты:** При проведении биомикроскопии капилляров ногтевого ложа оценивались периваскулярные, сосудистые и внутрисосудистые изменения. У большинства обследованных (88 %) капилляры ногтевого ложа имели стандартную U-подобную форму с параллельным размещением капилляров. У 7 пациентов (12 %) наблюдали изменение формы капилляров (раздвоенные, гигантские, микропетли, клубочки). Периваскулярный участок у всех детей был розового цвета, отеки и кровоизлияния отсутствуют. При оценке сосудистых и внутрисосудистых изменений выявлено: у 12 детей (20 %) наблюдалась патологическая извилистость капилляров, у 24 (40 %) – локальная спазмированность капилляров, у 9 (15 %) – изменение калибра капилляров, 11 (18 %) – феномен «сладжирования», у 8 (13 %) – изменение артерио-венозного соотношения. **Выводы:** Таким образом, при микроскопической оценке ногтевого ложа у детей с ФН ЖКТ фиксировались в первую очередь сосудистые и внутрисосудистые изменения микроциркуляции. Метод микроскопии можно рекомендовать как дополнительный неинвазивный метод обследования детей с заболеваниями ЖКТ.

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Климович Е.Н., студентка VI курса медицинского факультета, Кухта О.Я., ассистент, Гарас Н.Н., ассистент БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.м.н. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: проф. Безруков Л.А.

Цель работы: Повышение эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей с учетом ее фенотипической неоднородности с учетом проведенного кластерного анализа. **Материалы и методы исследования:** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. С целью выявления фенотипических особенностей тяжелой бронхиальной астмы использовался кластерный анализ. Формирующими признаками кластерного анализа выступили компоненты комплексного обследования: клинико-анамнестические характеристики (тяжесть первого дня обострения, генеалогический индекс по atopическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте и характеристики неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов, провокационной дозы гистамина и дозозависимой кривой). **Результаты:** По результатам кластерного анализа показателей комплексного обследования больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой детей выделено три подгруппы пациентов с различными фенотипическими характеристиками и эффективностью лечения заболевания. Показано, что недостаточная эффективность базисной терапии отмечается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой с неэозинофильным вариантом заболевания (содержание эозинофилов индуцированной мокроты 2,2±1,3%) и медленными ацетиляторными механиз-

мами (скорость ацетилирования $60,4 \pm 5,4\%$), обосновывает проведение лечения в соответствии с рекомендациями GINA «ступенька вверх». В то же время, лечение обострения у школьников, больных тяжелой бронхиальной астмой с признаками атопии (генетический индекс по атопическим заболеваниям $0,22 \pm 0,03$ у.е.), эозинофильного характера воспаления бронхов (содержание эозинофилов индуцированной мокроты составило $8,8 \pm 2,2\%$) и их высокой гипервосприимчивости (средняя пороговая концентрация гистамина составила $0,48 \pm 0,09$ мг/мл), целесообразно проводить путем назначения трехдневного курса системных глюкокортикостероидов в возрастных терапевтических дозах. **Выводы:** Таким образом, при назначении базисного лечения и терапии приступа бронхиальной астмы целесообразно учитывать фенотипическую неоднородность заболевания по характеру воспаления бронхов, их гипервосприимчивости, а также атопический и ацетиляторный статус ребенка.

ОСОБЕННОСТИ СНА У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

Ковтюк Н.И. к.м.н., доцент кафедры БГМУ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. – профессор Нечитайло Ю.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Нечитайло Ю.Н.

Сон является одним из важнейших эссенциальных факторов для роста и развития ребенка начиная с внутриутробного периода. Именно во время сна идут наиболее интенсивные процессы роста детского организма. Ухудшение качества сна ассоциируется с повышением риска умственного отставания, нарушениями коммуникативной функции, низкой академической успеваемостью, поведенческими отклонениями. **Цель работы:** Оценка качества и параметров сна у школьников. **Материалы и методы исследования:** Обследовано 500 школьников в возрасте от 9 до 18 лет (54,6% девочек и 45,4% - мальчиков), средний возраст $13,6 \pm 0,79$ лет. Для оценки параметров сна использовалась собственная анкета АК-96 с разделом оценки качества сна. Использовали дескриптивный дизайн исследования с одномоментным срезом для формирования выборки. Проводилась статистическая обработка результатов. **Результаты:** Значительная часть школьников испытывает временные или постоянные трудности, связанные с нарушением сна (28,3%). Были удовлетворены полностью своим ночным отдыхом и никогда не имели его существенных нарушений - 29,5%, были удовлетворены, но сталкивались с теми или иными проблемами - 42,2%. Стойкие расстройства сна отмечали только 3,9% школьников. Если 76,2% детей могли уснуть самостоятельно в течение короткого времени (до 15 минут - 57,7%) и спали спокойно всю ночь (64,4%), то 22,4% имели с этим проблемы. У четверти обследованных этот процесс занимал более 30 минут и даже 1 час, а сам сон был беспокойным (35,6%), у большинства детей имели место активные движения туловищем или конечностями (28,3%), что приводило к сбрасыванию с себя одеяла (26,7%), 10,0% детей просыпались, плакали, отмечали ночные страхи, разговаривали ночью. Часто отмечалась сонливость в дневное время. **Выводы:** Проведенные исследования выявили особенности сна у современных школьников и достаточно высокую частоту его нарушений. Качество жизни, характеристики общего здоровья и самооценки здоровья у таких детей является сниженным, что в большей степени касается общего самочувствия, параметров физического и психического функционирования.

КАЧЕСТВО СНА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

Ковтюк Н.И. к.м.н., доцент кафедры БГМУ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. – профессор Нечитайло Ю.Н.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Нечитайло Ю.Н.

Показатель качества сна является одной из составляющей показателя качества жизни детей. Ухудшение качества сна ассоциируется с рядом девиаций в здоровье и качестве жизни. **Цель работы:** Анализ взаимосвязи между составляющими показателями сна и качества жизни детей школьного возраста. **Материалы и методы исследования:** Нами проведено анкетирование 500 школьников в возрасте от 9 до 18 лет. Для определения качества жизни использовали адаптированные украиноязычные анкеты CHQ - SF CF - 87 (child form) и PF - 50 (parent form). Анкетирование анонимное. Для оценки параметров сна использовалась собственная анкета АК-96 с разделом оценки качества сна. Статистическую обработку результатов проводили стандартными дескриптивными методами вариационной статистики, корреляционного и регрессионного анализа с использованием пакета компьютерных программ Statistica 6,0. Достоверность различий оценивали по параметрическому критерию Стьюдента при уровне $p < 0,05$. **Результаты:** Проведенный анализ взаимосвязей отдельных показателей сна между собой и с другими показателями показал, что длительность сна зависела от времени, когда ребенок ложился в кровать. Корреляционные связи указывали на то, что дети, ложившиеся спать раньше имели более длительный сон ($r=0,76$, $p < 0,001$), позже ($r=0,38$, $p < 0,01$) и тяжелее ($r=0,35$, $p < 0,01$) вставали утром, но чувствовали себя бодрее ($r=0,48$, $p < 0,01$). Дольше всего спали те, кто ложился около 21 часа (в среднем - 10,4 часа). Время засыпания оказалось наиболее важным показателем качества сна ребенка. Именно оно больше всего коррелирует со спокойным ночным сном без нарушений ($r=0,40$, $p < 0,01$), с самооценкой качества сна и ощущением бодрости днем ($r=0,44$, $p < 0,01$), с работоспособностью ребенка ($r=0,36$, $p < 0,01$). В свою очередь, на возможные причинные ассоциации более короткого времени засыпания указывают корреляции с качеством питания ($r=-0,42$, $p < 0,01$) и, особенно, регулярного употребления овощей ($r=-0,30$, $p < 0,05$), с ежедневным пребыванием ребенка на свежем воздухе не менее 1 часа ($r=-0,37$, $p < 0,01$) и регулярными занятиями спортом ($r=-0,40$, $p < 0,01$). **Выводы:** Время засыпания ребенка оказалось наиболее важным показателем качества сна ребенка, оно чаще всего коррелирует с различными внешними факторами воздействия. Проведенные исследования свидетельствуют о тесной взаимосвязи между составляющими показателями сна и качества жизни детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ФЕРРОПОЛА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Курбани Т.Р., студентка 417 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: асс. Бахронов Ш.С.

Железодефицитные анемии (ЖДА) – широко распространенные заболевания, при которых снижается содержание железа в организме. В результате этого нарушается образование гемоглобина, а в дальнейшем и эритроцитов, возникает гипохромная анемия. По данным Всемирной Организации Здравоохранения от анемии разной степени выраженности страдает около 1,8 млрд. человек на земле. **Цель исследования:** Изучить эффективность препарата ферропола при различной степени тяжести железодефицитной анемии у детей. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находилось 39 детей в возрасте от 4 месяцев до 5 лет. Обследования детей с целью подтверждения диагноза ЖДА включала

по определению уровня гемоглобина, при анемии его уровень менее 130 г/л у детей до 5 лет. Распределение детей было по тяжести степени анемии: анемия легкой степени отмечена у 18(46%), средней степени у 16(41%), тяжелой степени у 5(13%) детей. **Результаты:** Препарат ферропол назначен в каплях для приёма внутрь. При железодефицитной анемии дети получали из расчёта 5мг/кг/сутки. Дозировка ферропола в возрасте от 6 до 12 месяцев суточная доза составляла 10-20 капель, дети в возрасте от 1 до 5 лет 20-30 капель. Длительность основного курса при анемии легкой степени было 8 недель, средней степени 10 недель, тяжелой степени 12 недель. Наши наблюдения показали высокую эффективность препарата ферропола при лечении железодефицитной анемии у детей. В среднем в течение 8-12 недель у 92,5% детей нормализовался уровень гемоглобина, что свидетельствует не только о ликвидации ЖДА, но и о восполнении депо железа в организме. При средней степени тяжести ЖДА до лечения уровень гемоглобина было $82,7 \pm 1,9$ г/л, после лечения феррополом достигло до $124,2 \pm 1,32$ г/л ($p < 0,01$). В ходе исследования нами не выявлено каких либо нежелательных реакций. Только у 0,8% детей, имеющих функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, отмечалось склонность к запорам, диарее на фоне лечения препаратом. Отсутствие побочных действий свидетельствует о безопасности применения препарата ферропола у детей раннего возраста. В конце лечения феррополом у детей раннего возраста в 2-3 раза снизился склонность к частым респираторным вирусным заболеваниям, в динамике нарастало психомоторное и физическое развитие ребёнка. **Выводы:** Таким образом, препарат ферропол является высоко эффективным препаратом в лечении ЖДА у детей, она удобна в применении у детей (сироп), не вызывает побочных действий.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Курбанов Ш.Б., студент 705-группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 2-педиатрии, неонатологии и профдефектики детских болезней (зав. каф.- к.м.н. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: ассистент Абдураулов Ф.П.

Цель работы: Изучить спектр патологии репродуктивного здоровья девочек и пути реабилитации. **Материал и методы исследования:** Профилактические осмотры в колледжах и школах Самарканда 5982 девочек в возрасте от 11-16 лет за 2010-2015гг. выявили с патологией репродуктивной системы 4732(79,1). Структура патологии: альгодисменорея 2488 (41,5%) аменорея 343 (5,7%), дисменорея 851 (14,2), воспаление 1050(17,5%). У девочек с патологией репродуктивной системы выявлено отставание в росте в среднем на $12,7 \pm 0,7$ см. Вторичные половые признаки не соответствовали возрасту наиболее значительные у девочек с аменореей - это развитие молочных желез (Мо), рост волос в подмышечной (Ао) пубертатной (Ро) зонах. В патологии репродуктивной системы отягощающей патологией было глистная инвазия 64,2%, органов пищеварения: гастриты, дуодениты, дискинезии желчевыводящих путей, дисбактериозы. 61,2%, анемии 55,2%, щитовидной железы в 47,8% случаях. **Результаты:** Установлено, что содержание ТТГ в сыворотке крови у девушек контрольной группы показало $2,3 \pm 0,04$ МЕ/л., а у девочек с патологией $3,2 \pm 0,03$ МЕ/л.; T_3 в контрольной группе $2,8 \pm 0,8$ нмоль/л, а у больных до $1,8 \pm 0,8$ нмоль/л, T_4 - 110 ± 12 нмоль/л в контрольной группе, а у больных 72 ± 8 нмоль/л. Содержание ЛГ до овуляции возрастает от 2 до 6,6 нмоль/л, ФСГ - от 3,2 до 4,5 нмоль/л. Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием T_4 в крови и ЛГ, а между ТТГ и ЛГ - обратная связь. **Выводы:** Таким образом, «Завуалированные» симптомы недостаточности щитовидной железы часто вовремя не распознаются врачами, а имеющиеся жалобы на прекращение менструаций, нарушения менструального цикла у девочек и бесплодие в будущем. Ранняя диагностика и адекватное лечение гипотиреоза обусловит улучшение общего состояния, исчезновение жалоб и клинических проявлений тиреоидной недостаточности, а также нарушений со стороны репродуктивной системы.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Лим М.В., ассистент кафедры педиатрии №1, Кодирова Ш.С., резидент магистратуры, Ильясова С., студентка 309 группы stom. факультета СФ ТашСИ, Азимова О.Т., студентка 701 группы леч. факультета ТМА, Узокова М.Ф., резидент магистратуры Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. - профессор Шавазы Н.М.)

Научные руководители: профессор Шавазы Н.М., доцент Закирова Б.И.

Острые обструктивные состояния у детей часто протекают тяжело, сопровождаясь бронхообструкцией и признаками ДН, являющихся наиболее драматичной ситуацией в детском возрасте, требующей неотложной помощи. При этом эффективность терапии во многом зависит от адекватности выбора лекарственного препарата и способа доставки его в дыхательные пути. Именно оптимальный выбор способа доставки в зависимости от клинического состояния и возраста больного влияет на эффективность лечения этой категории пациентов. В современной медицине, для лечения болезней органов дыхания, более широко стали использовать ингаляционную терапию, что возможно в связи с внедрением ингаляторов. **Цель работы:** Оценка эффективности небулайзерной терапии у больных детей с различными формами острого бронхообструктивного синдрома и разработка алгоритма дифференцированного подхода к лечению с использованием ингаляционных препаратов различных фармакологических групп. **Материал и методы исследования:** Клинически наблюдали за 38 больными детьми раннего возраста с БОС (острый обструктивный бронхит, бронхиолит, бронхолит, острый ларинготрахеит), поступившие в отделения экстренной педиатрии. В 1-ю группу вошли 12 больных детей, находящихся на традиционном лечении, во 2-ю - 26 ребенка, получавшие небулайзерную терапию в виде 3% натрия хлорида. **Результаты:** Анализ детей с бронхообструктивным синдромом показал, что у 21 (55,3%) детей в анамнезе имелись сопутствующие проявления аллергии: аллергодерматит на пищевые аллергены у 9 (23,7%) ребенка, на лекарственные аллергены у 5 (13,1%) пациентов. У 3 (7,3) больных имелись сочетанные проявления аллергии. До 1 года аллергические реакции возникли у 6 детей. БОС впервые отмечался у детей: на 1 году жизни - у 26 (68,4%) обследованных, от 1 года до 3 лет - у 12 (31,6%). БОС впервые возник на фоне вирусной инфекции при остром ларинготрахеите у 19 (50,0%) пациентов, при бронхиолите - у 12 (31,6%) больных и при остром обструктивном бронхите - у 7 (18,4 %). Для лечения ООБ использовалась небулайзерная терапия, остром обструктивном бронхите - распыляющая и доставляющая лекарственный препарат в дыхательные пути - в мелкие бронхи, бронхиолы и альвеолы. Применение небулайзерной терапии применялось независимо от возраста. Эффективность ингаляции определяла выраженность и быстроту наступления эффекта за короткий промежуток времени ($6,3 \pm 1,4$ мин). Небулайзерная терапия использовалась как в стационаре, так и рекомендована после выписки в домашних условиях обученным родителям. В наших исследованиях у 14 (37,5 %) больных 2-ой группы полностью восстановилась проходимость бронхов без побочных эффектов, чем у детей получавших традиционную терапию. У больных 2 группы, появление аппетита, улучшение дыхания и исчезновение одышки наступало раньше. Эффективность такой те-

рапии проявилась сокращением длительности пребывания больных в стационаре, составив при этом у больных 2 группы $3,8 \pm 0,2$ койко-дней, тогда как у больных 1 группы, получавших общепринятое лечение - $4,9 \pm 0,8$ койко-дней. **Выводы:** Небулайзерная терапия более эффективна и является перспективным методом лечения органов дыхания и рекомендуется как мероприятие неотложной помощи для быстрого купирования и предотвращения развития стеноза у больных детей раннего возраста.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРЫХ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ

Лим М.В., асс. кафедры, Шулешко М.А., Алланазаров А.Б., Исаева Л.И., резиденты магистратуры, Фарходова Ю. студентка 211 группы леч. факультета, Ильясова С.Р., студентка 309 группы стом. фак. СФТашСИ, Кафедра педиатрии №1 СамМИ (зав. каф. - профессор Шавази Н.М.)

Научный руководитель: профессор Шавази Н.М.

Острые обструктивные состояния у детей раннего возраста, наиболее часто встречаются при остром бронхите. В неотложной педиатрии выявление группы риска детей по возникновению бронхообструктивного синдрома, могут в значительной мере способствовать оказанию адекватной помощи у больных. **Цель работы:** Выявить факторы риска в развитии бронхообструктивного синдрома при остром бронхите у детей раннего возраста. **Материал и методы исследования:** Изучены результаты клинико-anamnestического обследования 38 детей раннего возраста с острыми бронхитами. У больных проведен анализ ante-, intra- и постнатального периода, характера вскармливания, физического и нервно-психического развития, преморбидного фона, сопутствующих заболеваний. **Результаты:** Проведенный анализ показал, что у 34,2% матерей проходило осложненное течение беременности, у 36,7% матерей имели хронические заболевания (хронический тонзиллит, гайморит, хронический пиелонефрит). Лишь у 31,7% матерей течение родов было физиологичным, у остальных 68,3% патологическое течение родов. 91,7% детей родились доношенными, со средней массой при рождении от 2800,0 до 4100,0 грамм, длиной тела от 48 до 52 см. Недоношенными, с весом ниже 2500 родились 8,3% детей. Патология в неонатальном периоде в виде гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС и затянувшаяся желтуха, связанная с незрелостью имела у 5 детей. У 25% больных детей имела отягощенная наследственность по атопии (бронхиальная астма, атопический дерматит). Среди сопутствующих заболеваний у детей раннего возраста с БОС чаще выявлялись атопический дерматит и перинатальное поражение ЦНС (в 3 и 2,7 раз соответственно), рахит (21,7%), нарушение питания (у 31,7%). В 26,7% случаях БОС регистрирован на фоне анемии, нарушения питания, атопического дерматита. Почти у всех больных (93,3%) диагностирована анемия различной степени тяжести. 32 (53,3%) детей находились на естественном и 28 (46,7%) – на смешанном или искусственном вскармливании. Низкий процент грудного вскармливания может быть одним из предрасполагающих факторов для развития респираторной патологии у ребенка с первого года жизни, которая поддерживает длительное время гиперреактивность бронхов и, тем самым предрасполагает к возникновению бронхообструктивного синдрома. В анамнезе больных острыми респираторными заболеваниями вирусной этиологии на первом месяце жизни переболели 8 детей, причем в 2 раза чаще эти дети впоследствии болели ООБ. **Выводы:** Таким образом, при остром бронхите у детей, осложненного течения беременности и родов, сопутствующих заболеваний атопического дерматита, рахита высока вероятность развития у них обструктивного синдрома.

МОНИТОРИНГ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Мамаризаев И., студент 307 группы пед. факультета СамМИ
Курс пропедевтики детских болезней (зав. курс. - доц. Рабимова Д.Т.)
Научный руководитель: ассистент Маамутова Э.С.

Исследования последних лет показали, что качество питания ребенка первого года жизни оказывает влияние на уровень его физического развития, а также его здоровье в течение всей последующей жизни. Естественное вскармливание младенцев материнским молоком является идеальным видом питания, способным обеспечить оптимальное физическое развитие ребенка и адекватное состояние его здоровья. **Цель работы:** Установить влияние вида вскармливания на уровень физического развития детей. **Материал и методы исследования:** Нами проведен мониторинг роста и развития 76 здоровых детей (45 девочек и 31 мальчик) в возрасте от 9 месяцев до одного года. Для оценки состояния здоровья детей применялся опрос родителей и изучение медицинских карт развития ребенка (форма 112-У). При исследовании физического развития производили антропометрические измерения (длина (рост) и масса тела) и оценивали полученные результаты путем заполнения кривых роста и вычисления масса ростового индекса (МРИ). МРИ – это отношение веса ребенка в килограммах к квадрату длины (роста) в метрах. ($MPI = \frac{kg}{m^2}$). Отклонениями от нормы считались: дети с риском избыточного веса (стандартное отклонение (СО) = +1-+2), с избыточным весом (СО = +2-+3), с ожирением (СО = выше +3), а также с риском белково-энергетической недостаточности питания (БЭНП) (СО= -1 - -2), с БЭНП умеренной степени (СО= -2 - -3) и БЭНП тяжелой степени (СО = ниже -3). Наблюдаемые дети разделены на 2 группы: I группу составили 40 детей на грудном вскармливании, II группу – 36 детей, переведенных в ранние сроки на искусственное вскармливание. **Результаты:** Полученные нами данные выявили преобладание гармоничности физического развития как среди детей I, так и II групп (стандартное отклонение (СО) у этих детей = -1 - +1). Однако выявлены также и дети с дисгармоничным развитием, причем их количество больше во II группе 16 (44,5%), в сравнении с I группой - 13 (32,5%). Таким образом, в I группе, 32,5% детей с дисгармоничным уровнем физического развития составили: дети с риском избыточного веса – 4 (10%), с избыточным весом – 3 (7,5%) (СО = +2-+3). Кроме того риск белково-энергетической недостаточности питания (БЭНП) отмечался в этой группе у 4 (10%) детей (СО= -1 - -2), а с БЭНП умеренной степени у 2 (5%) (СО= -2 - -3). Во II группе, 44,5% детей с дисгармоничным уровнем физического развития составили дети с риском избыточного веса - 6 (16,7%) (СО = +1-+2); с избыточным весом - 5 (13,9%) (СО = +2-+3), а также дети с риском БЭНП – 3 (8,3%) (СО = -1 - -2), и с БЭНП умеренной степени – 2 (5,6%) (СО = -2 - -3). **Выводы:** При анализе полученных данных выявлено, что дети, находящиеся на искусственном вскармливании, развиваются менее гармонично, чем их сверстники, получающие грудное молоко. Кроме того выявлено, что значительное число детей в возрасте от 9 - 12 месяцев с риском избыточного веса и с избыточным весом, а также дети с риском БЭНП и БЭНП умеренной степени отлучаются от груди в первые 6 месяцев жизни. Причем, как показали исследования, ранний перевод на искусственное вскармливание больше влияет на развитие избыточного веса, чем БЭНП.

ЗАВИСИМОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Маматмуродов А., студент 308 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра пропедевтики детских болезней (зав. каф. - доц. Раббимова Д.Т.)
Научный руководитель: асс. Ачилова Ф.А.

Цель работы: Изучение влияния продолжительности грудного вскармливания на заболеваемость детей первых двух лет жизни и оценка сроков введения прикорма. **Материалы и методы исследования:** Было проведено анкетирование 47 женщин с детьми первых двух лет жизни находящихся на лечение в детском областном многопрофильном медицинском центре г. Самарканда. **Результаты:** Средний возраст женщин составил 28 лет (17–39). В первые 30 минут было приложено к груди 87% детей, 13% были приложены через сутки после рождения. Среднее время первого кормления грудью составило 20 мин. При анализе причин снижения лактации и прекращения грудного вскармливания удалось выявить следующие факторы: 16% матерей и детей пребывали в роддоме раздельно, гипогалактия наблюдалась у 19% мам, 13,5% мам имели отрицательный настрой, 8% – кормили младенцев по требованию. Средний возраст детей получивших первый прикорм составил 5,5 мес. Первым прикормом 37,8% детей получили соки, 35,2% – овощное пюре, 18,9% – фруктовое пюре, 8,1% – каши. В зависимости от длительности естественного вскармливания дети были разделены на 4 группы: 1-я группа детей, которые находились на грудном вскармливании только до 3 мес; 2-я группа – детей до 6 мес; 3-я группа до 9 мес; 4-я группа – дети, получавшие грудное молоко после одного года. Проведенный анализ данных показал, что самый высокий процент заболеваемости приходился на детей 1-й группы – 54% детей перенесли инфекционно-воспалительные заболевания на 1-м и 58% на 2-м году жизни, во 2-й группе – 50 и 52% соответственно, в 3-й группе – 40% и 45%, в 4-й группе – 37 и 37% соответственно. **Выводы:** Несмотря на добившиеся успехи по внедрению программы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Госпиталь, доброжелательный к ребенку» в позиции раннего прикладывания –87%, остается проблема сохранения лактации у матерей и удлинения продолжительности естественного вскармливания. Длительное кормление грудью значительно сокращает заболеваемость детей. Анализ введения прикормов показал, что существуют определенные различия во врачебной практике по методике введения прикорма. В настоящее время наши рекомендации по введению прикорма у младенцев ориентируют на дифференцированное введение блюд прикорма: детям с повышенным питанием рекомендовано первым блюдом – овощное пюре, детям с тенденцией к пониженному питанию – безглютеновые каши. Проведенные исследования, показали преимущество назначения безглютеновых каш как профилаксирующих аллергические проявления при введении прикорма.

НАРУШЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «А»

Маматмусаева Ф.Ш., ТМА, Узбекистан

Вирусный гепатит А (ВГА) является одной из актуальных проблем мирового здравоохранения, прежде всего, это связано с высоким уровнем распространения этой инфекции. Среди всех острых вирусных гепатитов на долю ВГА приходится более 50% случаев, в Узбекистане этот показатель составляет 90%. **Цель исследования:** Изучить изменения моторной функции билиарной системы у детей – реконвалесцентов вирусный гепатит А (рВГА) и оценить эффективность применения немедикаментозных и медикаментозных методов лечения. **Материал и методы исследования:** Клиническая часть исследования проводилась в период 2009-2014 г.г. на базе детского объединения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, детского инфекционного отделения 3-клиники Ташкентской Медицинской Академии. В исследование было включено 60 детей рВГА с патологией желчевыводящих путей. Всем детям проводилось дуоденальное зондирование по общепринятой методике. При проведении дуоденального зондирования исследовался тонус сфинктеров Одди и Люткенса, а также тонус желчного пузыря. В качестве контроля использовали аналогичные показатели 20 детей рВГА без патологии желчевыводящих путей и 10 практически здоровых детей. В зависимости от получаемого метода лечения дети основной группы были распределены на 3 группы: 1 группу составили 20 больных рВГА, получавших только диетотерапию (диета №5 по Певзнеру); 2 группа – 20 больных рВГА, на фоне диетотерапии получавшие физиотерапевтическое лечение (электрофорез с раствором сульфата магния); 3 группа – 20 больных рВГА, получавших диетотерапию, физиотерапевтическое лечение и препарат Фосфоглив. Фосфоглив назначался по следующей схеме: в течение 10 дней – внутривенно струйно, затем перорально из следующей расчета: детям до 3 лет – по ½ капсулы 3 раза в сутки, от 3 до 7 лет – по 1 капсуле 3 раза в сутки, старше 7 лет – по 2 капсулы 2-3 раза в сутки. Длительность курса лечения капсульной формой составляла в среднем 14 дней. У детей, перенесших ВГА отмечались разнонаправленные нарушения функции билиарного тракта. Так, для детей – рВГА были характерны следующие нарушения: гипертонус сфинктера Одди, гипотонус сфинктера Люткенса, а также гипокинетический тип расстройств функции желчного пузыря. У детей рВГА назначение только диетотерапии оказывало в ряде случаев определенный эффект. Так, у более чем трети больных (35±10,9%) удалось нормализовать тонус сфинктера Одди. Однако, диетотерапия изолированно не оказывала заметного влияния на другие функциональные показатели. Эффективность лечения на 2-группе оказалось несколько выше. Так, у детей рВГА – тонус сфинктера Одди нормализовался в 55% случаев, сфинктера Люткенса – в 15% случаев, а тонус желчного пузыря – у 40% детей. На 3-группе был получен абсолютный эффект в отношении всех трех показателей. **Выводы:** У детей, перенесших ВГА, наблюдаются разнонаправленные изменения функций билиарного тракта. Сочетание диетотерапии, немедикаментозных (физиотерапия) и медикаментозных (Фосфоглив) вмешательств способствует полной нормализации функции билиарного тракта у всех детей, перенесших ВГА. Это позволяет рекомендовать данный комплекс вмешательств как оптимальный подход в реабилитации детей, перенесших вирусные гепатиты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВИДЕО-ЭЭГ МОНИТОРИНГА И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПАРОКСИЗМАМИ

Махатов С., Абдусаломова М., резиденты магистратуры
Кафедра неврология, нейрохирургия, травматология и ортопедия, СамМИ (зав. каф: проф. Джурабекова А.Т)
Научный руководитель: Ниязов Ш.Т.

Эпилепсия - пароксизмальное расстройство, обусловленное патологическими нейрональными разрядами. Эпилепсия - пароксизмальное расстройство, обусловленное патологическими нейрональными разрядами. Распространенность эпилепсии в популяции достигает 1%. Заболеваемость эпилепсией составляет от 41 до 83 случаев на 100 000 детского населения, с максимумом среди детей первого года жизни - от 199 до 233 случаев на 100 000. **Цель работы:** Изучить результаты

исследования видео-ЭЭГ мониторинга и лечения детей с эпилептическими пароксизмами. **Материал и методы исследования.** Было обследовано 60 детей в возрасте от 1 года до 12 лет, из них - 39,8% девочки и 60,2% мальчиков. Всем больным были проведены неврологический осмотр, видео-ЭЭГ мониторинг. **Результаты:** При эпилепсии во сне чаще выявлялись эпилептиформные очаговые изменения с вторичной генерализацией - у 24,54% детей, причем у 65% из них отмечались мультифокальные изменения, у 17,5% детей очаг располагался в левом полушарии, преимущественно в лобно-височных областях, у 12,5% детей очаг располагался в правом полушарии также преимущественно в лобно-височных областях, у 5% детей очаг располагался в лобной области правого и левого полушарий головного мозга. Очаговые изменения с вторичной генерализацией во время бодрствования выявлены у 6,75% больных, очаги в левом и правом полушарии обнаружены примерно с одинаковой частотой в левом и правом полушариях в лобных и височных областях. Эпилептиформные очаговые изменения без вторичной генерализации выявлены у 39,26% больных, несколько чаще они отмечались в левом полушарии, чем в правом, по частоте локализации очага преобладали лобная и височная области, реже теменная и затылочная. После уточнения диагноза проведена коррекция лечения у 88,96 детей с эпилептическими пароксизмами: назначение противоэпилептического препарата (40,49%), замена противоэпилептического препарата (25,15%), увеличение дозы (15,95%), снижение дозы препарата (3,07%), отмена противоэпилептического препарата (1,84%), лечение без противоэпилептических препаратов (2,45%). Лечение не менялось только у 11,04% больных. Анализ результатов лечения детей с эпилептическими пароксизмами показал, что ремиссия припадков наблюдалась у 32,52% больных, урежение приступов - у 38,04% больных, улучшение когнитивных функций и нормализация ЭЭГ без урежения припадков - у 15,34%, лечение оказалось неэффективным у 14,11% больных. Таким образом, после уточнения диагноза и коррекции лечения его эффективность возросла по клиническим данным у 70,55% детей. **Выводы:** Анализ результатов лечения детей с эпилептическими пароксизмами показал, что ремиссия припадков наблюдалась у 32,52% больных, урежение приступов - у 38,04% больных, улучшение когнитивных функций и нормализация ЭЭГ без урежения припадков - у 15,34%, лечение оказалось неэффективным у 14,11% больных. Таким образом, после уточнения диагноза и коррекции лечения его эффективность возросла по клиническим данным у 70,55% детей.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ С УЧЕТОМ ЕЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ

Мацей Т.Ю., Хильчевская В.С., Колубакина Л.В.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Безруков Л.А.

Известно, что тяжелая бронхиальная астма (БА) является определенным фенотипом заболевания с неблагоприятным течением, сложно поддающимся лечению. Согласно современным исследованиям, весомой причиной недостаточного контроля тяжелой БА у детей является ее фенотипическая неоднородность, в частности, по возрасту дебюта (астма раннего и позднего начала), характеру воспаления бронхов (эозинофильный и неэозинофильный), скорости обструкции бронхов (торпидная и лабильная обструкция), ответу на базисную терапию (стероид-чувствительная и резистентная БА). **Цель работы:** Изучение фенотипической неоднородности тяжелой БА у детей путем кластерного анализа с целью повышения эффективности базисной терапии. **Материал и методы исследования:** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы города Черновцы обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей БА. Диагноз заболевания и его тяжесть верифицировали на основании действующих национальных и международных регламентирующих документов. Средний возраст детей составил $12,6 \pm 0,43$ года, средняя продолжительность заболевания была $8,0 \pm 0,48$ года. Формирующими признаками кластерного анализа считались клинико-anamnestические показатели (тяжесть состояния в первый день обострения, продолжительность болезни, генеалогический индекс по atopическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения, маркеры воспалительного процесса бронхов (содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте), показатели atopической реактивности (содержание общего Ig E и интерлейкина-5 в крови и результаты кожных алерготестов с небактериальными алергенами), данные неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов, провокационной дозы гистамина и дозозависимой кривой) и тип ацетилирования. **Результаты:** На основе результатов кластерного анализа клинико-параclinical показателей больных детей удалось выделить три кластерные подгруппы. У 24 детей (I кластер), больных тяжелой эозинофильной астмой «позднего начала» с быстрым типом ацетилирования, отмечено достаточный контроль течения под влиянием базисной противовоспалительной терапии, регламентированной версиями GINA. У 10 детей (II кластер), больных тяжелой неэозинофильной БА «раннего начала» и медленным типом ацетилирования, наблюдалась недостаточная эффективность базисной терапии, что обосновывает ее проведение в соответствии с рекомендациями «ступенька вверх». Особенностью терапии 23 пациентов (III кластер), подверженных тяжелым обострениям заболевания с признаками atopии, выразительным эозинофильным характером воспаления, высокой гипервосприимчивостью бронхов, является длительное использование системных ГКС в возрастных терапевтических дозах. **Выводы:** Таким образом, на основании кластерного анализа в группе детей с тяжелым течением БА выделены подгруппы пациентов с разным контролем симптомов заболевания и тяжести приступов, что позволяет индивидуализировать базисную противовоспалительную терапию.

ОЦЕНКА И ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Мехроджева Ш., Бобоева Ш., студентки 710 группы, пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №4 (зав. каф. - доцент Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: и.о. доцента Ибатов Ш.М.

Цель работы: Оценка и изучение факторов риска развития рахита у детей в условиях семейной поликлиники. **Материал и методы исследования:** Обследованы 49 детей, больных рахитом на базе семейной поликлиники № 2 г. Самарканда, которые были сгруппированы следующим образом: в возрасте от 1 до 3-х мес. - 9 детей (18,4%), от 4 до 6 мес. - 15 (30,6%), от 7 до 9 мес. - 12 (24,5%), от 10 до 12 мес. - 13 (26,5%). I-я степень заболевания диагностирована у 23 (47%), а II-я степень у 26 (53%) детей. Из них 9 детей (18,4%) находились на грудном, 15 (30,6%) на смешанном и 25 (51%) на искусственном вскармливании. Чаще всего рахит развивался у детей, родившихся от матерей (моложе 18 лет) и женщин старше 35 лет. **Результаты:** Установлено, что существенное значение в развитии данного заболевания имели следующие факторы:

рахит преимущественно развивался у детей: матери, которых во время беременности не получали препараты витамина Д, недоношенные дети, дети с синдромом мальабсорбции, дети, матери которых имели экстрагенитальные заболевания и получали несбалансированное питание, дети получающие противосудорожные препараты, дети, находящиеся на смешанном и искусственном вскармливании и у часто болеющих детей. **Выводы:** Таким образом, проведена оценка выявлены факторы, способствующие развитию рахита, особенности антенатального развития детей, характера вскармливания ипогрешностей в нем, установлены социальные факторы, влияющие на развитие заболевания. Совершенствование санитарно-просветительной работы среди населения по повышению медицинской грамотности, разработка вопросов по рациональному питанию детей и систематическое повышение квалификации медицинского персонала семейных поликлиник будут способствовать снижению заболеваемости детей.

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ПОДРОСТКАМИ: ЧАСТОТА, МОТИВАЦИИ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Мещерякова М.В., студентка 304 гр. лечебно-профилактического факультета УГМУ
Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП (зав. каф. – профессор Царькова С.А.)
Научный руководитель - профессор Царькова С.А.

Цель работы: Установить мотивации и гендерные особенности ПТИ подростками, сравнить частоту ПТИ среди подростков, занятых в спортивных секциях и кружках, и не посещающих дополнительные занятия. **Материал и методы исследования:** После информированного согласия проведено анонимное сплошное медико-социологическое исследование - анонимное анкетирование 96-ти подростков 16-17-ти лет (юношей - 41, девушек - 55), учащихся трёх одиннадцатых классов школы № 46 г. Сургут. Анкета включала 10 вопросов. Статистическая обработка осуществлена методами углового преобразования Фишера (φ) и Манна-Уитни (U). Статистически значимыми считали принятые для медико-социологических исследований различия при $p < 0,01$. **Результаты:** ПТИ подростками 16-17-ти лет в целом составила 23,0% (юноши - 32%, девушки - 18%; $\Psi = 1,53$; $p > 0,01$). Регулярно курящих юношей было больше, чем девушек (20% и 1%, соответственно; $\Psi = 3,13$; $p < 0,01$). Признаки табачной зависимости (ПТИ для удовольствия или снятия стресса) установлены у 7% девушек и 26% юношей ($\Psi = 2,62$; $p < 0,01$). У юношей установлен более ранний возраст первого эпизода ПТИ, чем у девушек (юноши: Me = 13 лет (мин. = 7 лет, макс. = 17 лет); девушки: Me = 14 лет (мин. = 12 лет, макс. = 17 лет); $U = 40,5$; $p = 0,004$), и больший удельный вес продолжающих эпизодически или регулярно курить после первого эпизода ПТИ (юноши - 100%; девушки - 55,5%; $\Psi = 3,13$; $p < 0,01$). Частота ПТИ родителями в семьях анкетированных подростков составила 34,4% (курение только отца в 26%, курение только матери в 3%, курение обоих родителей в 5%). В семьях, где курят родители (хотя бы один из них), курящих подростков зарегистрировано достоверно больше, чем у некурящих родителей (36% и 13%, соответственно; $\Psi = 3,13$; $p < 0,01$). Не установлено достоверных различий удельного веса дополнительных занятиям занимающихся в спортивных секциях, кружках, музыкальной школе среди курящих и некурящих подростков (83% и 85%, соответственно; $\Psi = 0,37$; $p > 0,01$). **Выводы:** Анкетирование позволило установить частоту ПТИ подростками в исследуемой группе и её гендерные различия, большую приверженность к курению с формированием табачной зависимости и более ранним дебютом ПТИ у юношей. В результате исследования не установлено влияние дополнительных занятий (спортивных секции, кружки, музыкальная школа) на формирование здорового образа жизни, что противоречит привычному представлению родителей. Следовательно, посещение дополнительных занятий не снижает риск возникновения табачной зависимости у подростков. Дети курящих родителей составляют группу риска по формированию табачной зависимости и являются объектом для осуществления первичной профилактики ПТИ.

ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Михайлова Л.Р., студентка 9401 группы ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ»
Кафедра экономической теории и социальной работы (зав. каф. - д. экон. н. Максимова М.Н.)
Научные руководители: д.экон.н., проф. Максимова М.Н., к.м.н. Плакшина Л.В.

Цель работы: Изучить организацию и оказание медико-социальной помощи детям в Республике Татарстан (РТ). **Материал и методы исследования:** Проанализировано медико-социальное сопровождение детей и подростков в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Детской республиканской клинической больнице Министерства здравоохранения РТ» (ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»). **Результаты:** В РФ в 1999 г. впервые в структуру детских амбулаторно-поликлинических учреждений было введено отделение медико-социальной помощи, однако до настоящего времени такие отделения или отсутствуют вовсе, или их функционирование нельзя признать достаточно эффективными. Оптимизация медико-социального сопровождения детского населения может уже в краткосрочной перспективе способствовать улучшению состояния здоровья детей. Внедрение эффективных механизмов медико-социального сопровождения детского населения в первичном звене здравоохранения - актуальная задача здравоохранения РФ. По поручению Президента РТ на базе ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» реализуется пилотный проект трехуровневой модели медико-социальной помощи детям и подросткам для снижения заболеваемости, профилактики безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с детьми, смертности, «рискованных форм поведения и улучшения качества жизни детей. 1 уровень (детские поликлиники, травмпункты, фельдшерско-акушерские пункты): - ранее выявление детей в трудной жизненной ситуации (ТЖС); - формирование индивидуальной маршрутизации в рамках межведомственного взаимодействия. 2 уровень (центральные районные больницы, лечебно-профилактические учреждения, городские поликлиники, функционирующие как межмуниципальные центры): - формирование территориальной, электронной, документальной маршрутизации пациентов в ТЖС на межведомственном уровне; - оказание специализированной медицинской, социально-психологической, правовой помощи. 3 уровень (Центр медико-социальной помощи «Ышаныч»): - координация работы на каждом этапе трехуровневой системы; - мониторинг состояния физического и социального здоровья детей; - организационно-методическое руководство; - консультативно-диагностическая помощь. Медико-социальная помощь базируется на трех принципах: гуманности, альтруизма и заботы. Принципы - основа и объединяющий фактор двух профессий: медицинского работника и специалиста по социальной работе. Активные участники проекта - специалисты по социальной работе в отделении медико-социальной помощи детям и подросткам «Ышаныч». Данная модель позволяет оперативно реагировать и эффективно действовать при обращении пациентов в отделение медико-социальной помощи детям и подросткам. **Выводы:** Таким образом, введение трехуровневой модели медико-социальной помощи способствует решению таких острых проблем как рост неполных семей, распространение семейного неблагополучия, жестокого обращения с детьми, отказа матери от ребенка, смертности детей.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ

Михеева Т.Н., аспирант кафедры педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины БГМУ
Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. - д.м.н. Нечитайло Ю.Н.)
Научный руководитель: проф., д.м.н. Нечитайло Ю.Н.

В основе гастродуоденитов лежит нарушение кровообеспечения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Коственно состояние циркуляции этой зоны мы оцениваем по цвету слизистой оболочки по изменениям при биопсии. В то же время состояние микроциркуляторного русла желудочно-кишечного тракта имеют высокую коррелятивную связь с другими участками человеческого тела – слизистой оболочки рта, бульбарной конъюнктивы, ногтевого ложа. **Цель работы:** Оценить состояние капилляров ногтевого ложа у детей школьного возраста с хроническими гастродуоденитами. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 60 детей (которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении городской детской клинической больницы г. Черновцы) с хроническими гастродуоденитами в фазе обострения и 60 здоровых детей (группа сравнения). Соотношение мальчиков и девочек было 1:1, средний возраст их составлял $13,6 \pm 0,12$. Состояние капилляров ногтевого ложа изучали с помощью цифрового микроскопа с 400-кратным увеличением. Проводилась оценка состояния артериол, венул и капилляров, околокапиллярной зоны. **Результаты:** У всех детей с хроническими гастродуоденитами были выявлены следующие изменения: патологическая извивистость капилляров, спазм и увеличение калибра капилляров, замедление кровотока, феномен "сладжирования"; у некоторых детей наблюдались бледность, отек и кровоизлияния в околокапиллярной зоне. В группе сравнения только у двух детей наблюдали извивистость и спазм капилляров. Результаты биомикроскопии имели достоверные коррелятивные связи с макроскопической оценкой слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также, с клиническими проявлениями хронических гастродуоденитов у детей. **Выводы:** Вышеуказанные изменения микроциркуляции сосудов ногтевого ложа у детей с хроническими гастродуоденитами являются ранним признаком отражающим заболевания желудка и двенадцати-перстной кишки.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ

Михеева Т.Н. аспирант кафедры педиатрии, БГМУ
Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. д.м.н. Нечитайло Ю.Н.)
Научный руководитель: проф. - Нечитайло Ю.Н.

Гастродуоденальная патология занимает ведущее место в структуре заболеваемости детей как в Украине, так и в мире. **Цель работы:** Оценить пробу Руфье у детей школьного возраста с хроническими гастродуоденитами. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 80 детей школьного возраста, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении городской детской клинической больницы г. Черновцы. Средний возраст детей составлял $12,2 \pm 0,02$ лет. Соотношение мальчиков к девочкам было 1:1. Детей разделили на две группы по 40 детей: основную (с хроническими гастродуоденитами) и контрольную (с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта). Были использованы такие методы исследования: антропометрические, клинические, инструментальные и статистические. **Результаты:** При оценке пробы Руфье использовали значение частоты сердечных сокращений в различные временные периоды восстановления после физических нагрузок. У 8 детей из основной группы наблюдалась пониженная толерантность к физической нагрузке, у 21 ребенка был удовлетворительный уровень, у 14 детей - хороший уровень и только у 2 детей - отличный. У 1 ребенка из контрольной группы наблюдался плохой уровень толерантности к физической нагрузке, у 13 детей был удовлетворительный уровень, у 25 детей - хороший уровень и у 6 детей - отличный. **Выводы:** При оценке индекса Руфье у детей основной группы по сравнению с детьми из контрольной группы было больше показателей с плохим и удовлетворительным уровнем толерантности к физической нагрузке, что связано с наличием у них органической патологии пищеварительного тракта и с особенностями вегетативной дисрегуляции.

ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Муродова М.Д., резидент магистратуры 1 года обучения СамМИ
Кафедра 2-педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. кафедрой: к.м.н. доц. Юлдашев Б.А.)
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Каримова Н.А.

Цель работы: Особенности структуры эндокринной патологии в практике семейного врача. **Материалы и методы исследования:** На базе городской семейной поликлиники №2 Самарканда проведен профилактический осмотр эндокринологом 1121 больных за 2010-2015гг. **Результаты:** Из этого числа наибольшее количество больных 54% (606) составили пациенты с зобом 2-3 степени, выявленные впервые при диспансеризации. Преимущественно болеют зобом девочки (178) в возрасте от 5 до 18 лет, по сравнению с мальчиками (55) в 3,2 раза больше. Женщины в возрасте от 19 до 30 лет - (210), а мужчин (39) в 5,3 меньше; а возраст 30-45лет - 82 женщины в 5,4 чаще мужчин, старше 45 лет- 13 женщин и 3 мужчин, что составило в сумме 483 больных женского пола, т.е. 79%. На втором месте по частоте 24,4% составили больные гипотиреозом-274, 215 больных дети в возрасте от 1-18 лет. Гипотиреоз с одинаковой частотой встречается как среди девочек(109), так и мальчиков(106). В возрасте до 5лет преимущественно болеют мальчики-31 по сравнению с девочками 9, т.е. в 3,4 раза чаще. В пубертатном возрасте гипофункция щитовидной железы с одинаковой частотой поражает как мальчиков -78, так и девочек-79. Таким образом, с патологией щитовидной железы-78,5 пациентов. Наиболее тяжелой патологией для лечения представляют больные сахарным диабетом 2-типа 240, все больные состояли на диспансерном учете, преимущественное поражение женщин-148 по сравнению с мужчинами-92. Однако в возрасте от 40-60 лет сравниваются как мужчин так(51) и женщин(57), в более старшем возрасте от 60 до 80 лет мужчины -50 и преобладают женщины-75. Сахарным диабетом 1-типа составили 25 больных в возрасте от 5-18 лет, девочек-13, мальчиков-12. При обследовании 33 мальчиков с ожирением установлен гипогонадизм и у 20 мальчиков гиперпролактинемия. **Выводы:** 1.Таким образом в практике семейного врача превалирует патология щитовидной железы 54% больных составили больные с зобом девочки в 3,2 раза чаще мальчиков и 5,3 женщины чаще мужчин в возрасте 30-45лет. 2.Больные гипотиреозом составили 24,4%,с одинаковой частотой у мальчиков и девочек в пубертатном возрасте, а в возрасте до 5лет преимущественно мальчики в 3,4 раза чаще. 3.В регионе йод дефицита патология щитовидной железы нарушает физическое и половое развитие, что предотвращается при нормализации потребления йода. 4.Показатели умственного развития (IQ) новая причина = в популяции, живущей в регионе на 10-15% ниже таковых в зонах без дефицита йода. Основная причина - влияние дефицита йода на развитие нервной системы в ранние сроки беременности и в перинатальном периоде.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И МЕТОБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

Мухамедназарова Н.Ш., студентка 419 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. – доц. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: асс. Тураева Н.О.

Цель работы: Изучение состояния ферментов антиоксидантной системы и метоболизма пуринов у детей раннего возраста при пневмониях на фоне аллергического диатеза. **Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 66 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, из которых: I группу составили 35 детей, больные пневмонией, неотягощенным преморбидным фоном, II-группа дети, больные пневмонией на фоне аллергического диатеза (31 детей). В анамнезе у всех больных дети часто повторяющиеся ОРВИ, появления экссудативного диатеза или пищевая медикаментозная аллергия, эозинофилия крови. Определение уровня конъюгатов в мембранах эритроцитов проводилось по методу И.Л. Стальной и соавт. (1977), состояние антиоксидантной системы (АОС) оценивались на основании показателей ферментов каталазы и мочевой кислоты и креатинина, как конечных продуктов метаболизма пуринов в организме ребенка проводилось унифицированным методом Мюллера-Зейфферата. Специальные биохимические исследования проводилось в биохимической лаборатории СамГУ. **Результаты:** Данные исследования показали, что у детей установлено избыточное накопление продуктов ПОЛ, о чем свидетельствовало повышения содержания в эритроцитах начального продукта-диеновых конъюгатов (ДК)- $17,2 \pm 0,76$ ммоль/л ($P < 0,001$). Уровень ферментов каталазы и пероксидазы у детей, больных пневмонией снижался до $103,2 \pm$ ммоль/мл мин ($P < 0,001$) и $31,3 \pm 1,8$ ммоль/мл мин ($P < 0,001$), а у больных пневмонией на фоне аллергического диатеза ещё ниже $81,1 \pm$ ммоль/мл мин ($P < 0,05$) и $19,7 \pm$ ммоль/л мин. ($P < 0,01$) соответственно, по сравнению с первой группой обследованных детей. У здоровых детей показатель мочевины в среднем составили $3,27 \pm 0,17$ ммоль/л, у детей больных пневмонией $9,4 \pm 0,21$ ммоль/мл мин ($P < 0,001$) и у детей с пневмонией на фоне аллергического диатеза увеличивался в несколько раз по сравнению со здоровыми детьми, достигая $19,9 \pm 0,47$ ммоль/мл мин ($P < 0,001$). Такая же тенденция наблюдалась и при изучении содержания креатинина в сыворотке крови и изменения мочевой кислоты. **Выводы:** Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что у больных с острой пневмонией происходит изменение в структурной организации клеточной мембраны, снижение активности ферментов антиоксидантной системы (АОС) и повышение показателей пуринового обмена. Особенно это выражено у больных детей на фоне аллергического диатеза. Повышение показателей пуринового обмена ещё усугубляет имеющийся дефицит ферментов АОС, что в свою очередь приводит к активации перекисного окисления липидов и дестабилизации клеточных мембран.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОМПЬЮТЕРНО-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ

Мухидова Г.Х., резидент магистратуры БухМИ по направлению «Морфология»

Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф.- проф. Тешаев Ш.Ж.)

Научный руководитель: профессор Тешаев Ш.Ж.

Цель работы: Изучение антропометрических параметров различных частей тела здоровых компьютерно-зависимых 13 летних подростков – мальчиков и сопоставить эти данные с параметрами здоровых компьютерно-независимых мальчиков этого возраста. **Материалы и методы исследования:** Исследование проводилось в школе №2 г. Бухары. Детей мальчиков (52) разделили на 2 группы: компьютерно-независимых (I- контрольная группа(20)) и подростки с высокой степенью компьютерной зависимости (II- группа(32)). Компьютерную зависимость подростков определили с помощью специальной анкеты, которую заполнили родители в школе. **Результаты:** Параметры физического развития у детей II –группы заметно отстаёт от данных компьютерно независимых детей. Рост мальчиков-подростков I-группы колеблется от 138 см до 162см, в среднем $-143,2 \pm 0,7$ см, масса тела – от 35 кг до 60 кг, в среднем- $43,5 \pm 0,7$ кг, а окружность грудной клетки варьировалась от 61см до 94см, в среднем – $78,0 \pm 0,95$ см. Рост мальчиков - подростков II - группы находился в пределах $-126-154$ см, в среднем- $138 \pm 0,98$ см, масса тела – от 23 кг до 40 кг, в среднем - $30,0 \pm 0,6$ кг, а окружность грудной клетки варьировалась от 60см до 95см, в среднем - $71,1 \pm 1,2$ см. У 18,8% подростков II - группы отмечается искривление позвоночника (сколиоз) направо. Длина верхней конечности с обеих сторон колеблется от 58см до 73см, в среднем - $66,5 \pm 0,53$ см, а длина нижней конечности варьировалась от 75см до 88 см, в среднем – $80,1 \pm 0,75$ см. По длине верхней и нижней конечности асимметрия не выявляется. А по окружности плеча, предплечья и пальцев кисти наблюдается отставание этих параметров с левой стороны (мышку держит правой рукой). С правой стороны отмечается «куполообразный» кисть с отведением мизинца в сторону. **Выводы:** Установлено, что компьютерная зависимость не только поражает функциональные системы человека, но и приводит к отставанию в физическом развитии молодого организма. Из-за нерегулярного питания, пропуска приемов пищи у них появляется гипотрофия. У компьютерно-зависимых подростков отмечаются асимметрия туловища из-за вынужденной позы перед компьютером с последующим переходом к сколиозу. У компьютерно-зависимых подростков наблюдается морфометрическое изменение верхней конечности, особенно правой кисти из-за управления компьютерной мышкой (с длительным перенапряжением мышц кисть получает вынужденную форму).

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Мухаметшина Г.И., студентка 609 группы пед. факультета УГМУ, Чехомова Д.В., врач-интерн УГМУ

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. каф. – профессор, д.м.н. Вахлова И.В.)

Научный руководитель: к.м.н, доцент Журавлёва Н.С.

Цель работы: определение взаимосвязи между клинико-лабораторными показателями у детей с хронической болезнью почек (ХБП) и степенью тяжести заболевания, выявление факторов, инициирующих развитие ХПБ у детей. **Материал и методы исследования:** Проанализировано 59 историй болезни пациентов педиатрического отделения № 3 ГБУЗ СО "ОДКБ №1" г. Екатеринбург. В работе проведена оценка данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования. В контрольную группу вошли 9 практически здоровых детей такого же возраста. **Результаты:** Средний возраст детей составил $10,4 \pm 4,9$ лет. Средняя продолжительность заболевания – $5,3 \pm 3,8$ лет. Минимальный возраст пациента с терминальной стадией ХПН – 1 год, максимальный – 17,8 лет. Средняя продолжительность болезни – $5,19 \pm 3,86$ лет. Среди всех пациентов с I, II, III, IV и V стадией заболевания наблюдалось 6, 16, 9, 5 и 23 человек соответственно. Пациенты с V степенью ХБП получают заместительную терапию – 10 детей на программном гемодиализе, 7- на перитонеальном диализе, у 6 пациентов функционирующий почечный аллотрансплантант. Все дети с ХБП (100%)

были рождены от матерей с течением беременности, осложненной угрозой прерывания беременности, гестозами различной степени, преимущественно в I и II триместрах, признаками фето-плацентарной недостаточности. Семейный анамнез по заболеваниям органов мочевой системы был отягощен у каждого второго ребенка (48%). При внешнем осмотре больных с наибольшей частотой встречались следующие внешние малые аномалии развития (ВМАР): голубые склеры (79%), атопические складки нижних век (72%), сандалевидная щель (71%), гипертелоризм глаз и сосков (68%), широкий наружный завиток ушной раковины (58%), искривление мизинца (31%), варусная девиация IV-V пальцев стоп (28%). У наблюдаемых пациентов, в отличие от контрольной группы, достоверно чаще обнаруживались аномалии развития со стороны органов мочевой, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем ($p < 0,005$). У всех детей с ХБП III-IV ст. отмечалось отставание в физическом и психомоторном развитии, артериальная гипертензия, анемия 1-3 ст., протеинурия, полиурия. Морфофункциональный статус у половины детей был дисгармоничный за счет дефицита массы тела. Наиболее часто ХБП развивалась на фоне рефлюкс-нефропатии (45,45%), кистозной дисплазии (20%) и гипоплазии почек (18,18%). У всех детей при поступлении для оценки тяжести состояния определялись следующие показатели: уровень креатинина и мочевины в сыворотке крови, протеинурия. Наиболее высокие уровни показателей креатинина и мочевины крови отмечались у детей, получавших заместительную почечную терапию (ЗПТ) ($535 \pm 443,97$, $\mu\text{моль/л}$, $36,6 \pm 27,61$ $\mu\text{моль/л}$ соответственно), минимальный уровень протеинурии в этой группе составил $0,2$ г/л, максимальный – 6 г/л, медиана – $0,65$ г/л. **Выводы:** 1. Развитие ХБП преимущественно происходит у детей, рожденных от женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, и сопровождается формированием ВМАР, являющихся проявлением эмбрионального дисморфогенеза. В большинстве случаев заболевание манифестирует у детей младшего школьного возраста. 2. У большинства детей развитие ХБП происходит на фоне рефлюкс-нефропатии, кистозной дисплазии и гипоплазии почек. Уровень лабораторных показателей прямо пропорционален степени тяжести почечной недостаточности. 3. ХПН, вне зависимости от степени тяжести, приводит к дисгармоничному физическому развитию более чем в половине случаев заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОПРОСОВ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Мухтарова М.М., Жамолова З.Ш., студентки 711 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра педиатрии №4 (зав. каф. - доц. Уралов Ш.М.)
Научный руководитель: и.о. доцента, Ибатов Ш.М.

Цель работы: Изучить проблемы, связанные с питанием у детей первых лет жизни в условиях семейной поликлиники. **Материал и методы исследования:** Обследовано 46 детей в условиях 2-ой семейной поликлиники г. Самарканда. При проведении мониторинга по росту и развитию у 18 детей определены нарушения физического развития (39,1%), а у 28 обследованных детей (60,9%) были определены проблемы, связанные с питанием. **Результаты:** Установлено недостаточное потребление детьми творога, сметаны, мяса говядины, яиц, овощей, фруктов. При этом самыми «нелюбимыми» продуктами у детей оказались овощи (26,2%), молочные каши (20%), молоко и молочнокислые продукты (16,5%). Дети предпочитают отдавать следующим продуктам: картофель, макароны, сосиски, котлеты, колбаса. Полученные результаты свидетельствуют о нерациональном питании детей. При оценке гармоничности развития оказалось, что 44,1% всех исследуемых детей находятся в интервале соответствия массы росту и возрасту. Выявлены дети с резко дисгармоничным развитием в сторону избытка массы тела (35,2%). При оценке ИМТ выявлено, что у 41% детей масса тела соответствует росту и возрасту, при этом у 29,3% детей наблюдается несоответствие массы тела росту в сторону избытка. У 31% детей показатель приходится на недостаток массы тела. **Выводы:** Таким образом, в связи с выявленными тенденциями в росте, развитии и питании детей необходима разработка путей оптимизации питания детей, включающая систему мероприятий по коррекции питания и своевременного применения профилактических комплексов с целью сохранения и укрепления здоровья детей раннего возраста.

ИЗУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Набиев А., Дилбарова М., студенты 710 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра педиатрии №4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)
Научный руководитель: доцент Язданов А.Я.

Цель работы: разработка дополнительных показаний для госпитализации больных детей раннего возраста с острой пневмонией. **Материалы и методы исследования:** Выявление дополнительных критериев к госпитализации проводились нами у 120 больных детей в возрасте от 3 мес. до 2-х лет, обратившихся в семейную поликлинику №2 г. Самарканда с острыми заболеваниями органов дыхания по специально разработанной на кафедре педиатрии №4 СамМИ карте-опроснику. **Результаты:** Согласно карте-опроснику нами изучены жалобы, клинико-anamnestические данные, проанализированы результаты лабораторно-инструментальных методов исследований, на основе которых разработаны дополнительные рекомендации по госпитализации больных детей раннего возраста с острой пневмонией. Если у детей имеется: учащение дыхания; втяжение межреберий; стонущее дыхание; цианоз носогубного треугольника; признаки токсикоза, их состояние расценивалось как тяжелое с большой вероятностью наличия пневмонии и подлежат госпитализации. Наличие фебрильной температуры в течение 1-2 дней при отсутствии вышеуказанных признаков, то его следует лечить на дому как больного ОРЗ без пневмонии. **Выводы:** Тщательное клинико-anamnestическое обследование больных способствует выявлению дополнительных критериев для госпитализации детей раннего возраста с острой пневмонией в стационар.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Неметова З., Юсупова Р., Алибаева Г., Жандильдина Д., резиденты 2-го года КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии №2 (зав. кафедрой - к.м.н., доцент Нурғалиева Ж.Ж.)
Научные руководители: ассистент Кисленко А.В., доцент Нурғалиева Ж.Ж.

В настоящее время значительно повысился потенциал лаборатории в результате внедрения новых технологий (иммунохимический метод, иммуноферментный анализ – ИФА, экспресс тесты), которые позволяют проводить определение биомаркеров не только в сыворотке крови, но и в других биологических материалах, в том числе и в кале. Выявление продуктов нейтрофильных гранулоцитов в фекалиях (в частности калыпротектина) говорит о воспалительной реак-

ции кишечника. Кальпротектин представляет собой гетеромерный белок, который находится в цитоплазме нейтрофилов, гранулоцитов. Молекула кальпротектина высвобождается при активировании нейтрофилов и играет центральную роль в иммунном ответе. Определение фекального кальпротектина широко используется для диагностики, оценки тяжести заболевания, мониторинга и контроля эффективности терапии. Кальпротектин выделяется в больших количествах с калом при повреждении слизистой оболочки кишечника, являясь маркером активности лейкоцитов в желудочно-кишечном тракте и может быть обнаружен даже в небольших (менее 1 г) количествах кала (A.G.Rosethetal., 1999). Изменения содержания кальпротектина обусловлены клинической активностью воспалительных заболеваний кишечника и тесно связаны с объемом поражения кишечника. На ряду с заболеваниями толстого и тонкого кишечника исследование кальпротектина так же может проводиться и при хеликобактер (*H. pylori*)-инфекции (в отдельных случаях наблюдается его резкое увеличение, как у взрослых, так и у детей). **Цель работы:** Выявить взаимосвязь между воспалением желудочно-кишечного тракта, вызванным *H. pylori* и уровнем белка кальпротектина в кале. **Материал и методы исследования:** Обследованы 57 детей и подростков: изучен анамнез жизни, карта развития ребенка. Проведено исследование при помощи скрининговых, не инвазивных экспресс тестов систем «Привент ИД» для качественного определения иммунологическим хроматографическим методом *H.pylori*(n=57) и кальпротектина (n=47) в кале. Тестовая кассета Привент ИД *H. pylori* содержит нанесенные антитела против *H.pylori*, которые связываются с присутствующей бактерией окрашиваются. Тестовая кассета Привент ИД Кальдетект 50/200 позволяет с помощью двух пограничных значений выявить воспалительные изменения в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ): ≥ 50 мг/г – свидетельство умеренного воспалительного процесса, >200 мг/г – выраженного воспаления ЖКТ. **Результаты:** На момент осмотра характерных жалоб патологии ЖКТ у обследованных не выявлено. Из анамнеза жизни и карты развития ребенка диспептических расстройств кишечника как инфекционного, так и не инфекционного генеза за последние 1,5-2 года не отмечено. У 82,5% детей обнаружен *H. pylori*. Воспалительный процесс в кишечнике (≥ 50 мг/г) экспресс методом был положителен у 55,3% детей, наличие выраженного воспаления (>200 мг/г) было у 19,2% детей. Наличие сочетания положительных результатов Привент ИД *H. pylori* и Привент ИД Кальдетект 50/200 было у 15 детей (31,9%), при этом у 66,7% детей имелось умеренное воспаление, у 20% – выраженное воспаление кишечника. **Выводы:** Кальпротектин является скрытым показателем воспалительного процесса в желудочно-кишечном тракте, в том числе и вызванном *H. pylori*. Определение уровня кальпротектина и *H. pylori* позволяет проводить качественный скрининговый мониторинг эффективности проводимой антихеликобактерной терапии без инвазивного вмешательства и предварительной подготовки больного.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛОВЫ И ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 11 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Норова М.Б., старший научный сотрудник-соискатель кафедры анатомии человека и ОХТА БухМИ
Научный консультант проф. Тешаев Ш.Ж.

Сахарный диабет у детей протекает относительно остро и без соответствующего лечения, как правило, приобретает тяжелое прогрессирующее течение. Такое развитие диабета у детей обусловлено интенсивным ростом организма ребёнка и соответственно усиленным обменом веществ. Течение сахарного диабета у детей зависит от возраста ребенка, в котором началось заболевание. **Цель работы:** Изучение антропометрических параметров головы и челюстно-лицевой области 11 летних здоровых детей и детей с сахарным диабетом. **Материал и методы исследования:** Исследования проводились в школе и в детском отделении областного эндокринологического диспансера. Полученные морфологические параметры изучались путём деления детей на 2 группы: 11 летние здоровые дети (I - группа), 11 летние дети с сахарным диабетом (II - группа). Для получения параметров лица и головы использовались клинический и антропометрический методы, с последующей статистической обработкой данных. **Результаты:** Исследования показали, что морфометрические параметры головы у детей с сахарным диабетом больше чем у здоровых. По нашему мнению это происходит из-за постоянного изменения уровня инсулина (гормонального статуса) в молодом организме, который повлияет на объём головного мозга. Параметры лица у здоровых детей больше чем у детей с сахарным диабетом. Это свидетельствует об отставании от развития костей лица и зубочелюстной системы при сахарном диабете. А полнота лица происходит из-за накопления жира и отёчности тканей этой области при данной патологии. Антропометрические параметры головы и челюстно-лицевой области у девочек больше, чем у мальчиков у обеих групп. Это свидетельствует об отставании морфометрических параметров головы и челюстно-лицевой области у мальчиков, по сравнению девочек находившихся в этом возрасте. Соотношение верхней, средней и нижних частей лица у девочек обеих групп более близки к закону золотой пропорции, по сравнению мальчиков. В I- группе соотношение параметров частей лица более соответствует к числу Фибоначчи или параметрам золотой пропорции по сравнению II-группы. Во второй группе размеры верхнего отрезка лица больше чем нижнего. Скуловой и нижнечелюстной диаметр (поперечные размеры лица) больше у детей II-группы, а продольные – у первой.

ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ - ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ГРИППА А (H1N1) У РЕБЕНКА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ)

Поспелова А.А., Швецов А.А., студенты 504 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПКиПП (зав. каф. – д.м.н. Царькова С.А.)
Научный руководитель: ассистент Баженова Ю.Л.

Цель работы: Провести анализ клинического случая вирусной пневмонии, ассоциированной гриппом А (H1N1) у ребенка с персистирующей ЦМВ – инфекцией и ДЦП. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ истории развития ребенка (форма №112/у) и история болезни стационарного больного (форма №003/у-80). **Результаты:** Девочка, 3 года. Поступила в приемное отделение ДГБ №11 с диагнозом: О. обструктивный бронхит. ДН I? О. пневмония? Органическое поражение ЦНС. ДЦП, атонически-астатическая форма. Псевдобульбарный синдром. Персистирующая герпетическая инфекция (ЦМВ, HHV 6 типа). Гипотрофия II. Из анамнеза жизни: с 8 месяцев постоянный субфебрилитет (37,0-37,5°C) с эпизодами повышения температуры тела до фебрильных цифр (39-40°C), сопровождающееся рвотой, плохо поддающийся коррекцией антипиретиками. В 10 месяцев -персистирующая ЦМВ-инфекция (ПЦР на ЦМВ отделяемого носоглотки и мочи, в крови ПЦР-отриц.). Методом ИФА - Jg M. Анамнеза заболевания: заболела остро, подъем температуры тела до 39°C. ЧД – 45 в мин., ЧСС-132 уд. в мин. Состояние тяжелое. Выраженный интоксикационный синдром, акроцианоз. Зев – гиперемия, лимфаденопатия. Одышка смешанного характера, сухой кашель. Физикальные данные: перкуторно

– ясный легочной звук, аускультативно – ослабление дыхания, единичные влажные хрипы в межлопаточной области справа. При поступлении ребенка в стационар проведено ПЦР исследование на респираторные вирусы – выделен грипп А (H1N1). В общем анализе крови лейкопения (L- $1,7 \times 10^9$), лимфоциты-28%, гранулоцитоз - 65%, моноциты-6%, СОЭ – 26 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ – 168 мг/л, АЛТ – 331ед/л, АСТ – 661ед/л, Re- графия ОГК – инфильтративные изменения в проекции SV справа. Учитывая клиническую картину и лабораторные данные в терапии – тамифлю (25мг 1,5 мл)×2раза в день, цефтриаксон 200мг×2раза в день, ингаляции с лазолваном 2,0 мл ×2раза в день. В течении суток состояние ребенка с отрицательной динамикой: нарастание дыхательной недостаточности, нарушения сознания (сопор), на фоне субфебрильной температуры, ребенок переведен в ОРИТ. В терапии – ингаляции увлажненного кислорода, инфузионная терапия (глюкозо – солевые растворы), комбинированная антибиотикотерапия (цефтриаксон +клацид). В течении последующих суток состояние ребенка с положительной динамикой – нормализация температуры, уменьшение тяжести дыхательной недостаточности (рСО₂-37,7мм рт. ст., рО₂-61,5мм рт. ст.). Ребенок переведен в соматическое отделение, выписан на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. В общем анализе крови сохраняется лейкопения (L- $3,3 \times 10^9$), лимфоциты-62%, гранулоциты-28%, моноциты-9%. Re- графия ОГК: Данных за пневмонию нет. **Выводы:** Таким образом, правильная тактика и рациональная антибактериальная терапия в сочетании с противовирусными препаратами приводит к быстрому разрешению пневмонического процесса, даже у детей с транзиторным иммунодефицитным состоянием и тяжелой органической патологии ЦНС. Поздняя диагностика и наличие персистирующей ЦМВ-инфекции привело к тяжелому течению заболевания (ДН II, ССВР).

ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Поторочина М.В., Колесникова А.А., студентки 320 группы леч. факультета

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Толмачев Д.А.

Цель работы: Изучить здоровье и образ жизни сельских школьников. **Материалы и методы исследования:** Проведено анкетирование 140 школьников 9-11 классов по разработанной нами анкете в селе Красногорское и селе Алнаши Удмуртской Республики РФ. **Результаты:** На основании проведенного социологического опроса выявлено, что школьники Красногорской средней образовательной школы (СОШ) оценивают свое здоровье на 7,9 баллов (по 10-балльной шкале). Из 70 человек утреннюю зарядку выполняют только 9%. По - мнению большинства школьников – 45%, родители заботятся об их здоровье. Учителя в 27,1% учат беречь и сохранить здоровье, но 10% учащихся считают, что учителям безразлично состояние их здоровья. 37,9% опрошенных считают, что школа не оказывает заметного влияния на здоровье учащихся. Значительное большинство опрошенных оценивают санитарно-гигиенические условия в школе и питание как удовлетворительные. Среди опрошенных 12,9% занимаются легкой атлетикой, 10,0% – волейболом, 7,9% – лыжным спортом, 5,7% – баскетболом, 2,9% – тяжелой атлетикой, танцами, боксом, каратэ, футболом – 2,1%, 20,9% человек спортом не занимаются. Семьи 12,9% учеников не соблюдают здоровый образ жизни. Школьники ответили, что 27,9% гуляют на свежем воздухе, 10,7% – соблюдают правильное питание, 8,5% катаются на велосипедах, лыжах, коньках и т.д. Ученики ложатся спать до 23:00 (40,7% человек). Из 70 человек 55% опрошенных не употребляют алкогольные напитки и 36,4% – энергетические напитки. Среди девочек 3 человека употребляют алкогольные напитки 1-2 раза в год, а 3 – 1-2 раза в месяц. Среди мальчиков, 3 употребляют алкогольные напитки – 1-2 раза в год, 3 – 1-2 раза в месяц и 2 – ежедневно. 3 мальчика употребляют энергетические напитки 1-2 раза в год, 4- 1-2 раза в месяц и 4 – ежедневно. 88,7% школьников не курят. Школьники Алнашской СОШ оценивают свое здоровье в среднем на 7,4 баллов (по 10-балльной шкале). Из 70 человек утреннюю зарядку выполняют только 6%. По - мнению большинства, 31,4% родители заботятся об их здоровье, а 20,0% учеников считают, что учителям безразлично их здоровье. 38,7% школьников считают, что школа не оказывает заметного влияния на их здоровье. Значительное большинство оценивают санитарно-гигиенические условия в школе и питание как удовлетворительные. Семьи 15% учеников не соблюдают здоровый образ жизни. 30,7% учеников ложатся спать до 23:00. Из 70 опрошенных школьников не употребляют алкогольные напитки 68% и 62% – энергетические напитки. 77% школьников не курят. Средняя кратность питания школьников в Красногорской и в Алнашской СОШ составляет 4 раза в день. Среднее время, затраченное для выполнения домашнего задания учениками Красногорской СОШ – 1,95 часов в день. Среднее время нахождения за компьютером - 2,3 часа в день. Среднее время, затраченное для выполнения домашнего задания учениками Алнашской СОШ – 2,55 часов в день. Среднее время за компьютером – 2,15 часов в день. **Выводы:** Проведенный анализ, свидетельствует о том, что здоровье и образ жизни школьников села Красногорского и села Алнаши отличается незначительно. Наибольшее количество школьников считают, что школа не оказывает заметного влияния на здоровье. Значительная часть школьников не соблюдает принципы здорового образа жизни.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Рустамова З.А., Ачилова Н., студентки 712 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии №4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: ст. преп. Исламова Д.С.

Цель работы: Изучение клинической эффективности Изопринозина в лечении ОРЗ у детей. **Материал и методы исследования:** Нами у 35 больных в возрасте 3-8 лет изучено влияние изопринозина на динамику клинических симптомов при острых респираторных заболеваниях у детей. Изопринозин назначали детям в дозе 50 мг/кг/сут, разделив эту дозу на 3-4 приема в течении 5-7 дней. **Результаты:** По нашим данным после применения Изопринозина детей в возрасте от 3-8 лет при остром рините и ринофарингите клиническое улучшение наблюдалось в 89,6% случаев, которое выразилось купированием симптомов основного заболевания через 48-72 ч после назначения препарата. У больных ОРЗ температура тела была невысокой и держалась не более 2 дней, общие симптомы заболевания исчезали за 1-2 дня, сократилась продолжительность болезни. **Выводы:** Таким образом, прямое противовирусное и иммуномодулирующее действие инозина пранобекса в отношении основных вирусных инфекций у детей позволяет уменьшить симптомы заболевания, сократить продолжительность болезни, предотвратить осложнения. Применение Изопринозина в лечении ОРЗ позволяет уменьшить потребность в назначении других лекарственных средств и снизить медикаментозную нагрузку на организм, в связи с чем препарат может применяться как для лечения, так и для профилактики ОРЗ у детей. При включении изопринозина в комплексное лечение ОРЗ у детей не требуется дополнительного использования иных средств иммунокоррекции.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сайиткулова Г.Д., студентка 308 группы пед факультета СамМИ
Курс: пропедевтика детских болезней (зав. каф. - доц. Раббимова Д.Т.)
Научный руководитель: асс. Ачилова Ф.А.

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 вскармливании, 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:** Около 6 (75%) больных детей находившихся на грудном вскармливании заболели ОРЗ после переохлаждения, 2-е 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. Около 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. Заболевание протекало остро, на фоне аллергических проявлений, имея склонность к рецидивам заболевания. **Выводы:** У детей, рано переведенных на искусственное вскармливание, недостаточно созревает иммунная система в целом и, как следствие, снижены естественные защитные механизмы бронхальной 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.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА

Самадов Ф.Н., Абдуямина З.Д., младшие научные сотрудники ТашИУВ
Кафедра неврологии детского возраста (зав. каф. - проф. Шамансуров Ш.Ш.)
Научный консультант: профессор Шамансуров Ш.Ш.

Цель работы: провести мониторинг эффективности терапии эпилепсии у детей с различными формами и характером течения с использованием терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ). **Материал и методы исследования:** Обследовано 21 детей в возрасте от 3-х месяцев до 4-х лет, принимающие препараты вальпроовой кислоты не менее 3-х месяцев. Из общего числа обследуемых мальчиков составило - 11 (52,3%), девочек 10 (47,6%). Возраст варьировал: от 1-11 месяцев жизни- 6 детей, 1-3 года- 10 детей, старше 3-х лет- 5 детей. ТЛМ вальпроовой кислоты проводился методом твердофазного хемиллюминесцентного иммуноферментного анализа. Терапевтический диапазон концентрации данного препарата составляет 50-100 мкг/мл. **Результаты:** Результаты показали следующие данные: уровень, не входящий в должностную терапевтический диапазон (субтерапевтический) препарата вальпроовой кислоты выявился у 6 (28,5%) детей, то есть концентрация препарата была менее 50мкг/мл, что может быть связано с неадекватным подбором антиэпилептического препарата (АЭП), без учета формы эпилепсии и типа припадков, некорректным расчетом дозы препарата, а также и с индивидуальными особенностями организма (метаболические причины). Повышение показателей концентрации АЭП выявили в 5 (23,8%) случаях, концентрация превышала 100 мкг/мл, в 10 (47,6%) случаях концентрация находилась в рамках терапевтического диапазона. Лечение эпилепсии в режиме политерапии проводилось у 11 (52,3%) пациентов, монотерапии- у 10 (47,6%). Проведение ТЛМ позволило установить причины неадекватно проводимого лечения. При анализе назначенной дозы в миллиграмм на каждый килограмм массы тела, выявили, что только у 7 (33,3%) пациентов из 21 происходило наращивание дозы препарата, тогда как 14 (66,6%) пациентов с продолжающимися приступами судорог находились на начальных дозах. Что говорит о некорректном применении АЭП. Приступы носили: миоклонический характер-7 (33,3%) случаев, полиморфный- 4 (19%) случая, сложно-парциальный- 3 (14,2%), парциальные со вторичной генерализацией- 3 (14,2%) случая, простые парциальные, атонические, тонико-клонические и тонические - по 1 (4,7%) случаю соответственно. **Вывод:** Таким образом, проведенный мониторинг выявил в 52,3% случаях неадекватную дозу в плазме крови применяемого АЭП у детей. Важным условием адекватной медикаментозной терапии является проведение терапевтического лекарственного мониторинга, который представляет собой определение концентрации антиэпилептических препаратов в сыворотке крови у больных эпилепсией. ТЛМ как способ управления и контроля эффективности фармакотерапии в реальном времени крайне необходим, как для достижения контроля над приступами судорог у пациентов, так и для оценки корректности назначаемой антиэпилептической терапии.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С
ВНУТРИУТРОБНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Салимова У.Г., резидент магистратуры 3 года обучения СамМИ
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - д.м.н. проф. Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: ассистент Исанова Ш.Т.

Цель работы: Изучение особенностей поражения центральной нервной системы у новорожденных и недоношенных детей с внутриутробными инфекциями. **Материал и методы исследования:** Всего обследовано 44 новорожденных различного гестационного возраста. Были разделены на 2 группы: 1 – группа недоношенные дети со сроком гестационного возраста 32 – 37 недель (20 детей.) 2 группа новорожденные дети со сроком гестационного возраста 38 – 40 недель (24 детей). Всем новорожденным был проведен иммуноферментный анализ пуповинной крови, а так же кубитальная кровь на 2-7 сутки жизни. Диагностику внутриутробной вирусной инфекции осуществляли методом полимеразно-цепной ре-

акцией (ПЦР), реакцией непрямой иммунофлуоресценции, методом иммуноферментного анализа (ИФА), определяя уровень специфических к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), герпесвирусной инфекции (ГВИ) антител М и G класса. Всем детям была проведена нейросонографическое (НСГ) исследование. **Результаты:** У (72 %) детей была выявлена ВУВИ, из них у (40,2 %) детей была выявлена ЦМВИ, у (31,4 %) детей – ГВИ, у недоношенных, что составило 28,4 %, выявлена смешанная вирусная инфекция (ЦМВИ+ГВИ). Высокая частота неблагоприятного преморбидного фона, осложненного акушерского – гинекологического анамнеза, сочетается с высокой частотой осложненного течения беременности и родов: угроза прерывания беременности (32,4 %), гестоз (27,5 %), слабость родовой деятельности (34,5 %), преждевременное излитие околоплодных вод (21,5 %), патология плаценты типа плотного прилегания (17,4 %), отслойки (24,7 %), которые усугубляли условия развития гипоксии и асфиксии плода. Синдром угнетения отмечался у 73,5% случаев; чаще наблюдаемый у детей 1 группы. Гипертензионный синдром достоверно чаще наблюдался у недоношенных со смешанной вирусной инфекцией (37,9 %) по сравнению с 2 группы. Для недоношенных было характерно и наличие судорожного синдрома, изменение мышечного тонуса у 28,5%. Судороги отмечались у детей со смешанной инфекцией 28,3 %, тогда как у детей с ЦМВИ наблюдалось в 9,8% случаев, с ГВИ в 12,5% случаев. В ряде случаев у детей наблюдался вегето-висцеральный синдром. По данным НСГ выявлена вентрикуломегалия у 3,28%, увеличение размеров межполушарной щели отмечено у 8,74%, перивентрикулярные кровоизлияния различной степени тяжести обнаружены у 19,5%. **Выводы:** Неврологическая симптоматика у детей ВУВИ представляет собой сочетание очаговых и общемозговых симптомов, развивающихся как следствие непосредственного повреждающего действия вируса на фетальные органы плода и новорожденного. Выявляемые структурных изменений головного мозга у детей с ВУВИ по данным ультразвукового исследования: вентрикуломегалия, увеличение размеров межполушарной щели и перивентрикулярные кровоизлияния могут предполагать их внутриутробную вирусную патологию, которые является показанием для исключения ВУВИ.

ОТНОШЕНИЕ СЕРПОВИДНОГО КРАЯ ШИРОКОЙ ФАЦИИ БЕДРА К БЕДРЕННЫМ СОСУДАМ ЧЕЛОВЕКА

Сафарова Ш., студентка 210 группы пед. фак. СамМИ

Научный руководитель: доцент Агзамов К.А.

С точки зрения практики, а именно, при операциях по поводу бедренных грыж имеет немаловажное значение изучение взаимоотношения бедренных сосудов с серповидным краем полулунной вырезки поверхностного листка широкой фасции бедра. Однако, взаимоотношение их в литературе нередко трактуется различно. Нами методом послыной анатомической препаровки под бинокулярным микроскопом МБС-2 на I38 препаратах нижних конечностей. Произведено исследование взаимоотношения бедренных сосудов с серповидным краем поверхностного листка широкой фасции бедра на трупы плодов, начиная с 4 лун. мес., новорожденных, детей до 1 года и взрослых в возрасте до 65 лет. Всего обследовано 91 плод, 10 новорожденных, 5 детей и 13 взрослых с равномерным распределением их по возрасту и полу. При сопоставлении полученных данных установлено, что окончание серповидного края поверхностного листка широкой фасции бедра внутри от бедренной артерии чаще имеет место у плодов, новорожденных, детей и взрослых мужского (91 случай), чем женского (70 случаев) пола, а окончание его снаружи от бедренной артерии наоборот – чаще у женского (48 случаев), чем у мужского пола (29 случаев). С возрастом плодов отношение серповидного края к бедренным сосудам меняется. Так, до 8 лунных месяцев у плодов обоего пола окончание серповидного края внутри от бедренных сосудов наблюдалось в 76, снаружи от бедренной артерии - в 23 случаях. Тогда как, у плодов остальных возрастов и новорожденных окончание его внутри от бедренной артерии наблюдалось в 65, а снаружи – в 44 случаях. Такое взаимоотношение серповидного края с бедренными сосудами возможно связано с характером расположения сосудов, которые, по данным Л.К.Жолобова, Г.И.Корчанова (1960 г.) и К. Агзамова (1968 г.), с возрастом как бы смещаются снаружи по отношению к середине паховой связке, что необходимо учесть при пластике бедренного канала. Таким образом, серповидный край поверхностного листка широкой фасции бедра, в зависимости от пола и возраста, может оканчиваться не доходя до бедренной артерии, у наружного края её, над ней, между бедренной артерией и веной, над бедренной веной и внутри от нее.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Сафиуллина А.Р., Шарафиева Р.В., студентки 407 группы пед. факультета

Ижевская государственная медицинская академия

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. - д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: проф. Попова Н.М.

Цель работы: Выявить физическую активность студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) педиатрического факультета и причины нарушения осанки. **Материал и методы исследования:** По разработанной нами анкете в 2016 году было опрошено 504 студента педиатрического факультета ИГМА. Возраст опрошенных от 19 до 23 лет. Из них 9,2% студентов 1 курса, 20% - 2 курс, 38,5- 3 курс, 21,5%- 4 курс, 6,2% 5 курс, 9,2% -6 курс. **Результаты:** Занятия физической культурой и спортом готовят человека к жизни, закаляют тело и укрепляют здоровье, содействуют его гармоничному физическому развитию, способствуют воспитанию необходимых черт личности, моральных и физических качеств, необходимых будущим специалистам в профессиональной деятельности. Посещают занятия физкультурой в ИГМА 59 из 100 опрошенных студентов, 9 из 100 посещают нерегулярно. 8 из 100 студентов считают физкультура не нужна, 14 из 100 студентов посещают спортивную секцию. 69 из 100 студентов считают, что физкультура это быть здоровым с красивой фигурой, 14 из 100 студентов ответили, что это физическая подготовка к конкретной деятельности. 11 из 100 – что это образ жизни и хобби. Основную группу по физкультуре посещает 64% студентов, 19% посещают специальную группу, а 17% занимаются в подготовительной группе. Легкой атлетикой занимаются 29 студентов из 100, 25 из 100 волейболом, 20 из 100 любят силовые упражнения, 26 из 100 предпочитают другие виды спорта. После физкультуры чувствуют себя замечательно 46 студентов из 100, у 44 из 100 появляется усталость, а 10 студентов из 100 ответили, что чувствуют себя так, будто из них «выжали все соки». Отмечено, что 89 студентов из 100 не посещают спортивные секции. В результате анкетирования мы выяснили, что 82 студента из 100 не делают по утрам зарядку, 14 из 100 иногда делают по утрам зарядку, а 4 из 100 делают зарядку. 46 студентов из 100 редко выходят на уличную пробежку, 17 из 100 выходят часто, а 37 из 100 не выходят вообще. Тренажерный зал посещают 26 из студентов из 100, 18 из 100 ответили, что посещают редко. Большинство студентов оценивают свой здоровый образ жизни от 5 до 7 баллов (по 10 бальной шкале). 49 студентов из 100 замечают, что сутулятся при ходьбе, 41 из 100 стараются держать спину ровно, 10 из 100 не следят за осанкой. На

занятиях сутулятся 61 студент из 100, 21 из 100 сидят, откидываясь на спинку стула, 13 из 100 стараются сидеть с ровной спиной. На учебу ходят с сумкой на плече 52 студента из 100, 48 из 100 посещают занятия с рюкзаком. Замечают асимметрию ключиц и плечевойной угла 31 студент из 100, 69 из 100 не замечают асимметрию ключиц и плечевойной угла. У 60 из 100 периодически болит спина, сидя за столом. 50 студентов из 100 утверждает, что у них имеется сколиоз. **Выводы:** Большинство студентов медицинского вуза предпочитают активный образ жизни, посещают разные секции, спортивные залы с целью сохранить здоровье, так как физическая культура развивает организм гармонично и сохраняет отличное физическое состояние. У большинства студентов выявлено приобретенное нарушение осанки по сколиотическому типу.

РЕАКЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И КОМПЛЕМЕНТА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Сирождидинова Х.Н., старший научный сотрудник-соискатель СамМИ

Кафедра педиатрии № 2, пропедевтики детских болезней и неонатологии (зав. каф. – доц. Юлдашев Б.А.)

Научный руководитель: д.м.н. Абдуллаева М.Н.

Цель работы: Изучить патогенетические и прогностические аспекты циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и комплемента (С_{Н50}) при внутриутробном инфицировании. **Материал и методы исследования:** Исследована сыворотка крови на наличие ЦИК и С_{Н50} 140 новорожденных госпитализированных в ОПН ОДММЦ г. Самарканд. Определение ЦИК проведено методом осаждения полиэтиленгликолем (ПЭГ) по методу В.Гашковой с соавт. (1979), уровень комплемента по методике предложенной Ф.Ю.Гариб и А.И.Шарапова (1973). Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (М), ошибкой средней (m) на компьютере при помощи программы Microsoft Excel 2007. **Результаты:** Всего обследовано 140 новорожденных. Из них у 52 (37,1%) развивалась клиника внутриутробной пневмонии в течение 72 часов после рождения, отмечен отягощенный акушерский анамнез и подтвержден бактериологический высев в течение 1 - 2 дня жизни. У 45 (32,1%) обследованных новорожденных отмечена неонатальная пневмония. Гнойно-воспалительные заболевания (пузырчатка новорожденных, омфалит, сепсис) наблюдались у 43 (30,8%) новорожденных. Проведенные иммунологические исследования показывают, что содержание ЦИК в сыворотке крови у обследованных групп превышает число колебаний здоровых новорожденных. Самые высокие показатели ЦИК отмечены у новорожденных с внутриутробной пневмонией, что составляет от 133,6 до 159,7 усл. ед. Средний показатель для этой группы равняется 143,5 усл. ед. Такие же высокие показатели ЦИК по сравнению с нормой отмечены в других группах новорожденных, с неонатальной пневмонией (от 128,4 до 152,3; средний показатель -140,7 усл. ед) и гнойно-воспалительными заболеваниями (от 128,3 до 144,3 ; средний показатель - 136,4). Образование циркулирующих иммунных комплексов происходит с помощью комплемента. В наших наблюдениях, средний показатель комплемента у наблюдаемых больных был низкий по сравнению со здоровыми новорожденными. У новорожденных с внутриутробной пневмонией средний показатель комплемента составляет 43,4 ед., неонатальной пневмонией – 42,7 ед. и гнойно-воспалительными заболеваниями - 39,6 ед. Соответственно в трех группах уровень С_{Н50} составил 32,7 - 49,9 ед; 35,8 - 49,6 ед; 32,7 - 48,6 ед. Обратно пропорционально высокому уровню ЦИК уменьшается концентрация комплемента, что можно объяснить потреблением комплемента в реакции антиген – антитело при образовании иммунных комплексов. Увеличение количества циркулирующих иммунных комплексов является доказательством, что в организме новорожденных имеется избыток антигенов, как реакция на внутриутробное инфицирование. **Выводы:** 1. Увеличение количества циркулирующих иммунных комплексов является доказательством, реакции организма на внутриутробное инфицирование. 2. Обратно пропорционально высокому уровню ЦИК уменьшается концентрация комплемента, что можно объяснить потреблением комплемента в реакции антиген – антитело при образовании иммунных комплексов.

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БЕДРЕННОГО КАНАЛА У ПЛОДОВ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 1-ГОДА

Солеева Н.Б., студентка 213 группы пед. фак. СамМИ

Научный руководитель: доцент Агзамов К.А.

Топографическая анатомия бедренного канала у взрослых описаны многими авторами. Однако, размеры и формы бедренного канала в зависимости от места прикрепления верхнего рога широкой фасции бедра от расположения бедренных сосудов по отношению к середине паховой связке, а также от пола и возраста до сих пор не нашли своего отражения в научной литературе. Для выяснения этих вопросов были изучены 228 препаратов нежных конечностей плодов, новорожденных и детей до одного года, методами послойной препаровки под бинокулярной лупой МБС-2 (ок-8, об-2) при искусственном освещении. При этом, выявлены щелевидная, желобоватая, трехгранная и воронкообразная формы бедренного канала. Причем, эти формы его находились в зависимости от пола, возраста, места окончания серповидного края и от места прикрепления верхнего рога его. При щелевидной форме бедренный канал обычно длинный и узкий, при желобоватой – также длинный, но в отличие от первого он немного шире. При трехгранной форме канал короткий. Он может быть узким когда бедренные сосуды расположены более медиально и может быть широким – при расположении сосудов более латерально. При воронкообразной форме канал короткий и широкий. При анализе полученных данных установлено, что щелевидная и трехгранная формы бедренного канала чаще (84 случая) встречаются у плодов, новорожденных и детей мужского пола, чем (56 случаев) женского, а желобоватая и воронкообразная - чаще (45 случаев) у женского, чем (33 случая) у мужского пола, чем можно объяснить частое появление бедренных грыж у женского пола по сравнению с мужским.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Сулаймонова Ш.Д., студентка 306 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней (зав. каф. - доцент Рабимова Д.Т.)

Научный руководитель: доцент Рамазанова А.Б.

Цель работы: Изучить клинические проявления лямблиоза у детей. **Материал и методы:** Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной, 78 детей с субклинической и 62 с клинической формой лямблиоза. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлений лямблиоза, а также на расширенной копрограмме определение простейших в кале методом формалин – эфирного обогащения. **Результаты:** В своей работе на основании выраженности клинических проявлений мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиозной инвазии особое место занимает ее бессимптомная форма. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а

при общеклиническом исследовании патологии не выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих детей цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей в возрасте от 3 до 15 лет, наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6%), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Физическое развитие детей с субклинической формой лямблиоза оценивали методом центильных таблиц. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще было средней (у 64 из 78 – 82,0%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2, в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных у этой группы и у всех детей наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Средней масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже средней у 17 (27,4%), а у 7 низкой (11,2%). Естественно, что при клинической форме лямблиоза чаще (у 24 из 62 – 38,7%) отмечалось дисгармоничное развитие. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8, в среднем составляло 2,5 цист в поле зрения. **Выводы:** Таким образом, лямблиоз особенно у детей клинически проявляется многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжёлых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, так как наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

Тамбризов М.Ф., студент 709 группы пед. факультета СамМИ,
Азимова О.Т., студентка 701 группы леч. фак. ТМА, Ильясова С. студентка 309 группы стом. фак. СФ ТашСИ,
Саидалиева С.А., студентка 514 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. - профессор Шавази Н.М.)
Научный руководитель: профессор Шавази Н.М.

Частота встречаемости наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей по данным различных авторов широко варьирует, составляя 1 случай на 5000-10000 детей, летальность составляет 1-3%. Несмотря на бурное развитие кардиологии, появление большого числа рекомендаций по лечению аритмий и внедрение в повседневную практику общепризнанных стандартов, проблема лечения данной категории больных не теряет своей актуальности и заставляет постоянно искать новые пути ее решения. Организация медицинской помощи детям нередко сталкивается с рядом полностью или частично нерешенных вопросов, одним из которых является наличие побочных явлений у ряда антиаритмических препаратов. В этой связи необходим поиск эффективного и безопасного антиаритмического препарата у детей. **Цель работы:** Оптимизация вопросов лечения наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей. Задачи: Оценить эффективность аденозинтрифосфата в сравнении с другими антиаритмическими препаратами при лечении наджелудочковой пароксизмальной тахикардии. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 26 больных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, которых распределили на 2 группы: 1-ю группу составили 14 детей получавших амиодарон в качестве стартового антиаритмического препарата. Во 2-ю группу вошли 12 больных, которые получали АТФ в качестве стартового препарата. У всех пациентов проводили анамнестические, клинические, общелабораторные исследования. К специальным методам отнесли: ЭКГ, ЭХО-КГ, определение сатурации (SpO₂). **Результаты:** Распределение детей по возрасту и полу показало, что в основном дети поступали в возрасте от 5 до 10 лет (57,7%) и 10-16 лет (30,8%), девочек было больше (61,5%). Провоцирующими факторами вызвавшего данный синдром являлись: острая респираторная инфекция 10 (38,5%), ВСД 6 (23,1%), неврозы 4 (15,4%), органические поражения сердца 3 (11,5%), гипертензионный синдром 2 (7,7%), Синдром WPW – 1 (3,8%). В 1-й группе больных с суправентрикулярной пароксизмальной тахикардией применение амиодарона показало неоднозначные результаты: у 9 пациентов наступило купирование приступа в течении 30-60 минут, у 4 - отсутствовала положительная динамика ЭКГ картины, а у 1 пациента присоединилась блокада правой ножки пучка Гиса. Во 2-й группе применение АТФ показало следующие результаты: у 10 больных ведение АТФ привело к купированию приступа в течении 60 минут, а у 2-х в связи дополнительно вводили другие антиаритмические препараты в связи с неэффективностью применения АТФ. **Выводы:** Антиаритмическим препаратом выбора лечения наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей является АТФ, ввиду его безопасности, низкой токсичности и высокой эффективности по сравнению с другими антиаритмическими препаратами.

АССОЦИАЦИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е СЫВОРОТКИ КРОВИ

Тарнавская С.И., Климович К.Н., студенты 6 курса БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. - профессор Колоскова Е.К.)
Научный руководитель: профессор Безруков Л.А.

Разнообразие и гетерогенность фенотипов бронхиальной астмы (БА) у детей обуславливает клинико-параclinical особенности течения заболевания и требует индивидуализированного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям. **Цель работы:** Оценить особенности клинического течения и маркеры атопии у детей с разными фенотипами бронхиальной астмы в зависимости от воспалительных паттернов крови. **Материал и методы исследования:** Проведено комплексное обследование 120 детей, страдающих БА. В зависимости от содержания гранулоцитов крови сформированы 4 клинические группы. I группу составили 34 ребенка, болеющих БА с гипогранулоцитарным воспалительным паттерном крови (содержание эозинофилов крови < 250 клеток/мм³ и нейтрофилов < 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 13,7±2,6 лет, доля мальчиков – 64,7%), II группу составили 60 детей, страдающих БА с эозинофильным воспалительным паттерном крови (содержание эозинофилов крови > 250 клеток) (средний возраст – 11,8±0,4 года, доля мальчиков – 70,0%), в III группу вошли 14 больных с нейтрофильным паттерном воспалительного ответа (содержание нейтрофилов крови ≥ 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 12,6±0,7 года, доля мальчиков – 64,3%), IV группу составили 12 больных с гипергранулоцитарным паттерном воспалительного ответа (содержание эозинофилов крови ≥ 250 клеток/мм³ и нейтрофилов ≥ 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 14,9±1,9 лет; доля мальчиков – 58,3%). По основным клиническим характеристикам группы наблюдения были сопоставимы. **Результаты:** Анализ полученных результатов показал, что содержание общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови детей I, II, III, IV клинических групп составляло 568, 737, 571 и

887 МЕ/мл ($p > 0,05$) соответственно. Полученные результаты продемонстрировали, что у представителей IV клинической группы содержание общего иммуноглобулина Е (IgE) в сыворотке крови было в 1,6 раза выше, чем у детей с гипогранулоцитарным и нейтрофильным воспалительным фенотипом, и в 1,2 раза выше в сравнении с эозинофильной БА. Наличие гипергранулоцитарного фенотипа БА повышает относительный риск увеличения содержания общего IgE более 568 МЕ/мл в крови в сравнении с гипогранулоцитарным фенотипом в 2,0 раза (95%ДИ:1,6-2,6) при соотношении шансов – 3,8 (95%ДИ:2,1-6,9). В тоже время показано, что у больных с наличием гипергранулоцитарного воспалительного паттерна крови показатели содержания общего IgE в сыворотке крови достоверно коррелируют с клиническими показателями тяжести течения заболевания (в частности с дневными симптомами астмы, частотой использования β_2 -агонистов, ограничением физической активности: $r=0,9$; $p < 0,05$). У представителей I та II клинических групп данные связи оказались слабее. Так, при наличии эозинофильного фенотипа концентрация общего IgE в сыворотке умеренно коррелировала с тяжестью приступа ($r=0,5$; $p < 0,05$), частотой использования β_2 -агонистов ($r=0,4$; $p < 0,05$) и показателями лабильности бронхов ($r=0,4$; $p < 0,05$), а у пациентов с гипогранулоцитарным фенотипом – с ограничением физической активности детей ($r=0,5$; $p < 0,05$). Однако при нейтрофильном фенотипе астмы указанные связи между концентрацией общего IgE в сыворотке крови и клинико-параклиническими показателями тяжести не установлено, что, в целом, совпадает с данными литературы. **Выводы:** 1. Наличие гипергранулоцитарного фенотипа бронхиальной астмы повышает шансы увеличения содержания общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови более 568 МЕ/мл в 3,8 раза. 2. При наличии гипергранулоцитарного фенотипа астмы показатели содержания общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови достоверно коррелировали с клиническими показателями тяжести болезни ($r = 0,9$; $p < 0,05$).

ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Терентьева Е.С., Ярославцева Н.В., студентки 508 группы пед. факультета УГМУ

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП (зав. каф. – д.м.н. Царькова С.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Дашевская Н.Д.

Цель работы: Изучить факторы риска, клинику, методы обследования, лечения у детей раннего школьного возраста с ожирением, наблюдающихся у эндокринолога на амбулаторно - поликлиническом этапе за последние 5 лет. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ 38 амбулаторных карт детей 5 – 8 лет с диагнозом – ожирение, находящихся на диспансерном учете у участкового эндокринолога детской поликлинике №1 ДГКБ № 11 за период с 2010 по 2015 гг. Отбор проводился методом случайной выборки. Изучена поло - возрастная характеристика детей, структура перинатальных и наследственных факторов риска, жалоб, клинической картины, результатов обследования и лечения. Эффективность лечения оценивалась по динамике ИМТ. **Результаты:** При исследовании амбулаторных карт было выявлено, что ожирением чаще страдают девочки – 21 ребенок (55,2%), мальчики страдают в меньшей степени – 17 детей (44,8%). При исследовании факторов риска перинатального периода, как факторов риска развития ожирения, выявлено, что наиболее часто встречались: перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) (44,7%), внутриутробная гипоксия плода (44,7%), фето - плацентарная недостаточность (ФПН) (10,5%), имели значение и такие факторы как маловодие, недоношенность 1 – 2 ст., крупный плод. При анализе наследственных факторов риска, были выявлены: ожирение (21%), сахарный диабет 2 типа (21%), менее значимыми были гипертоническая болезнь, тиреоидная патология. Основной жалобой были избыточная масса тела и повышенная утомляемость. Наряду с этим имели место гинекомастия, повышенный аппетит к вечеру, жажда и потливость. При объективном осмотре были выявлены: избыточное отложение подкожно -жировой клетчатки, стрии, увеличение щитовидной железы (ЩЖ), выпадение волос. На основании клинических данных был поставлен диагноз: ожирение 1 – 2 ст. у 21 больного (55,2%) и ожирение неуточненной степени у 17 детей (44,7%). Лабораторное и инструментальное обследование больных включало: биохимию крови (липидный спектр, сахар), тиреоидный комплекс (ТТГ, СТ4), инсулин крови (ИРИ), пролактин (ПРЛ), кортизол, тестостерон, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, УЗИ (ЩЖ, надпочечников, грудных желез). Основой лечения ожирения у наших детей были немедикаментозные методы: лечебное питание (92,1%) с ведением дневника (42,1%) и адекватные физические нагрузки (92,1%), что соответствует рекомендациям. В результате проведенного лечения динамика ИМТ меняется в положительную сторону в 15 случаях (39,4%), в отрицательную в 10 случаях (26,3%), не изменялся в 13 (34,2%). **Выводы:** Таким образом, при анализе формулировки диагнозов детей, преобладает ожирение неуточненной степени тяжести (44,7%), что свидетельствует о том, что врачи недостаточно компетентны в оценке степени тяжести ожирения. В подавляющем большинстве случаев назначенное обследование и лечение соответствует рекомендациям. Достоверных изменений ИМТ у детей не наблюдается, поскольку положительная и отрицательная динамика регистрируется в практически равном соотношении. Факторы риска, выявленные при обследовании и их учет при лечении не повлияли на положительный результат лечения.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВИЧ/СПИД ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тропынина Е.М., Потеряева О.А., студентки 407 группы пед. факультета

Ижевская государственная медицинская академия

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. д.м.н Попова Н.М.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Толмачев Д.А.

Цель работы: Проанализировать знание среди школьников 10-11 классов и студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) 1 и 4 курса лечебного и педиатрического факультетов заболевания ВИЧ и СПИД, и пути их передачи. **Материал и методы исследования:** Была разработана анкета и опрошено 205 человек, из них 50 человек – учащиеся 10-11 классов г.Янаул Республики Башкортостан, 50 человек – студенты 1 курса педиатрического факультета ИГМА, 50 человек – студенты 4 курса педиатрического факультета ИГМА, 55 человек – студенты 4 курса лечебного факультета ИГМА. **Результаты:** На основании социологического опроса выявлено: заболевание ВИЧ/СПИД известно 96% школьникам, и 100% студентам, неизвестно 4% школьникам. О ВИЧ они узнали: 1) из СМИ/рекламы – 28% школьников, 31,9% студентов 1 курса пед.ф., 25,8% студентов 4 курса пед.ф., 25,2% студентов 4 курса леч.ф.; 2) из научной литературы – 12% школьников, 8% студентов 1 курса пед.ф., 17,5% студентов 4 курса пед.ф., 20,3% студентов 4 курса леч.ф.; 3) в школе/академии на занятиях – 26% школьников, 35,2% 1 курс пед.ф., 30,8% 4 курс пед.ф., 31,5% 4 курс леч.ф.; 4) рассказы родителей – 13% школьников, 13,6% 1 курс пед.ф., 5% 4курс пед.ф., 6,9% 4 курс леч.ф.; 5) лично столкнулись с данными забо-

леванями – 0,9% 4 курса пед.ф. На вопрос можно ли заразиться ВИЧ/СПИД при прикосновении к больному (Да) ответили – по 6% школьников, студентов 1 и 4 курса пед.ф, (Нет) ответили – 90% школьников и студентов 1 курса пед.ф., 94% 4 курс пед.ф, 100% 4 курс леч.ф. На вопрос может ли ВИЧ/СПИД передаваться через средства личной гигиены (полотенце, расческа, зубная щетка) - (Да) ответили 44% школьников, 24% 1 курс пед.ф, 42% 4 курс пед.ф, 50,9% 4 курс леч.ф., (Нет) ответили – 46% школьников, 60% 1 курс пед.ф., 56% 4 курс пед.ф., 36,4% 4 курс леч.ф. На вопрос может ли человек заразиться СПИДом пользуясь общим стаканом или ложкой с ВИЧ-инфицированным – (Да) ответили 36% школьников, 26% 1 курс пед.ф., 34% 4 курс пед.ф, 40% 4 курс леч.ф., (Нет) ответили – 48% школьников, 60% 1 курс пед.ф., 48% 4 курс пед.ф., 56,3% 4 курс леч.ф. На вопрос может ли человек заразиться ВИЧ/СПИД в бассейне – (Да) ответили 16% школьников, 22% 1 курс пед.ф., 6% 4 курс пед.ф., 12,7% 4 курс леч.ф., (Нет) ответили – 48% школьников, 60% 1 курс пед.ф., 64% 4 курс пед.ф., 72,7% 4 курс леч.ф. На вопрос может ли человек заразиться ВИЧ/СПИД при объятиях – (Да) ответили 4% школьников и 1 курс пед.ф., 2% 4 курс пед.ф. (Нет) ответили – 86% школьников, 94% 1 курс пед.ф., 96% 4 курс пед.ф., 98,2% 4 курс леч.ф. На вопрос может ли человек заразиться ВИЧ/СПИД половым путем-(Да) ответили 94% школьников, 100% 1 курс пед.ф., 98% 4 курс пед.ф., 100% 4 курс леч.ф. На вопрос увеличивается ли риск заражения при беспорядочных половых связей-(Да) ответили 92% школьников, 98% 1 курс пед.ф., 98% 4 курс пед.ф., 94,5% 4 курс леч.ф. На вопрос относятся ли наркоманы к группе риска-(Да) ответили 90% школьников, 96% 1 курс пед.ф., 100% 4 курс пед.ф., 98,2% 4 курс леч.ф. На вопрос изменится ли ваше отношение к человеку, если узнаете, что у него СПИД-(Да) ответили 50% школьников, 30% 1 курс пед.ф., 50% 4 курс пед.ф., 54,5% 4 курс леч.ф., (Нет) ответили 50% школьники, 70% 1 курс пед.ф., 50% 4 курс пед.ф., 45,5% 4 курс леч.ф. На вопрос как вы относитесь к тому, что инфицированные школьники/ студенты учатся вместе со здоровыми-(Хорошо) ответили 24% школьников, 22% 1 курс пед.ф., 28% 4 курс пед.ф., 34,5% 4 курс леч.ф. **Выводы:** школьники и студенты недостаточно информированы о путях заражения и профилактики ВИЧ/СПИД.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ

Узокова М.Ф., резидент магистратуры, Азимова Ш.Т., студентка 216 группы леч. фак. СамМИ, Ильясова С., студентка 309 группы стом. фак. СФ ТашСИ, Раимова Н., студентка 507 группы пед. фак. СамМИ, Фарходова Ю., студентка 211 группы леч. факультета СамМИ,
Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. – профессор Шавази Н.М.) СамМИ
Научные руководители: профессор Шавази Н.М., доцент Закирова Б.И.

Данные о состоянии микробного пейзажа кишечника у детей при респираторных заболеваниях весьма разноречивы. В связи с этим мы попытались выяснить – какие изменения претерпевает кишечная микрофлора при остром ларинготрахеите (ОЛТ), как при наиболее часто встречающемся заболевании, сопровождающимся стенозом гортани. **Цель работы:** Изучить состояние микробиоценоза кишечника у детей раннего возраста при ОЛТ. Состав микрофлоры кишечника изучен бактериологически по методике посева испражнений, разработанной Р.В.Эпштейн-Литвак и Ф.А.Вильшанской в модификации М.А. Ахтамова с соавторами (1987). **Материал и методы исследования:** Обследованы 32 больных детей раннего возраста, поступившие в отделения экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Проводилось клиническое обследование больного ребенка и бактериологическое исследование кала. **Результаты:** В результате бактериологического исследования испражнений 32 детей, нарушения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника отмечены у большинства обследованных – у 29 ребенка (90,6%). Выявлены дисбиотические расстройства различной степени выраженности. Чаще это был дисбактериоз кишечника I степени – у 8 ребенка (25,0%), II степени – у 14 (43,7%), III степени – у 7 (21,8%). У 3 пациентов (9,4%) констатирован эубиоз. Выявлено уменьшение количества анаэробной микрофлоры (бифидобактерий до 10^{5-6} КОЕ/г и лактобактерий до 10^{3-4} КОЕ/г) у большинства пациентов (87,5%). У ряда обследованных детей был повышен уровень условно-патогенной микрофлоры, высевались представители семейства энтеробактерий: клебсиеллы 10^{4-6} КОЕ/г у 9,4% и цитробактер 10^{5-6} КОЕ/г у 12,5%. Эпидермальный стафилококк в высокой концентрации 10^{5-6} КОЕ/г обнаружен у 12 (37,5%) детей с ОЛТ. Такого же уровня было количество дрожжевых грибов рода кандиды – 10^{5-6} , однако, такое состояние микрофлоры кишечника наблюдалось у 23 (71,8%) больных детей с ОЛТ. При выявлении количества патогенной флоры было выявлено, что золотистый стафилококк в концентрации 10^{2-4} КОЕ/г был выявлен у 1/3 обследованных больных – 31,3%, кишечные палочки были обнаружены в количестве 10^{3-4} КОЕ/г у 22 (68,8%) детей, в том числе гемолитическая кишечная палочка в концентрации 10^{2-3} КОЕ/г у двоих (6,3%) больных. Сравнительный анализ данных, приведенных показал, что у детей раннего возраста при острой бронхиальной обструкции в посевах испражнений высевались ассоциации микроорганизмов из трех, четырех и пяти видов. У обследованных больных детей с наибольшей частотой встречались комбинации: Bifidobacterium + Lactobacillus + E.coli, и Bifidobacterium + Lactobacillus + E.coli + Staphylococcus + Candida (30,0% и 26,7% соответственно). Ассоциация из четырех видов высевалась почти одинаково часто: Bifidobacterium + Lactobacillus + E.coli + Staphylococcus встречались в 13,4% случаях, Bifidobacterium + Lactobacillus + Staphylococcus + Proteus – у 13,3% больных, Bifidobacterium + Lactobacillus + Proteus + Candida – у 18,3% детей. **Выводы:** Таким образом, при ОЛТ выявлены дисбиотические нарушения в толстом кишечнике, свидетельствующие о заселении пищеварительного тракта условно-патогенными бактериями, что ведет к снижению колонизационной резистентности, которая относится к факторам неспецифической защиты.

ВЫЯВЛЕНИЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Умарова С.С., резидент магистратуры 3 года обучения, СамМИ
Кафедра педиатрии №4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)
Научный руководитель: и.о. доцента, к.м.н. Ибатова Ш.М.

Цель работы: Выявить управляемые факторы риска развития БА у детей в возрасте до 5 лет, устранение которых могут сыграть решающую роль в профилактике заболевания. **Материал и методы исследования:** Путем ретроспективного исследования были обработаны 123 истории болезни детей, перенесших бронхообструктивный синдром, в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, госпитализированных в отделение реанимации, 1 и 2-детские отделения СФРНЦЭМП за период с 2013 по 2015 гг. Формирование группы риска по развитию БА, проводилось по критериям прогнозирования риска развития БА у детей с эпизодом БОС в анамнезе, разработанной сотрудниками кафедры. **Результаты:** Определены критерии формирования групп высокого и умеренного риска по развитию БА у детей первых 5 лет жизни с БОС в анамнезе. К факторам

высокого риска по формированию БА у детей с БОС в анамнезе относятся: наличие отягощенного семейного аллергического фона; использование коровьего молока, как основного питания детям первого года жизни; указание в анамнезе ребенка на ОРИ, предшествующие первому эпизоду БОС, особенно острые бронхиты и бронхолиты; отягощенный аллергоанамнез ребенка - проявления атопического дерматита, аллергический ринит, отек Квинке, крапивница; результаты лабораторно-инструментальных исследований, указывающие на дисбактериоз кишечника, аденоидит, дискинезию желчевыводящих путей, лямблиоз кишечника; возникновение первого эпизода БОС с воздействием специфических факторов, особенно бытовых, пищевых аллергенов; клинические особенности первого эпизода БОС, такие как приступообразный характер кашля, отсутствие гипертермии; наличие домашних животных; курение родителей. Специфичность и диагностическая эффективность этих критериев составила - 90,6 %, что позволило отнести их к группе высокого риска. **Выводы:** Таким образом, детям первых 5 лет жизни с БОС в анамнезе при сборе анамнестических данных необходимо выявлять факторы риска развития БА, которые должны учитываться при проведении диспансерного наблюдения и назначении профилактических мероприятий. В первичном звене здравоохранения необходимо проводить мероприятия, направленные на устранение управляемые факторы риска (контакт с домашними животными, воздействие табачного дыма, частые ОРИ, необоснованная антибиотикотерапия и полипрогмазия), в результате чего повысится качество медицинского обслуживания детского населения по профилактике бронхиальной астмы у детей, перенесших БОС в анамнезе.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИСТУПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Умарова С.С., Абдумуминов М., резиденты магистратуры СамМИ
Кафедра педиатрии №4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)

Научные руководители: и.о. доцента Ибатова Ш.М., доцент Уралов Ш.М.

У детей с высокой группой риска по развитию бронхиальной астмы, перенесших в анамнезе бронхообструктивный синдром, правильное оказание первой помощи позволяет снять приступ, а в некоторых случаях спасти жизнь ребенку. Предлагаемые нами рекомендации по оказанию первой неотложной помощи при возникновении приступа бронхиальной астмы приведем ниже в хронологическом порядке. В первую очередь больному необходимо обеспечить доступ свежего воздуха, успокоить ребенка, дать горячее питье. По возможности прекратить контакт с аллергенами, если приступ спровоцирован острой респираторной инфекцией - закапать в нос сосудосуживающие капли. Затем следует провести ингаляцию бронхоспазмолитика (беротек, сальбутамол, вентолин или беродуал) через спейсер (1-2 дозы). При наличии дома небулайзера, лечение приступа можно проводить ингаляциями специального раствора беродуала (1 капля на килограмм веса ребенка, но не более 10 капель для детей раннего возраста и не более 20 капель для детей старше 6 лет). Кратность ингаляций бронхолитиком должна превышать более 4-х ингаляций в сутки. При необходимости подключить небулайзеру пульмикорта (250-500 мкг 2 раза в сутки). В случае положительного эффекта продолжить ингаляции бронхоспазмолитика через каждые 4-6 часов в течении 1-2 дней. Лечение базисными препаратами (интал, беклазон, фликсодит) не прекращать. Бронхоспазмолитики ингалируются за 30 минут до приема базисных препаратов. В течении 1-2 дней после приступа необходимо посетить участкового врача для проведения коррекции основной терапии. Если приступ не прекращается немедленно вызвать врача скорой помощи и повторить ингаляцию бронхоспазмолитика через 20 минут, можно проингалировать 1-2 дозы атровента, если был использован сальбутамол, беротек, вентолин. При отсутствии эффекта от проведенных мероприятий через 20 минут проингалировать еще 2 дозы бронхоспазмолитика и дожидаться врача скорой помощи. Не рекомендуется использовать следующие препараты при приступе бронхиальной астмы: седативные средства, травяные отвары, горчичники, банки, препараты кальция, сульфат магния, антибиотики. Таким образом, родителям следует помнить, что у детей с высокой группой риска по развитию бронхиальной астмы, перенесших в анамнезе хотя бы один эпизод бронхообструкции, своевременное и эффективное оказание первой помощи позволит снять приступ астмы и спасти жизнь ребенку, для чего мы рекомендуем иметь препараты экстренной помощи в домашней аптечке и знать технику их применения.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

¹Утегенов Н.У., ¹Дехканов К.А., ¹Ахадова З.А., ²Шагиязова Л.М.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт Нукусского филиала

²Медицинский колледж им. П.Ф. Боровского

В настоящее время проблема мочекаменной болезни и инфекция мочевого тракта в детском возрасте, особенно в регионах жаркого климата, продолжает оставаться в центре внимания детской урологии. МКБ, обструктивный пиелонефрит относится к наиболее тяжелой почечной патологии в детском и подростковом возрасте, занимающие ведущее место в структуре ХПН. **Материал и методы исследования:** Из 256 детей, получивших метаболическую и диетотерапию, рецидивные камни мочевых путей выявлены у 24 (9,1%), при традиционных способах лечения - у 61 (30,1%) больных. Из 149 оперированных больных рецидивы вторичного камнеобразования наблюдались у 16 (10,7%), после пластической коррекции стеноза пиелоуретерального сегмента рестеноз ЛМС наблюдался у 18 больных, с рецидивом камнеобразования - у 4 детей. Причинами рецидивного камнеобразования явились неадекватное антибактериальное и противорецидивное лечение. **Результаты:** При изучении отдаленных результатов лечения, больные, получившие метаболическую-диетическую терапию не имели жалоб на оперированную почку, чувствовали себя хорошо. На обзорной и экскреторной урографии, радиоизотопной ренографии функциональных нарушений в оперированной почке не наблюдалось. К основному назначению тяжелым больным дополнительно назначаются нижеперечисленные лекарственные препараты: в/в сукцинол, сербилакт - 10 мл/кг коэнзим Q10 - 0,8 мг/кг внутрь, полиоксидонии - 3 мл через день №10. Свежезамороженная нативная плазма эритроцитарная масса 10 мл/кг в/в, рибоксин в/в. В целях снижения рецидивного камнеобразования при обструктивном пиелонефрите необходимо провести следующие метафилактические мероприятия: устранить стаз мочи - создать условия нормального оттока мочи (оперативное удаление камней, пластические операции мочевых путей), бороться с инфекцией мочевыводящих путей, проводить антибактериальное лечение, особенно при злокачественной форме инфекции (протейная, синегнойная и их ассоциация с кишечной палочкой, стафилококковой), назначать антибиотики цефалоспоринового ряда 2-4 ряда, в суточной дозировке 3 раза в день, гентамицин, ампиокс, химиопрепараты: нитроксиллин, бисептол, фаговую терапию, гипериммунный гамма-глобулин непрерывно до исчезновения бактерий из мочевыводящих путей в течение 10-12 мес. Для оценки эффективности проводимого метаболического лечения на уровень по-

чечных мембран нами изучена динамика экскреции с мочой фосфолипидов, являющихся основными структурными компонентами липидного биослоя в процессе лечения. Как показали полученные данные, у детей, больных МКБ и острой формой ОП с одиночными камнями почек, до операции существенно снижается уровень экскреции всех фосфолипидов. Несмотря на то, что уровень экскреции к концу 1 недели резко возрастает, дальнейшее лечение приводило к определенной нормализации концентрации ФИ, СФ, ФЭ, КЛ, ЛФК, ФК в отличие от традиционной терапии. Выявленные тенденции практически сохранились к исходу 2 и 3 недели метаболитного лечения, что свидетельствовало о нормализации липидного биослоя мембран почек. **Выводы:** Для получения более объективной картины влияния метаболитной терапии на фосфолипидный состав мембран почек, нами изучена константа скорости нормализации экскреции с мочой фосфолипидов. Анализ снижения экскреции фосфолипидов показал, что у детей больных острой и хронической формами ОП в основной группе резко возрастала константа санации на 3 неделе лечения, что свидетельствовало об оптимальных сроках предоперационной подготовки больных. Нормализация липидного состава мочи наступала намного быстрее (в 2,2 раза), чем при базисном лечении.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АДЕКВАТНОЙ СРОКУ ГЕСТАЦИИ МАССОЙ ТЕЛА

Фесик Н.В., студентка 1 группы 5 курса медицинского факультета №4, Ортеменка Е.П., доцент кафедры БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. - д.м.н. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Колоскова Е.К.

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) занимает лидирующее место (47%) в структуре перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС). **Цель работы:** Изучить роль неблагоприятных перинатальных факторов риска развития ГИЭ у доношенных новорожденных с нормальной для срока гестации массой тела. **Материал и методы исследования:** На базе отделения патологии новорожденных областной детской клинической больницы г. Черновцы обследован 41 доношенный ребенок, страдающий ГИЭ. В первую (I) клиническую группу вошло 28 пациентов с ГИЭ и соответствующей сроку гестации массой тела при рождении, а вторую (II) группу сравнения составили 13 новорожденных с низкой для срока гестации массой тела. По гендерному составу группы сравнения не отличались. Все дети поступили в остром периоде ГИЭ, а основным неврологическим синдромом заболевания был синдром угнетения ЦНС (92,9% пациентов I клинической группы и 92,3% новорожденных II группы сравнения). Полученные данные анализировались с использованием параметрических („P“, методом Стьюдента) и непараметрических („Pф“, методом углового преобразования Фишера) методов вычисления. **Результаты:** Гипоксически-ишемическому поражению центральной нервной системы у доношенных новорожденных с соответствующей срокам гестации массой тела предшествовали: патологическое течение интранатального периода (развитие дистресса плода в родах вследствие обвития пуповиной в четверти случаев (25%; Pф<0,05), наличие загрязненных околоплодных вод (32,1% новорожденных; Pф<0,05) и патологические роды в 32,1% наблюдений (Pф>0,05)), ассоциирующее с рождением каждого пятого младенца (22,2%; Pф>0,05) в тяжелой асфиксии (оценка по Апгар-шкале на 1-й минуте ≤ 4 балла), приводящей впоследствии к развитию кардиологических осложнений (28,6%; Pф<0,05), полиорганной недостаточности (14,3%; Pф>0,05) и судорожного синдрома (17,9%; Pф>0,05). **Выводы:** У доношенных новорожденных с адекватной относительно гестационного возраста массой тела гипоксически-ишемическое поражение ЦНС ассоциировало с патологическим течением интранатального (развитие дистресса плода в родах, течение которых в трети случаев был патологическим) и постнатального (рождение трети новорожденных в асфиксии, приведшей к развитию кардиогенных осложнений на первой неделе жизни).

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА

Фомина М.А., студентка 610 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра госпитальной педиатрии (зав. каф. - проф. Вахлова И.В.)
Научный руководитель: проф. Вахлова И.В., асс. Федотова Г.В.

Цель работы: Проведение сравнительного анализа клинической характеристики детей с синдромом короткой кишки, развившегося после оперативного лечения врождённых аномалий желудочно-кишечного тракта. **Материал и методы исследования:** Проанализировано 20 историй болезни пациентов отделения хирургии новорождённых ОДКБ №1 г. Екатеринбург за период 2012-2014 гг. I группу составили 8 детей с диагнозом «Врождённый заворот тонкой кишки», по поводу чего была выполнена резекция поражённого участка и 4 – с тотальной формой болезни Гиршпрунга, в связи с чем была произведена резекция зоны аганглиоза. Группу сравнения (2) составили 8 пациентов с локальными формами болезни Гиршпрунга, получали консервативное лечение. **Результаты:** Средний возраст пациентов с врождённым заворотом тонкой кишки составил 1,0±0 сутки; оперированные дети с болезнью Гиршпрунга были в возрасте от 1 суток до 13 месяцев. Возраст детей 2 группы – от 1 суток до 7 месяцев. Установлено, что отягощённый акушерско-гинекологический анамнез матерей чаще отмечался в 1 группе, чем во 2 (66,7% и 37,5%, p<0,05). У матерей 1 группы чаще во время беременности встречались хроническая фетоплацентарная недостаточность (33,3%, n=4), анемия (50%, n=6), вирусная инфекция (58,3%, n=7) (p<0,05). Гестационный возраст детей 1 группы был меньше, чем у детей 2 группы (31,91±2,21 и 37,1±1,45 недель, p<0,05). У детей 1 группы чаще развивались состояния, связанные с родоразрешением на более ранних сроках беременности: респираторный дистресс-синдром 1 типа (25% и 0%, p<0,05), патология органов зрения (25% и 0%, p<0,05), перинатальное поражение ЦНС (75% и 50%, p<0,05). Висцеральные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) чаще диагностировались в 1 группе (50% и 25%, p<0,05): пиеложктазия (33,3% и 12,5%, p<0,05), двусторонний крипторхизм (16,7% и 12,5%, p>0,05), в 1 группе встречались двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс (8,3%) и удвоение почки (8,3%). По результатам копрологического исследования косянные признаки воспаления в виде наличия слизи и лейкоцитов в кале обнаружены в 100% случаев 1 группы и в 66,7% – 2 группы; признаки мальдигестии м альбсорбции – в 83,3% случаев в 1 группе, в 33,3% – во 2 (p<0,05). В послеоперационном периоде в 1 группе срок начала энтерального питания составил 4,73±1,05 сутки. На грудном вскармливании находилось 33,3% (n=4) детей 1 группы и 37,5% (n=3) – 2 группы (p>0,05). В 66,7% случаев дети 1 группы получали молочные смеси: 16,7% (n=2) – на основе цельного коровьего белка; 50% (n=6) – на основе гидролизованных белков. Во 2 группе дети получали смеси на основе цельного белка. Дети, получавшие смеси с нерасщеплённым цельным белком, и дети, находившиеся на грудном вскармливании, пребывали в стационаре дольше, чем дети, получавшие гидролизованные смеси (47,09±4,16 и 25,42±3,71 койко-дней соот-

ответственно, $p < 0,05$). **Выводы:** Таким образом, врожденные пороки ЖКТ, требующие оперативного вмешательства, чаще встречаются у детей, рожденных женщинами с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Отмечена связь между респираторной вирусной инфекцией у матерей во время беременности и частотой формирования аномалий ЖКТ, требующих оперативного лечения. Отмечается высокая частота наличия симптомов НДСТ у детей с врожденными аномалиями ЖКТ. Показана связь между тяжестью порока ЖКТ и числом висцеральных проявлений синдрома НДСТ. Более тяжелые проявления синдрома мальдигестии проявляются у оперированных детей, что подтверждается результатами копрологического исследования. Вскармливание детей в послеоперационном периоде молочными смесями на основе гидролизованного белка укорачивает срок нормализации весовой кривой и длительность пребывания в стационаре.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: КЛИНИКО-НЕЙРОБИОХИМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Халимбетов Г.С., Самадов Ф.Н., самостоятельный соискатель ТашИУВ
Кафедра неврологии детского возраста (зав. каф. - проф. Шамансуров Ш.Ш.)
Научный консультант: профессор Ш.Ш. Шамансуров

Цель работы: Изучить клинико-нейробиохимические взаимосвязи у детей с перинатальной патологией головного мозга. **Материалы и методы исследования:** Было проведено комплексное обследование 60 детей в возрасте от рождения до 36 месяцев с последствием перинатального повреждения нервной системы (ПППНС). В группе, с ПППНС 40 детей (основная группа). В группе без неврологической патологии 20 пациентов (контрольная группа). Группы сопоставимы по полу, возрасту и диагнозу. Всем детям было проведено комплексное клинико-неврологическое, нейросонографическое обследование. С целью выявления предикторов, определяющих тяжесть поражения нервной системы, исследовали содержание нейроспецифических пептидов S-100 и NSE в сыворотке крови. Уровень белка S100 и NSE выявляется в сыворотке крови, считается нормальным при количестве до S100 - $N \leq 0,105$ мкг/л, NSE - 15,7-17,0 Нг/мл. **Результаты:** Нейросонографическое исследование, проведенное в качестве скрининга при поступлении всем новорожденным, показало, что наиболее часто на нейросонограмме встречалось усиление эхогенности в перивентрикулярной области - 76 ($74,5 \pm 4,3$ %), которое в дальнейшем необходимо было дифференцировать между проявлением перивентрикулярного отека или перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ). Согласно нашим исследованиям, повышенная эхогенность перивентрикулярных зон, наиболее часто встречалась I A - $88,9 \pm 6,0$ % ($\chi^2 = 11,0$; $p < 0,001$), III A - $80,0 \pm 8,9$ % ($\chi^2 = 6,62$; $p < 0,05$). Гиперэхогенные включения в паренхиме мозга были обнаружены у $74,5 \pm 4,5$ % детей. Исследование содержания нейроспецифических пептидов и ферментов в сыворотке крови новорожденных с гипоксически-ишемическими синдромами показало значительное увеличение белка S-100, превышавшее уровень контроля в 5,3 и 3,7 раза. Важно отметить, что наибольшее увеличение отмечено в группе пациентов с судорожным синдромом и наименьшее увеличение в группе новорожденных с нарушением эмоционально-поведенческой сферы. Средние данные не полностью позволяют соотнести их с клинической манифестацией постгипоксического течения болезни. У больных новорожденных и детей грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС с судорожным синдромом от общего числа 29 обследованных у 6 (20,7%) отмечалось высокое содержание нейропептида S-100 в сыворотке крови. **Выводы:** Таким образом, совершенствование методов диагностики детей раненого возраста с ПППНС позволяет использовать своевременную и адекватную терапию. Наш опыт по применению алгоритма диагностики детей раненого возраста с ПППНС свидетельствует о необходимости внедрения апробированного метода для исследования детей раненого возраста с ПППНС в широкую неврологическую практику. Комплексный подход (сочетание клинических признаков, результатов нейросонографии и нейробиохимических маркеров) позволяет уже в первые дни жизни ребенка предположить наличие деструктивного процесса в головном мозге, позволяющего заблаговременно определять тактику лечения и наблюдения младенцев с перинатальным поражением центральной нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хамраева Л.С., Кудратова Н.Б., резиденты магистратуры 1-года обучения СамМИ
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии (зав. каф. - проф. Джурабекова А.Т.)
Научный руководитель: проф. Джурабекова А.Т.

Цель работы: Изучить особенности течения раннего epileптического статуса в младенческом возрасте. **Материал и методы исследования:** Обследовано 50 детей в младенческом возрасте, которым проведено изучение соматического и неврологического статуса, электроэнцефалографическая (ЭЭГ) в динамике, рутинный видео-ЭЭГ мониторинг бодрствования и сна, а при необходимости - методы нейровизуализации, лабораторные методы исследования. **Результаты:** Среди пациентов с дебютом epileптического статуса до 3-х летнего возраста. В структуре пациентов с дебютом epileптического статуса до 3-х летнего возраста группа детей с РМЭ составила 4,5%, а у младенцев - 8,2%. С реактивацией epileптиформных разрядов на ЭЭГ отмечалась трансформация в когнитивную epileптиформную дезинтеграцию (8,3%) с психоречевым регрессом и аутистическими чертами. Тонические спазмы отмечались у 10 из 12 младенцев (83,3%) с РМЭ. Фокальные тонические версивные приступы отмечались у 7 пациентов (58,3%) с РМЭ, гемиконвульсивные приступы отмечались у 4 (33,3%), генерализованные тонико-клонические - у 3 (25%), у всех пациентов на электроэнцефалограмме отмечался «супрессивно-взрывной» паттерн ярко выраженный и в бодрствовании. На фоне клинико-электроэнцефалографической ремиссии отмечено улучшение двигательных навыков, а также появление простых слов. Однако, отмечалась реактивация epileптиформных разрядов на ЭЭГ с явлениями электрического статуса медленноволнового сна и трансформации в когнитивных epileптиформную дезинтеграцию (8,3%). У 5 детей (41,7%) с РМЭ не отмечено существенного влияния антиэpileптической терапии на epileптические приступы. Снижение приступов более чем в 2 раза отмечено у 5 пациентов (41,7%) и стойкое уменьшение >75 %. **Выводы:** В младенческом возрасте часто возникает статус серийных тонических спазмов и малые моторные приступы (58,5%), которые нередко остаются нераспознанными.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ПРОЯВЛЕНИИ КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Холмунинов. С.С., студент 6 курса медико-педагогического факультета ТашПМИ
Кафедра дерматологии и детской дерматовенерологии (зав. каф. - проф. Маннанов А.М.)
Научный руководитель: проф. Абдуллаев М.И.

С древнейших времен дерматологи в генезе любого кожного заболевания придавали первостепенное значение среде обитания человека, состоянию его организма в целом, нервно-психическим расстройствам и гельминтозам. Наши предшественники хорошо понимали, что кожа и внутренние органы тесно взаимосвязаны. Не зря появились среди наро-

да такие выражения как «язык – зеркало желудка, а кожа – всего организма», «кожа – экран, на котором проецируется все неблагополучие внутренней среды» и т.д. **Цель работы:** Изучить значение различных гельминтов на развитие и течение дерматозов. Последние годы в патогенез большинства заболеваний, в том числе кожных, связывают с гельминтозами. Гельминты встречаются почти повсеместно, во всех климатических зонах. Более трети населения планеты заражено гельминтами. Гельминты в процессе своей жизнедеятельности, в просвет кишечника выделяют большинство токсических продуктов, которые всасываясь в кровь вызывают эндогенную интоксикацию, и в большинстве случаев обладают антигенным свойством. Антигены гельминтов являются полисахаридами или гликолипидами, что определяет тяжелую патологию, развивающуюся при сенсибилизации антигенами гельминтов. Эти факторы могут быть провоцирующими причинами различных дерматозов, особенно у предрасположенных людей. **Материал и методы исследования:** За последние 3 года в дерматологическое отделение клиники ТашПМИ, обратилось 7438 больных различными кожными заболеваниями. **Результаты:** При обследовании у 61,3% больных выявлен гельминтоз (энтеробиоз, лямблиоз, аскаридоз, геминолипедоз). Часто (в 36%) сочетались энтеробиоз с лямблиозом и гимнолипидозом. У всех детей наличие глистов привело к более тяжелому течению основного кожного заболевания, таких как псориаз, почесуха, витилиго, хроническая экзема, крапивница, но дегельминтизация не всегда приводила к ожидаемым результатам. Родители детей с страдающих дерматозами в сочетании с глистами, часто жаловались на раздражительность детей, боли вокруг пупка, нарушения аппетита, временами тошноту, особенно после еды. Такие дети плохо спали, скрипели зубами. В хроническом периоде большинства гельминтозов отмечается поражения печени, обложенный язык, нарушение работы желудочно-кишечного тракта, различные кожные высыпания и умеренная эозинофилия с эозинофильной инфильтрацией тканей. Наличие гельминтов у детей вызвало такие изменения кожи как, сухость, нарушение пигментации (чаще всего в виде ограниченных гипопигментации нечеткими границами локализуемой на лице, конечностях, спине), фолликулярный гиперкератоз, в виде «гусиной кожи» (характерно сгруппированная локализация и часто на поверхности гипопигментированных пятен). При энтеробиозе покраснение, расчесы, трещины вокруг ануса, дерматит промежности и половых органов, вульвовагинит, цистит, энурез. Во время сбора анамнеза, ряд больных, начало заболевания (22,4%) связывали с гельминтозом. В связи с этим своевременная дегельминтизация является профилактическим мероприятием, предупреждающим развитие большинства кожных заболеваний. **Выводы:** 1. До начала лечения любого кожного заболевания, у детей обязательно надо через день 3-хкратно обследовать кал, на наличие гельминтов; 2. При положительных результатах, предварительно проводить соответствующую терапию, согласно с паразитологами, затем лечение основного кожного заболевания.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Холмунинов. С.С., студент 6 курса медико-педагогического факультета Таш ПМИ
Кафедра дерматологии и детской дерматовенерологии (зав. каф. – проф. Маннанов А.М.)
Научный руководитель: проф. Абдуллаев М.И.

Отсутствие целостной концепции патогенеза витилиго, затрудняет разработку эффективных и надежных методов лечения, делает невозможным прогнозирование клинического течения данного дерматоза. Наружное лечение больных витилиго является одним из важным компонентов лечения. **Цель работы:** На основании анализа многолетних наблюдений детей больных витилиго учитывая активность кожно-патологического процесса, разработать тактику ведения больных витилиго. **Материал и методы исследования:** Согласно этому плану, все дети с витилиго разделяли следующим образом: 1) все больные до начала лечения полностью обследовали клинически и лабораторно и определяли активность кожно-патологического процесса (по индексу VIDA); 2) до стабилизации кожно-патологического процесса больным не назначали фотохимиотерапию. Для достижения стабилизации кожно-патологического процесса необходимо: лечение сопутствующих заболеваний; психокоррекция; диета; витаминотерапия (только витамины группы В, Е, С); гепатопротекторы (Лив-52, апкосул, эссенциале гепанорм); иммуномодуляторы (левомизоль, иммуномодулин и др.); пребиотики (Хилак-форте), в дальнейшем – эубиотики; седативные препараты (пирроксан, новопассит, глицин, санопакс); пищеварительные ферменты (контаб, панкреатин, панзинорм, воб-энзим); препараты улучшающие тканевой обмен (липовая кислота, фолиевая кислота, метионин). Местно: мелагенин, витекс, зверобойное масло без УФО. После стабилизации кожно-патологического процесса к комплексному лечению добавляются фуранокумариновые препараты, наружно и назначается УФО (УФБ=280-320нм), в кварцевой лампе или солнечное облучение в зависимости от времени года. При витилиго патологический процесс носит дегенеративный характер – идет деструкция пигментных клеток, и мощное ультрафиолетовое воздействие может только усилить этот процесс. Незащищенный пигмент эпидермиса достаточно быстро повреждается; еще оставшиеся в эпидермисе дефективные меланоциты окончательно разрушаются. Клинически это проявляется ожогами и прогрессированием депигментации. Научными исследованиями доказано, что только при умеренных дозах УФО происходит стимуляция меланогенеза, тогда как при резком их увеличении, наряду с другими клетками эпидермиса, повреждаются и меланоциты. В связи с вышеуказанным, при проведении фотохимиотерапии больным витилиго, необходимо соблюдать следующие основные принципы фототерапии: 1). УФО назначается после определения биодозы 2). сеансы облучения нужно проводить только через день (во избежание наложения фотодинамических эффектов в коже); 3). лечение проводить курсами по 15-20 сеансов, с перерывом между курсами 15-20 дней; 4). облучаться в одно и то же время, т.е. каждые 48 часов. При этом необходимо исключить дополнительно солнечное облучение; 5).увеличение разовой лечебной лучевой дозы в процессе лечения осуществляется только при исчезновении покраснения очагов поражения не более чем на 20% от предыдущей дозы за одну процедуру. **Выводы:** Фотохимиотерапию детям больных витилиго проводят после стабилизации кожно-патологического процесса.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕГО КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Худойбердиев Ж.А., студент 6 курса пед. факультета, ТашМПИ
Кафедра ВОП терапии клинической фармакологии (зав. каф. – д.м.н. Бабажанов А.А.)
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Азизова Р.А.

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в педиатрии, несмотря на достигнутые успехи, они занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости. По данным официальной статистики за последние годы отмечается тенденция к росту заболевания (46,7%). В современной медицине актуальной проблемой является рациональный подбор лекарственных средств для проведения фармакотерапии растущего организма нового

поколения - детей и подростков. **Цель работы:** Выборочный анализ контроля эффективности фармакотерапии 37 истории болезней с бронхо-лёгочной патологией в возрасте 0-10 лет в грудничковом и пульмонологическом отделении клиники ТашПМИ в сопоставлении с литературными данными. **Результаты:** Анализ проводимой фармакотерапии в историях болезни у больных детей показали, из грудничкового отделения больные -15, пульмонологического отделения -22. Из них дети до 1 года -11(40,7%); до 5 лет - 12 (44,4%); до - 10 лет -14 (51,8) с бронхолегочной патологией. В листах назначения в лечении включено 5-6 препаратов с учётом стандарта лечения. Путь введения препаратов в основном, парентеральное (80%). В фармакотерапию включены препараты основного заболевания со стандарта лечения антибиотиков- цефалоспоринов: цефазолин у грудничковых детей - 10%, цефтриаксон - 58%; 42%; 66%, цефатоксим -13%; 16%; 20%; и из других групп ампицид - 0%; 16%; 13%;, метрагил - 40%; 58%; 46% соответственно в соответствующей дозе, внутривенно. У всех больных проведены клинико-лабораторные, биохимические анализы, инструментальные исследования. По литературным данным препараты III поколения цефалоспоринов обладают меньшим побочным эффектом по сравнению с I и II, но при назначении высоких доз, или нерациональных комбинациях для повышения бактериостатического действия препаратов, могут привести к возникновению побочных эффектов таких, как нарушение проводимости по нервно-мышечным волокнам и токсических проявлений в виде тремора и судорог а иногда и нейро- и нефротоксичностью. **Выводы:** Таким образом, зачастую допускаются в фармакотерапии цефалоспорины III - его поколения и выбирается парентеральный путь введения препаратов, без контрольных обследований после лечения выписываются домой, которые в последствии могут привести к нарушению деятельности вестибулярного аппарата или выделительной функции почек.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Худойбердиев Ж.А., студент 6 курса пед. факультета, Таш ПМИ

Кафедра ВОП терапии клинической фармакологии (зав. каф. - д.м.н. Бабажанов А.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Азизова Р.А.

Цель работы: Ежегодно в мире регистрируется более 100 миллионов случаев заболевания пневмонией у детей. Определить эффективность применяемых антигистаминных препаратов при лечении пневмонии и рекомендации их рационального применения у детей. **Материал и методы исследования:** Изучены 37 историй болезни детей, лечившихся в клинике ТашПМИ с диагнозом острая пневмония, различной локализации. Полученные данные статистически обработаны. Были проведёны анализы литературных данных. **Результаты:** При развитии пневмонии у детей проводят этиотропную терапию антибиотиками, для проведения патогенетической и симптоматической терапии пневмонии применяются нестероидные противовоспалительные и/или антигистаминные препараты с целью снижения температуры тела, но по литературным данным жаропонижающие препараты не назначают, так как, это может затруднить оценку эффективности лечения; исключения составляют предрасположенность к фебрильным судорогам. Анализ проводимой фармакотерапии в историях болезни у больных детей показали, из грудничкового отделения больные -15, пульмонологического отделения -22. Из них дети до 1 года -11(40,7%); до 5 лет - 12 (44,4%); до - 10 лет -14 (51,8) с бронхолегочной патологией. В листах назначения в лечении включено 5-6 препаратов с учётом стандарта лечения. Путь введения препаратов в основном, парентеральное (80%). В фармакотерапию на ряду включены препараты основного заболевания со стандарта лечения антигистаминные препараты с курсом лечения 3-5 дней - димедрол - 100%;, 92%;,80%, - нош-па - 100%;, 92%;, 86%, терикс - 60%;, 58%;, 46%, супрастин 0%;, 8%;,20%, кальций глюконат - 10%;, 16%;, 13%, соответственно в соответствующей дозе, внутривенно и внутримышечно. У всех больных проведены клинико-лабораторные, биохимические анализы, инструментальные исследования. Изменения тонуса гладких мышц бронхов и высвобождение гистамина тучными клетками зависит от степени выраженности симпатической и парасимпатической влияния, то есть, от соотношения концентрации циклических нуклеотидов в этих клетках (ц-ГМФ и ц-АМФ). Антигистаминные препараты уменьшают меберацию (высвобождения) тучными клетками, снижают отёки (за счёт блокирования гистаминорецепторов) в слизистой бронхов. Препараты I- поколения, в частности димедрол повышают активность фермента гистаминазы и способствуют распаду гистамина. Кроме того димедрол оказывает мембраностабилизирующее действие, но понижает порог судорожной готовности. **Выводы:** 1. Учитывая литературные данные и анализ фармакотерапии по историям болезней при пневмонии у детей можно рекомендовать назначение антигистаминных препаратов. 2. Недопустимо одновременное назначение 2 и более антигистаминных препаратов в одно время, так как они могут усилить угнетающее действие на МНС вплоть до остановки дыхания. 3. Применение больших доз или даже стандартные дозы димедрол у больных с эпилептическим синдромом может провоцировать развития приступов. 4. Больным с судорожной готовностью или с эпилептическим синдромом лучше назначать препараты 2 поколения.

ВЛИЯНИЕ КОЭНЗИМ Q10 НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Хусинова Ф. А., студентка 306 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра 3-педиатрии и медицинской генетики (зав. каф. - к.м.н. Мухаммадиева Л.А.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шарипова О.А., ассистент, Тураева Н.О.

Цель работы: Изучить влияние коэнзим Q10 на сократимость миокарда у детей с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 5 больных детей в возрасте от 7 мес. до 5ти лет. Наблюдаемые больные помимо общепринятого лечения, получили коэнзим Q₁₀. Препарат коэнзим Q₁₀, нормализует синтез АТФ в кардиомиоцитах, улучшает течение энергетических процессов в митохондриях, обладает антиоксидантным действием, блокируя перекисное окисление липидов, улучшает сократимость миокарда. Для постановки диагноза ДКМП был использован комплекс анамнестических, клинических, общелабораторных, инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ) исследований. При изучении анамнеза больных детей с ДКМП установлено, что больные болели длительно и неоднократно лечились. При этом в процессе прогрессирования болезни появлялись кардиальные симптомы. **Результаты:** При проведении ЭКГ исследования больным с ДКМП наиболее частыми признаками были: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений до 165 в минуту, нарушение внутрижелудочковой проводимости, высокие потенциалы миокарда ЛЖ, удлинение интервала QT на 0,03-0,05 сек., а также уплощение зубца Т обычно во II стандартном, 5 и 6 грудных отведениях. При ЭХО-КГ отмечали увеличение полости левого желудочка в систолу (P<0,05) и диастолу (P<0,01), низкую ФВ ЛЖ (31%±3,6). Вышеуказанные изменения указывают на диффузные нарушения биоэлектрических процессов в миокарде желудочков. В анализе периферической крови лимфоцитоз, моноцитоз, нейтропения, СОЭ - 2 ±1,08 мм/ч. Назначена терапия: каптоприл 1мг/кг в сутки в 3 приема, верошпирон 1мг/кг в сутки, гипотиазид 1 мг/кг в сутки в 2 приема, метипред

(метилпреднизалон) 0,5мг/кг в сутки в 1 прием. Со вторых суток, учитывая низкую ФВ, подключен дигоксин в дозе 0,03мг/кг 1 раз в день и коэнзимQ10. Препарат применялся 2-3 раза в день в дозировке 2мг/кг. Длительность применения составила 6 недель. В результате приема коэнзимQ10 наступала выраженная положительная динамика исчезновение клинико-инструментальных проявлений ДКМП. На третьи сутки лечения окраска кожных покровов и двигательная активность у больных детей восстанавливались, общее состояние улучшилось. На шестые сутки терапии на ЭКГ частота сердечных сокращений снизилась до 136 в минуту, уменьшилась активность потенциалов миокарда ЛЖ в стандартных и левых грудных отведениях, сохранялся удлинённыйQT на 0,28±0,8 сек. На 16-е сутки терапии доза метилпред уменьшена в два раза. На 26-й день лечения, на фоне комбинированной фармакотерапии, удалось стабилизировать состояние детей: весовая кривая стала положительной, одышка в покое не определялась, нормализовались размеры печени, полости сердца несколько уменьшились, ФВ возросла до 51%. Дети были переведены на амбулаторный этап лечения под наблюдением педиатра и детского кардиолога территориальной поликлиники с рекомендациями продолжить назначенную терапию. Каждые 2 недели детям проводился клинический осмотр педиатра и детского кардиолога, регистрировалось ЭКГ, результаты мониторинга обсуждались с лечащим врачом педиатрического отделения. **Выводы:** Таким образом, наши исследования позволяют рекомендовать применение коэнзимQ10 в комплексной терапии ИТКП, так как это вселяет надежду на увеличение продолжительности и улучшения качества жизни пациентов детского возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВАНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БРОНХОВ У ПОДРОСТКОВ

Шахова О.А., Саранчук А.М., студенты 5 курса, 2 группа по специальности «педиатрия», БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – проф. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор Колоскова Е.К.

Цель работы: Оценить показатели неспецифической гиперчувствительности бронхов к прямым и косвенным стимулам у детей подросткового возраста с разной тяжестью приступов астмы. **Материал и методы исследования:** В послеприступном периоде, проведено комплексное обследование 42 детей подросткового возраста, страдающих бронхиальной астмой (БА). При поступлении в стационар тяжесть бронхообструктивного синдрома оценивалась с помощью балльной шкалы: усиление проявлений бронхообструктивного синдрома отображалось ростом суммарной балльной оценки приступа. Исследование гиперреактивности бронхов проводили с помощью стандартизованного ингаляционного спирометрического теста с гистамином (ПК20Г) с учетом рекомендаций по стандартизации исследования. Показатели неспецифической гипервосприимчивости бронхов определили с учетом их лабильности в ответ на физическую нагрузку и бронхорасширяющий эффект сальбутамола двукратно в среднем на протяжении 4,6 месяца проспективного наблюдения в межприступном периоде бронхиальной астмы. **Результаты:** Установлено, что у детей, у которых впоследствии развивался тяжелый приступ астмы в межприступном периоде показатель лабильности бронхов, отображающий выраженность бронхоспазма физического напряжения и бронхорасширяющий эффект сальбутамола, составил $37,3 \pm 4,9\%$ (95% ДИ: 13,2-29,3) по сравнению с детьми у которых развивался нетяжелый приступ: $17,6 \pm 2,9\%$ (95% ДИ: 6,7-16,7), ($P < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне контролирующего лечения наличие у подростков бронхоспазма физического напряжения более 15,0% является высокоспецифичным тестом (90,9%), что повышает посттестовую вероятность развития тяжелого приступа астмы на 35,6%, с достоверным соотношением шансов данного события 11,6. Для определения вероятности развития тяжелого приступа БА чувствительность теста ПК20Г менее 1,0 мг/мл составляла 71,4% (29,0-96,3), а чувствительность теста их реактивности к данному прямому бронхоспазмогенному стимулу – 60,0% (14,7-94,7). **Выводы:** Чувствительность бронхов к гистамину в концентрации менее 1,0 мг/мл может использоваться с целью скрининга, а показатели лабильности бронхов более 15% - для прогноза возникновения тяжелого приступа астмы в ближайшем будущем.

СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Эргашева М.Я.

Научно-исследовательский институт вирусологии МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

(Научный руководитель: д.м.н. Комилов Ф.Х.)

Менингиты продолжают занимать одно из ведущих мест среди заболеваний с поражением центральной нервной системы. По международным данным среди расшифрованных серозных менингитов от 80 до 92% приходится на долю энтеровирусов. **Цель работы:** изучить клинические и эпидемиологические особенности течения энтеровирусной инфекции у детей. **Материал и методы исследования:** Материалом для исследования послужили сыворотка крови и спинномозговая жидкость собранная у больных с серозным менингитом. Данным больным было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование с использованием молекулярно-генетического метода (ПЦР). **Результаты:** В результате исследования методом ПЦР было выявлено 16 больных у которых обнаружен Enterovirus. Обследованные больные по возрастным группам распределились следующим образом: дети до 3-х лет - 2 (12,5%) больных, от 3 до 7 лет - 4 (25%) больных, с 7 до 14 лет - 10 (62,5%) больных. Преимущественное число заболевших ЭВМ среди обследованных больных составили дети школьного возраста (от 7 до 14 лет) - 10 (62,5%) больных. При распределении больных ЭВМ по полу прослеживается тенденция преобладания мальчиков 11 (68,8%) над девочками 5 (31,2%). Большинство детей, заболевших ЭВМ, поступали в летне-осенние месяцы. В большинстве случаев 12 (75,0%) больных заболевание начиналось остро. У 9 (56,3%) больных клинические проявления менингита возникли на фоне катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Триада симптомов в виде головной боли, рвоты и лихорадки регистрировалась при поступлении в стационар у 13 (81,3%) больных. У всех обследуемых больных был отмечен такой признаки интоксикации как астения, которая проявлялась в виде вялости различной степени выраженности, отсутствием или снижением аппетита, сонливостью и поведенческими нарушениями. У всех больных отмечалась лихорадка, из них у 3 (18,8%) больных она не поднималась выше 38,5°C, у 12 (75,0%) больных температура тела была на высоких фебрильных цифрах. Из жалоб больных наиболее часто регистрировалась выраженная головная боль 13 (81,3%) случаев распирающего характера без четкой локализации, проявляющаяся у детей младшего возраста как монотонный постоянный крик. У всех больных регистрировалась ригидность затылочных мышц, симптом Кернига был положительный у 10 (68,8%) больных, а симптом Брудзинского определялся у 8 (50,0%) больных. При выполнении спинномозговой пункции ликвор вытекал подповышенным давлением, иногда струей. У всех больных ликвор был прозрачный. Содержание белка в ликворе при поступлении в норму было у 3 (18,75%) больных, повышено от 0,495 до 0,99 у 11 (68,75%) больных, 1,0 - 3,3 г/л - у 2 (12,5%) больных. У 7 (43,75%) случаях клеточный состав лик-

вора характеризовался умеренным лимфоцитарным плеоцитозом (от 20 до 100 клеток в 1 мкл), у 8(50,0%) больных цитоз был более 300 клеток в 1 мкл, у 1 (6,25%) больного уровень клеток превышал 800 в 1 мкл. Осадочные пробы Панди и Нонне-Апельта были слабоположительными и положительными, уровень глюкозы и хлоридов практически не отличался от нормальных значений. **Выводы:** Таким образом, на основании анализа клинико-лабораторной характеристики можно сделать вывод, что энтеровирусный менингит чаще встречался у детей школьного возраста, характерно преобладание мальчиков над девочками, при этом имела место характерная летне-осенняя сезонность. Ликвор в большинстве случаев был прозрачный, с цитозом лимфоцитарного характера. Анализ исходов болезни показал, что у всех больных на фоне проводимого лечения отмечалась стойкая положительная динамика и все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Юлдашева З.С., Мельман С.А., Акбопеева У.О., Жантелов А.К., Утешева А.Д.

интерны 709 группы факультета ОМ-Педиатрия КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. каф.- проф. Каирбеков А.К.)

Научный руководитель: к.м.н., PhD, доц. Мырзабаева Н.А.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – достаточно распространенная патология не только у взрослого населения, но также отмечается тенденция в последнее время к этому заболеванию у детей и подростков. ГЭРБ – непроизвольное затекание или заброс желудочного/желудочно-кишечного содержимого в пищевод. **Цель работы:** Изучение клинико-диагностических признаков ГЭРБ у пациентов детского возраста. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 33 пациента с ГЭРБ, в возрасте 9-15 лет, из них мальчиков было 14, девочек – 19. Всем пациентам проводились: видеоэзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. Продолжительность заболевания у большинства детей не превышала 3 лет. **Результаты:** Клинические проявления ГЭРБ у детей имели ряд особенностей и характеризовались сочетанием эзофагеальных и внеэзофагеальных проявлений. Болевой синдром с типичной локализацией за грудиной и в эпигастрии с иррадиацией в шею, межлопаточную область имел место у 72,7% пациентов. Боли возникали периодически, усиливаясь после еды, при физическом напряжении, и носили жгучий или давящий характер. Изжога (чувство жжения) в 66,7% наших наблюдений, часто возникало после еды. Регургитация (срыгивание) в 45,5% и отрыжка в 54,5% случаях были не менее характерными признаками ГЭРБ. Как отрыжка, так и срыгивание часто отмечались после приема пищи и провоцировались физическим напряжением, горизонтальным положением тела. Тошнота встретилась в 48,2% случаев. Одинофагия (боль или неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу) была у 18,0%, дисфагия (нарушение глотания) отмечалась в 12,1% случаях. У подавляющего большинства детей преобладало подавленное настроение (57,5%), раздражительность и эмоциональная лабильность (60,6%), плохой сон – у 30,3%, слабость – 21,2%. Лабораторные исследования периферической крови показали нормальное количество эритроцитов и уровень гемоглобина у всех пациентов. У части обследованных (39,4%) наблюдался лейкоцитоз от 9,0 до $12 \cdot 10^9 / л$. В биохимических анализах крови не отмечалось изменений. Анализ электрокардиограмм показал, что у большинства детей (81,8%) частота сердечных сокращений была нормальной, синусовая тахикардия наблюдалась у 12,1%, синусовая брадикардия – у 6,1%. Нарушений ритма сердечных сокращений выявлено не было. При эндоскопическом исследовании были выявлены воспалительные изменения слизистой дистального отдела пищевода. Выявлялись различной выраженности гиперемия, отек (60,6%), эрозии (21,2%), исчезновение линии перехода слизистой пищевода в желудок. Обнаружено зияние кардии с выраженным забросом содержимого. У 42,4% обнаружен *Helicobacter pylori* методом ПЦР. Из внеэзофагеальных проявлений ГЭРБ в наших наблюдениях встретились пациенты с обструктивным бронхитом в 18,2% случаев, бронхиальной астмой – 12,1%, у 6,1% был обнаружен рецидивирующий ларингит, 9,1% пациентов предъявляли жалобы на першение в горле. Карис отмечался у 36,4% обследованных пациентов. **Выводы:** Таким образом, ГЭРБ у пациентов детского возраста характеризуется определенной клинической картиной и морфо-функциональными нарушениями, сочетанием эзофагеальных и внеэзофагеальных проявлений.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОВЫ И ЛИЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Ядгарова Г.С., старший научный сотрудник-соискатель кафедры анатомии человека и ОХТА

Бухарского государственного медицинского института

Научный консультант: проф. Ш.Ж. Тешаев

В развитие зубочелюстной системы ребёнка важную роль играет вид питания ребёнка (искусственное или естественное). Одной из самых первых и основополагающих функций жевательного аппарата является акт сосания. **Цель работы:** Определить антропометрические параметры головы и лица у детей с 3-х до 9 летнего возраста с естественным и искусственным питанием. **Результаты:** Исследования проводились в детских садах, школах и в детском доме (дом малютки). Детей разделили на 2 группы. Вид питания детей (естественное (I-группа), искусственное (II-группа)) определили с помощью специальной анкеты, которую заполняли родители в детском саду и в школе. Антропометрические показатели головы и лица измеряли специальным циркулем и метровой лентой. Угол нижней челюсти определяли угломером (гонометр) при открытом рте. Исследование показали, что морфометрические параметры головы у мальчиков обеих групп больше, чем у девочек, особенно по окружности головы и по высотному диаметру. Поперечный и высотный размеры головы больше отстаёт у детей II группы обоего пола. Морфологическая и физиономическая высота лица у детей с искусственным питанием меньше чем у детей с естественным питанием. Углы нижней челюсти более тупые у II-группы детей у обоего пола. Это говорит об отставании формирования нижней челюсти. Кроме этого у обеих групп детей и обоего пола угол нижней челюсти с левой стороны более тупее чем правая. Этот параметр свидетельствует о более физическом развитии правой стороны нижней челюсти по сравнению левой. **Выводы:** Темпы развития частей лица неодинаково по возрасту, по полу и по группам. У детей с искусственным питанием темпы роста меньше, чем естественным питанием. От 3 до 6 лет морфометрические параметры лица обеих групп и обоего пола развивается медленно, а с 6 до 9 лет более интенсивно. Установлено, что при естественном и искусственном вскармливании морфометрические параметры головы и лица здоровых детей имеет существенные отличия. Под влиянием нагрузки, возникающих при сосании, изменяется угол нижней челюсти, ускоряется формирование суставного бугорка височно-нижнечелюстного сустава, углубляется нёбный свод. Это способствует к формированию правильного прикуса у ребёнка.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИЦА, ПРИКУСА И ЗУБНЫХ РЯДОВ У 12 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

**Ядгарова Г.С., старший научный сотрудник-соискатель кафедры анатомии человека и ОХТА
Бухарского государственного медицинского института
Научный консультант: проф. Тешаев Ш.Ж.**

С каждым годом частота патологии прикуса постоянно возрастает. Формирование патологического прикуса у детей может начинаться уже в младенчестве. Чаще всего неправильный прикус диагностируется у детей, получающих искусственное вскармливание. Дело в том, что у новорожденных нижняя челюсть несколько укорочена по отношению к верхней, и на первом году жизни, в процессе естественного вскармливания, происходит выравнивание размеров челюстей. Сосание материнской груди сопровождается активной работой лицевых мышц и движениями нижней челюсти, что способствует ее развитию. Кормление из бутылочки не требует от ребенка усиленного сосания и задействования нижней челюсти, поэтому она продолжает отставать в размерах от верхней челюсти. **Цель работы:** определить антропометрические параметры лица и зубных рядов путем панорамных рентген снимков у 12 летних детей находившихся на естественном и искусственном вскармливании, соответствие полученных результатов сопоставить к принципу золотого сечения. **Материал и методы исследования:** Детей разделили на 2 группы по виду питания: естественное (I-группа) и искусственное (II-группа). **Результаты:** При оценке развития и положения нижней челюсти по телерентгенограмме, установлено, что у II-группы детей отмечаются нарушения в росте тела нижней челюсти а также высота ветвей нижней челюсти не соответствует нормативным параметрам по сравнению детей I-группы. У 25% детей II-группы обоего пола отмечаются недоразвитии тела верхней челюсти в сагитальном направлении, дистальная (20%) и мезиальная окклюзия (20%). Вертикальные размеры лицевого скелета у детей II-группы больше характерно как глубокой резцовой окклюзии. Углы нижней челюсти более тупые у II-группы детей у обоего пола. Это говорит об отставании формирования нижней челюсти. Кроме этого у обеих групп детей и обоего пола угол нижней челюсти с левой стороны более тупее чем правая. Этот параметр свидетельствует о более физическом развитии правой стороны нижней челюсти по сравнению левой. **Выводы:** Развития частей лица неодинаково по полу и по группам. У детей с искусственным питанием наблюдаются нарушения прикуса, запаздание сроков прорезывания постоянных зубов, формирования морфометрических параметров челюстей и лицевого скелета.

КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СОН РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА. РАССТРОЙСТВА СНА В КАЧЕСТВЕ НАРУШЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА

**Янишевская А.О., студентка 18 группы леч. фак. №2, Семань-Минько И.С., БГМУ
Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины
Научный руководитель: проф. Нечитайло Ю.М**

Цель работы: Оптимизировать ритм биологического сна для детей. Для ее реализации нужно придерживаться основных составляющих здорового сна: достаточное количество; сон без перерывов; определенное количество дневного сна в соответствии с возрастом; соблюдение режима. На этап развития ребёнка влияет не только наследственный и возрастной факторы, но и среда обитания ребёнка. В зависимости от режима сна происходит воздействие внешних факторов, среди которых основными являются среда и социальная сфера ребенка. При их нарушении возникает биологическая акселерация, причиной которой есть расстройство режима сна и его синхронности с биологическими ритмами. Ведь в случае отклонений от них, могут возникнуть симптомы хронической бессонницы, чтобы избежать этого родители должны обеспечить нормальные условия для роста, развития и социализации младенца. Так же последствиями недосыпания является снижение внимания и координации, частые головные боли, усталость, психическая неуравновешенность, стресс, повышенная склонность к инфаркту. **Материалы и методы исследования:** Обследовано 30 детей, возрастом от 12 до 24 месяцев; методы исследования – наблюдение, анкетирование, эксперимент. **Результаты:** Изучалось влияние режима сна на психическое и физическое развитие. Семиотикой расстройства сна является нарушение синхронности, продолжительности, активности и периодичности режима. Статистика свидетельствует о том, что 30%-50% детей раннего возраста имеют периодические проблемы со сном, связанных с нарушением биоритмов и состояния организма, основным фактором этого является биологический сон, который носит полифазный характер. В результате возникают отклонения от циклов сон-бодрствование, которые имеют связь с родительской деятельностью перед сном. Данную форму поведенческой реакции можно наблюдать у детей, страдающих от гиперактивности, коликов, повышенного внутричерепного давления, что приводит к усталости, перевозбуждения ЦНС, потери аппетита и чрезмерного использования энергетических ресурсов. Недосыпание приводит к гормональному сдвигу, ослабляет иммунную систему, вызывает хроническую усталость. На фоне этого может развиваться нанизм и гигантизм, гипотрофии и паратрофии, ожирение, нарушение нервно-психического развития. Расстройства психомоторного развития приводят к: отклонениям в формировании умений и навыков; инсомнии, которая отмечается у 8% исследуемых детей; патологическому состоянию сознания. Ведущим в обеспечении хорошего сна является психоэмоциональная сфера, которая зависит от общения ребенка со взрослыми и сверстниками. В общении со взрослыми есть мотивы сотрудничества, хотя сохраняется и эмоциональное общение, необходимое для всех возрастных категорий. **Выводы:** Влияние сна является важным критерием для нормального развития ребенка. Для предупреждения отклонений нужно оптимизировать биологический цикл детей раннего возраста и углубить изучение влияния физиологического сна на здоровье малыша.

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE METHODS COPROSCOPY AND ELISA ANALYSIS FOR THE DIAGNOSIS OF GIARDIASIS

**Anvarov J.A. TMA
Department of Infectious and children infectious diseases
(head of the department – professor Tuychiev L.N.)
Supervisor: professor Akhmedova M.D.**

One of the urgent questions in control parasitic disease is the development of efficient, safe, low-cost methods of diagnosis of parasitic diseases. At present are used in the diagnosis of parasitic diseases a wide arsenal of various methods. However, information about reliability of each method is not enough. It is necessary for a more efficient and cost-effective use of laboratory tests to develop differential diagnostic algorithms for the optimal method of diagnosis of parasitic infections. Refinement of value

of each diagnostic method is having a great practical value in health care. **The purpose** of our research is to study the comparative effectiveness of diagnostic methods of giardiasis. **Materials and methods:** We observed 120 patients who admitted to the clinic of epidemiology, microbiology and infectious diseases with gastrointestinal symptoms during the period of 2013-2014 yy. The age of patients varied from 15 to 47 years, 66 of them were males and 54 females. All patients were screened for parasitic diseases by triple coproscopy by using Turdyev solution. Besides these patients were examined for presence of Giardia lamblia antigen in stool samples by ELISA and specific serum IgG antibodies to Giardia lamblia. **Results and discussion:** During examination of 120 patients by using triple coproscopy the following types of parasites were identified. Giardiasis was diagnosed in 44.1% of cases, for all that Giardia cysts were found in at least one portion of sample. Analysis of the data after the first stool sample survey revealed Giardia cysts only in 24 (20%) patients. In the literature, there is still no clear indication of the required number of coproscopy for patients suspected for giardiasis, but it is clear that more amounts of fecal samples enhance the opportunity of parasite finding. In determining Giardia lamblia antigen in fecal samples by using ELISA positive results were reported in 62 patients (51.6%). It is noteworthy that from the 62 patients only in 41 (66.1%) the diagnosis of Giardiasis was parasitologically confirmed. In 21 patients (33.8%) during the coproscopy Giardia cysts were not found, which may be an indication of the human factor or low intensity of infection. Specific serum IgG antibodies to Giardia lamblia were detected in 75 (62.5%) patients. Among these patients diagnosis of giardiasis was confirmed parasitological in 48 (64%) patients. The lack of parasitological confirmation of giardiasis in 27 patients can be treated as transferred earlier giardia infection or negative coproscopy may be due a low intensity of infection and associated lack of cysts in stool samples. **Conclusions:** According to our research, coproscopy is a highly informative method for giardiasis diagnosis, but its effectiveness may be reduced at low intensity of infection and poor qualification of laboratory doctors. The diagnostic value of the method considerably increases with the multiplicity of coproscopy. Determination of Giardia lamblia antigen in stool specimens is a reliable method of diagnosis. Detection of serum IgG antibodies in patients with suspected giardiasis is not always indicative of giardiasis, their presence may be due to a previous infection. The negative results of the detection of antibodies do not exclude the presence of Giardia lamblia, as the development of antibodies may be reduced in immunodeficiency organism, and it can be an acute phase of infection, when antibodies of class IgM are dominated.

EFFICIENCY OF TREATMENT OF SEVERE BRONCHIAL ASTHMA ATTACK IN SCHOOL AGE CHILDREN

Garas N.N., professor assistant Kiriyak V.G., intern doctor of BSM

Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases (head – Ph.D., M.D., Prof. Koloskova E.K.).

Scientific adviser: Ph.D., M.D., Prof. Ivanova L.A.

The aim of the study: To increase the effectiveness of medical measures during severe asthma exacerbation based on the peculiarities of treatment of obstruction period in schoolchildren. **Material and methods:** The 1st clinical group was included 70 patients with severe bronchial asthma; the comparison group was included 92 peers with moderate variant of disease. According to main clinical characteristics comparison groups were not differ. All children examined in pulmonological department of Regional Pediatric Hospital (Chernivtsi). Treatment of patients with bronchial asthma was defined according to the national standard of asthma treatment in children. Severity of bronchial obstruction syndrome was assessed by score scale. Increase the score for point scale was showed severity of the manifestations of bronchial obstruction. **Results:** The relative risk of manifestation the severity of bronchial obstruction (more than 13 points on 3-day of treatment) in patients with severe asthma in relation to moderate variant of the disease was 1.2 (95% CI: 0.6-2.4), odds ratio were 1.4 (95% CI: 0.6-3.2) and an absolute risk was 0.1. Was established that patients of 1st group during an exacerbation of severe asthma were used systemic corticosteroids probably more often (85,7±4,1%), than patients of 2nd group 56,5±5,2% (P < 0,05). Absolute risk reduction of systemic corticosteroids use in children of 2nd group in relation to the patients with severe asthma was 29,2%, relative risk reduction – 34,1% and NNT – 3,4 patients. Was established that patients with severe bronchial asthma twice more often (37,1±5,7%) used short-acting β-2 agonists combined with systemic corticosteroids than peers with moderate variant of disease (15,2±3,6%; p<0.05). It was noted that every second child, suffered from severe bronchial asthma, need combined use of three groups of relief drugs (48,6±5,9%); patients, suffered from moderate asthma, this combination was used less often (40,2±5,1%). During first three days of exacerbation bronchial obstruction was probably more severe in children with severe asthma and expressive inflammation of bronchi than in patients with moderate intensity of airway inflammation. Was shown that the absolute risk reduction the use of corticosteroids and Euphyllinum in patients suffered from severe asthma and rapid acetylation than children suffered from severe asthma and slow acetylation was 4,2% and 25,7%, relative risk reduction was 5,0% and 34,9% and NNT – 23,8 and 3,9 patients, respectively. **Conclusion:** In the appointment of asthma attack treatment advisable to take into account the disease severity, intensity of bronchial inflammation and acetylation status of patients.

STUDY OF ARTERIAL HYPERTENSION RISK FACTORS IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME

Holmuradova Z.E, faculty of pediatrician, master of the third year of study SamSMI

The Chair of Pediatrics №4 (the head of Chair- docent Uralov Sh.M.)

Scientific supervisor: docent Ibatova Sh.M.

Urgency of the problem: At present metabolic syndrome in children is one of actual pediatric problems associated with its progressive prevalence. One of the earliest manifestations of metabolic syndrome is arterial hypertension. **The purpose of the research:** to study arterial hypertension risk factors in children with metabolic syndrome. **Material and methods:** To achieve the aim 43 children aged 4-16 years suffering from obesity have been studied in family polyclinic conditions. The research work has been carried out to reveal hereditary predisposition of children to obesity, cardiovascular diseases, diabetes mellitus, arterial hypertension. Social anamnesis (style of life peculiarities, abuse of fatty and carbohydrate food), antropometric measures (stature, weight, body weight index, AP monitoring) have been collected. The examined children underwent ECG examination, the level of triglycerides, cholesterol, lipoproteins of low density (LPLD), lipoproteins of high density (LPHD), fasting blood glucose have been determined, glucose tolerant test has been carried out according to indications. **The results of the research:** Arterial hypertension has been revealed in 71% of examined children (AP level was higher than 140/90 mm Hg). As a result of performed study dyslipidemia has been revealed: increased amount of glycerides – 175±1,69 mg/l (77%), increased contents of cholesterol – 98,03±0,75 mmol/l (75%) and LPLD (39%), decreased amount of LPHD (25%) in comparison with the control group, body weight index > 15kg/m and insulin resistance was noted (63%). **Conclusion:** Arterial hypertension risk factors in children with metabolic syndrome are the following: dyslipidemia (hypertriglyceridemia, hypercholesterolemia), increase of LPLD contents, decrease of LPHD contents and insulin resistance.

ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES ON CHILDREN ON SEIZURES

Izzatullaev O.Sh., 415 student group Faculty of Pediatrics SamMI

3 Department of Pediatrics, and Medical Genetics (head of department - M.D.Mukhammadieva L.A.)

Supervisor: doc. Sharipova O.A.

Introduction: The brain is the most link in the cases of hypoxia in seizures in children. In this case, the cell metabolism broke, ion balance, energy vulnerable metabolism and changes the electrophysiological properties of the myocardium. **Objective:** To determine the changes in the ECG in children hospitalized in children and neurological department about seizures. **Material and Methods:** The subject of the study were 45 children aged 2 to 17 years, received the children's clinic and the neurological department SamMI for about seizures. **Results:** Adverse pregnancy as preeclampsia was observed 24.4% of mothers from 11.1% during pregnancy was accompanied by polyhydrotia, 73.3% of children were born vaginally, one with Apgar scores of 8-9 points - 87,8%. 8.8% of patients were born prematurely at 28-34 weeks of gestation and were in nursing in the department of newborns and preterm with diagnoses: perinatal encephalopathy -13%, congenital infection - 34%, violation of the adaptation, 33%. 54% of patients with convulsions first discovered and manifested itself in the form of tonic-clonic (45%) and tonic (55%) of seizures. EEG changes were observed in 57% of patients in the form of a violation of brain electrical activity: 21% - lowering the threshold for seizure activity, 11% - epileptiform activity, 17% - diffuse changing background EEG. In 5% of cases in children with convulsive disorders have been identified ECG changes. The rest of the children with seizures observed the following changes on the ECG. Changing the automaticity of sinus node in the form of sinus tachycardia (31%), sinus bradycardia (13%). In 21% of cases were impaired repolarization, excitability as supraventricular (22%) and ventricular (2%), arrhythmias, conduction disturbances in the form of SA blockade (4%), atrioventricular first degree blockade (2%) and second-degree (1%) complete blockade of the right leg of the bundle His (3%), a shortened interval syndrome of the PQ (7%), Wolff-Parkinson-White syndrome (2%). **Conclusions:** Thus, on the background of cerebral hypoxia in children seizures in were observed violations of automatism, conduction and excitability of the heart.

SOME FEATURES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF CHILDREN WITH DUODENAL PEPTIC ULCER DISEASE

Khulunov'ska L.Yu., PhD BSMU

Department of Pediatrics and Medical Genetics (head of department - DM, Prof. Sokolnik S.V.)

Scientific advisor: DM, Prof. Sorokman T.V.

Today, scientists are increasingly paying attention to the psychosomatic character of most diseases. A striking example of this pathology is the duodenal peptic ulcer disease (PUD). The prevalence of duodenal PUD inexorably increases and tends to the rejuvenation of the clinical manifestations. Nervous system acts a link role between the psyche and the «somatic» of person, and therefore the study of the psycho-emotional factors in the implementation of duodenal PUD is a necessary component to determine the cause of the disease. Secretion of epiphyseal hormone melatonin, which is involved in the etiopathogenic mechanisms of duodenal ulcer, depends on both the physical and psychological state of the person. **The aim of the study** was to establish changes of melatonin secretion in children with duodenal peptic ulcer disease depending on the psycho-emotional status of patients. **Material and methods:** Complete clinical, laboratory and instrumental studies was conducted for 64 children to 8-18 years old. The diagnosis of duodenal ulcer was established by endoscopic examination. The properties and the nature of persons (emotional lability-stability, extraversion-introversion) were determined by a questionnaire of G. Ayzenck (E.P.I.) and the children's version - J.E.P.I. Responses were processed using a key template and were evaluated on a scale (0 to 24). Subjective analysis of reactive and personal anxiety was determined by self-assessment scale of Ch. Spielberg, Yu. Khanin (1978). Secretion of melatonin was studied by determining the amount of a metabolite - 6-sulfatoxymelatonin (6-COMT) in morning urine by enzyme immunoassay (ELISA). The results were processed using standard statistical methods in medicine. **The results:** Analysis of the emotional state of children with duodenal PUD showed a significant prevalence of introverted personalities over extroverted ones. Analysis of the scale of neuroticism showed that among children with duodenal PUD dominated emotionally labile persons, and 2/3 of them - with high lability. Results of the study of reactive and personal anxiety level showed that the incidence of low and very high level of anxiety were not observed, significantly more frequently encountered patients with a high level of personal anxiety. The average rate of 6-COMT for introverted individuals was $(48,9 \pm 1,3)$ ng/ml, for extraverted - $(43,9 \pm 1,8)$ ng/ml, $p < 0,05$. In children with high reactive and personal anxiety the level of 6-COMT was $(48,2 \pm 1,4)$ ng/ml, compared with children with lower levels of anxiety - $(42,1 \pm 1,8)$ ng/ml, $p < 0,05$. Significantly higher levels of 6-COMT in urine of emotionally labile children with high anxiety and neuroticism was likely associated with the activity of the inflammatory process in the mucosa of the duodenum. **Conclusion:** Thus, children with duodenal PUD were introverted personalities with pronounced levels of neuroticism, a high level of anxiety and emotional instability, and high levels of melatonin secretion.

EARLY DIAGNOSTIC CRITERIA OF TETRALOGY OF FALLOT IN CHILDREN

Mirzaeva A.B., student of 612 group of II pediatric faculty TashPMI

Chair of faculty of pediatrics (the head of chair-d.o.m. Muratkhodjaeva A.V.)

Supervisor: docent Mukhamedjanova D.K.

Actuality: Congenital heart defects (CHD) - occurred in utero anatomical defects of the heart, its valve apparatus or its vessels. These defects can occur in isolation or in combination with each other. The scale of the problem underlines the high incidence of CHD. In different countries this figure ranges from 0.6% to 2.4% per year in children born alive. In view of the fetal death and early miscarriage overall incidence of CHD is 7.3%. It assume first place in infant mortality and children in the first year of life. **Objective:** To establish the basic clinical data and early diagnostic criteria of tetralogy of Fallot in children. **Materials and methods:** We observed 15 children between the ages of 8 months to 2 years, treated at 4th Children's Clinical Hospital in Tashkent. Conducted research methods: getting anamnesis, clinical observation, laboratory tests (complete blood count, urinalysis, coagulation system, total protein, ASL-O). Instrumental methods include ECG, echocardiography, chest X-ray. **Results:** The clinical picture of tetralogy of Fallot with pulmonary stenosis determined by the degree and level of hypoxemia. The main clinical symptoms were cyanosis of varying severity, breathlessness on the type of dyspnea, fingers in the form of "drumsticks", nails in the form of "clock glass" dyspnea- cyanotic episodes. Auscultation observed systolic vibration in the second and third intercostal space left of the sternum, loud I tone, rough systolic murmur over the entire surface of the heart, with a maximum in the third and fourth intercostal space on the left, II tone weakened. ECG data: axis deviation to the right, the signs of myocardial hypertrophy of the interventricular septum. Echocardiography: aortic root enlargement, "sitting" on the VSD, hypoplastic exhaust duct of the

pancreas, a small valve stem and LA. Pulmonary stenosis confirmed by doplerechocardiography. X-ray: pulmonary drawing is unified, the heart of a typical configuration of a "wooden shoe", signs of hypertrophy of the right ventricle. **Conclusions:** The clinical picture of tetralogy of Fallot pulmonary stenosis determined by the degree and level of hypoxemia. The classic diagnostic criteria include cyanosis, shortness of breath on breathlessness type dyspnea - cyanotic episodes. Timely performed diagnostic investigations will help to estimate the diagnosis of tetralogy of Fallot in the early stages.

PECULIARITIES OF INDEXES OF 24 HOURS BLOOD PRESSURE MONITORING IN SCHOOL AGE CHILDREN

Nechytailo D., MD, Ph.D., BSMU, Chernivtsi, Ukraine

Department of pediatrics, neonatology and perinatal medicine (head department - Professor Nechytailo Yu.N.)

Scientific director: professor Nechytailo Yu. N.

Introduction: At present, the share of essential hypertension in children and adolescents account for 10-35%, while the share of second - 65-90%. High blood pressure in children is ≥ 90 -percentile distribution curve of blood pressure in the population for that age, gender and height. Blood pressure ≥ 90 -th percentile but < 95 th percentile (or $\geq 120/80$ mm Hg. In.) is high and is interpreted as normal. For better diagnosis of hypertension in children is using daily monitoring of blood pressure. **Methods and Materials:** Were examined 25 children who were hospitalized in the pediatric department of Children's Clinical Hospital, Chernivtsi. Their average age amounted $15,1 \pm 0,21$ years. Children conducted 24 hours monitoring of blood pressure. **Results:** Based on the results of the analysis and comparison of average levels of daily and nightly average level of arterial pressure (AP) to the group of dippers (patients with normal night decrease of blood pressure, both systolic and diastolic, daily index is in the range 10-20%) became 8 children. Children with insufficient nocturnal decline of blood pressure (circadian index less than 10%), non-dippers, was 14, 4 of them had a daily index of less than 10% of both systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP), in three children there was insufficient reduction at night only of SBP, while DBP reduction was between 10-20%. Three patients were assigned to a group of over-dippers (excessive blood pressure lowering night, more than 20.0%) which was registered only at night DBP reduction of over 20% compared to daytime performance and reduce nightly average SBP compared to the average SBP was within normal limits. **Conclusions:** Thus, in groups with insufficient and / or excessive nocturnal decrease of blood pressure and increased blood pressure in night there is no adequate night normalization of blood pressure due to the influence of neurohormonal systems which require further study.

TREATMENT OF JUVENILE RHEUMATIC ARTHRITIS AT CHILDREN

Olimjon A.O., student of 512 group of II pediatric faculty TashPMI

Chair of faculty of pediatrics (the head of chair-d.o.m. Muratkhodjaeva A.V.)

Supervisor: docent Mukhamedjanova D.K.

Actuality. Juvenile rheumatic arthritis (JRA) is actual problem of pediatrics and rheumatology that is caused by the high invalidism, expressed quality degradation of life, appreciable social and economic losses for a society and a family. Treatment of JRA is directed to suppress the activity and progress of the disease. **Aim of research:** tactics of treatment of patients with JRA at the present stage and its efficiency. **Object of research:** 12 children at the age from 5 till to 12 years old with the diagnosis «Juvenile rheumatic arthritis». **Materials and methods:** clinic - anamestic, laboratory and instrumental methods (blood on the rheumatoid factor, protein of an acute phase of inflammation, X-ray inspection of joints, an electrocardiogram, EhoEKG, etc.). **Results:** The therapy began with pulse-therapy by glucocorticoids with the subsequent transition to Methotrexatum, since 5-10 mg/week parenteral to all children. Then, transferred to peroral reception in the same dose. Glucocorticoids were continued, reducing dose according to the scheme up to 15 mg/day. At achieving the clinical effect, the decrease of activity of pathological process dose of Methotrexatum and glucocorticoids were decreased. The therapy was proceeded during 2-3 months. From first days of illness 5 of children were prescribed Methotrexatum perorally in a dose 5-10 mg/week and glucocorticoids perorally in a dose 15-20 mg/day. Tactics of decrease of preparations has been defined by the clinical data and indicators activity of inflammatory process. Symptomatic therapy by non-steroid anti-inflammatory preparations was prescribed atarthralgias and absence of the obvious activity of process. Conducted therapy promoted decrease of inflammatory process activity, led to beginning of remission. At correct tactics of treatment the remission was long-term. Only at 3 children relapse at disturbance of tactics of therapy in the presence of the provoking factor (ARVI at 2 children, hyperinsolation at 1) was watched. **The conclusion:** Application of modern methods of treatment of children with JRA using basic antiinflammatory preparations (Methotrexatum) in combination to glucocorticoids, following of tactics of treatment taking into account activity of process promoted long-time remission and improvement of quality of life of the observed children.

PROLONGED NEONATAL JUANDICE

Ostonov O., Narziev L., Hamraeva A., medic-pedagogic 501 group

Chair of pediatric №2, care of children disease and neonatology (chief Ph.d Yuldashev B.A.)

Scientific chief: ass. Boboeva N.T.

Visible jaundice occurs in about 75% of term infants and 80% of preterm infants during the first week of life. It is caused by a raised level of bilirubin, a breakdown product of red blood cells. Reasons for elevated bilirubin in newborns are: the hemoglobin concentration is high at birth so there is considerable heme degradation; lifespan of newborn red blood cells is shorter than that of adult red blood cells; immaturity of liver enzymes impairs bilirubin conjugation and excretion; absorption of unconjugated bilirubin by intestines (enterohepatic circulation). Sometimes hyperbilirubinemia may lasted more than 14 days. **Aim of the research:** Sometimes it is difficult to carry differential diagnostics between normal adopted changes in the organism of neonatal infants and the start of pathological process/ which may have tragic result. **Materials and methods:** For the last year 2014-2015 in Samarkand city child hospital we were studied newborns with prolonged hyperbilirubinemia. There are many kinds of consultations of difficult patients on practice and all of them are suitable on the certain cases. Trainees were taught methods of consultation of difficult patients and role plays were recorded. Newborns with prolonged neonatal hyperbilirubinemia were divided into following groups: newborns with prolonged neonatal hyperbilirubinemia 31 (31%), 37 (37%) newborns from anamnez perinatal infection of intrauterine origin were examined but bacteriologically not confirmed, 22 (22%) newborns with cerebral ischemia and 10 (10%) newborns born from mothers with hypothyroidism. All newborns was screen to clinic-biochemical analyse. **The results:** Clinic-biochemical analyse showed, that during prolonged neonatal hyperbilirubinemia observed different character of changes metabolic status and inflammation marker. **Conclusions:** At the end of observation it was fixed prolonged neonatal hyperbilirubinemia observed different character of changes metabolic status and inflammation marker.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF REFRACTORY FORMS OF EPILEPSY IN THE CASE OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY OF CHILDHOOD

Porsokhonova K.E. 4th year student, treatment faculty of TMA

Department of neurology (Head of department - MD, PhD. Prof. Rakhimbaeva G.S.)

Scientific supervisor: Associate professor Tuychibaeva N.M.

The problems of development of infants' brain are known to be complex and urgent because the success of solving these problems increases quality of life in childhood and adolescence. One of these problems is epileptic encephalopathy (EE) in infants. There is a wide variety of this syndrome, what makes the diagnostics very difficult (West, Lennox-Gastaut syndrome (LGS) etc.). The main role in establishing of diagnosis plays EEG with video monitoring that shows hypsarrhythmia of the waves. However, the clinical course in combination with hi-tech examination are strongly recommended. The aim of investigation was optimization of methods of treatment of pharmacological resistant forms of epilepsy that can be illustrated by the case of the two-year boy with symptomatic Lennox-Gastaut syndrome. **Materials and methods:** The diagnosis was based on the routine examination and clinical manifestations (seizures, appeared with different periodicity). The child was ill since 8 month of age and treated with different combinations of antiepileptic drugs (AED). The treatment was unsuccessful, what forced us to find another approach. We used combination of 2 newest AEDs: Levetiracetam and Topiramate. Tablets of hydrocortisone were prescribed in the start dose of 10.0 mg per 1 kg of body weight (according to professor Olivier Dulac's scheme), followed by decreasing of dose up to 2 mg. The treatment was carried out during five months. EEG with video monitoring was carried out during 8 hours in active and passive wake, night sleeping and after awaking. **Results:** First EEG examination provided, when child was 1 year old, showed "sharp slow wave", "spike-, polyspike-and-waves" complexes in the right parieto-temporal area. In the left one were registered "sharp slow wave" and "spike-and-wave" complexes with reverse of phase under the electrodes P3 and T5. Physiological patterns of sleeping were weakly manifested and periodically were substituted by epileptiform activity. In the middle of therapeutic course the child became seizure-free and considerable more active and some life skills developed. During the one-year follow-up period was not revealed any seizures, though the child did not take AED or hormones. EEG registered just single complexes "sharp slow wave" with amplitude up to 100mcV in left temporal area of the brain with reverse of phase under the electrodes T3, T5. There were not any pathological movements during the sleeping. As result of a treatment was also observed obvious development of child's brain, which was manifested in physical and mental activity. **Conclusion:** Thus, we can conclude that early beginning of individually selected therapy in infants with EE and LGS gives the possibility for the normal development of their brain that may be seen in the normalization of physical and mental development.

COMPOSITION OF HIGHER FATTY ACID AND IT'S CORRECTION IN CHILDREN WITH VITAMIN D-DEFICIENCY RICKETS

Salimova Z.A., Eshimova M.B., faculty of pediatrician, 7 course SamSMI

4 Pediatric Department (the head of the Chair- Assistant professor Uralov Sh.M.)

Scientific adviser: docent Ibatova Sh.M

The purpose of the work: Was to study the composition of the higher fatty acids (HFA) and its correction in children with vitamin D-deficiency rickets. **Material and methods:** The studies were conducted in 45 patients with vitamin D-deficiency rickets. The acute course of the disease was observed in 25 (55.5%) children, subacute in 20 (44.5%) children. Isolation of the serum lipid was performed by the method of Folch. Examined patients individual fatty acids in the form of methyl esters studied by gas liquid chromatography. As a result, following the identification of fatty acids found in serum C(16:0) palmitic acid, C(16:1)- palmitoleic, C(18:0) stearic, C(18:1) oleic acid, C(18:2) linolic, C(18:3) linolenic and C(20:4)- arachidonic. **Results:** Studies have shown that content of fatty acids such as C(16:0), C(18:0), C(18:3) significantly increase and C(16:1) C(18:1), C(18:2) and C(20:4) is reduced, that is to say the observed violations investigated lipid metabolism studied composition in the blood serum of children suffering from rickets receiving traditional treatment and when used as a substance correcting abnormal lipid metabolism cumin oil. When oil use are examined mine indicators fatty acid composition improved in the majority of patients that C(16:0)-28,21±1,31%, (P<0,05), C(16:1) 2,55 ±0,30%, C(18:0) data obtained -26,75±0,80%, (18:1) -0,92± 0,10%, C(18:2) -33,12±1,80%, C(18:3) - 2,73±0,45%, (20:4) - 3,26±0,40%. Positive dynamics of the fatty acid composition of serum explains the therapeutic effect of cumin oil. Conducted complex clinical and biochemical studies on the use of vegetable oils and evaluation of their digestibility. Digestibility was assessed by body oils lipase activity of blood serum (LA). The study showed that the lipase activity in blood serum examined before applying cumin oil was 10,2 ±16 mcmol/(l *min), when used in the diet of cottonseed oil-10,5±1,1 mcmol/(l*min) (n-9), i.e, noticeable change was not observed when giving ziger oil 16,8±1,2 mcmol/(l*min), (n-9), sea buckthorn 18,9±1,7 mcmol/(l*min) (N-10), in the preparation of children apricot kernel oil blood serum(LA) increased significantly and amounted to 20,7±1,8mcmol/(l*min), (n-9) and the application of cumin oil was 19,7±1,9 mcmol/(l*min), (n=8). We have found that the use of cumin oil it leads to improve digestibility of serum lipids through regulation of serum lipase activity and thus improves the lipid metabolism. **Conclusions:** The use of cumin oil for correcting the spectrum of (HFA) promotes normalization activity of blood serum lipase and leads to the restoration metabolism higher fatty acids, absorption of phosphorus calcium provides high effect of therapy in children with vitamin D-deficient rickets.

THE DEGREE BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN SUFFERING FROM ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

Umarova S.S., faculty of pediatrician, master of the third year of study SamSMI

4 Pediatric Department (the head of the Chair-docent Uralov Sh.M.)

Scientific adviser: docent Ibatova Sh.M.

The purpose of the research: Is a complex estimation of bronchial obstruction degree in children with AB taking into account respiratory rate, blood oxygenation and respiratory disturbances according to the scale (RDAI - Respiratory Distress Assessment Instrument). **Material and methods:** 53 children (28 boys and 25 girls) aged from 2 months to 2 years being treated at the in-patient department for AB and admitted to Children's Department and Children's Resuscitation Department of SFRSCUMA during 2012-2014 were enrolled in the study. The diagnosis was made taking into account specific for AB clinical, physical, X-ray findings. In order to estimate the respiratory disturbances degree such indications as respiratory rate (RR), blood oxygenation (SpO₂) and the respiratory disturbances scale - RDAI (according to Lowell DI) were used. Such symptoms as wheezing (in inspiration and expiration as well as the number of involved lung fields) and retraction of yielding areas of the chest (subklavikularis, interkostalis, subkostalis) marked in scores (0-4) entered the clinical criteria of RDAI scale showing the degree of

bronchial obstruction. Each parameter (whistling respiration, retraction of the chest) revealed in the patient was summarized in order to receive a general estimation of respiratory disturbances. The greatest general number of scores for wheezing was 8 and for retraction of yielding areas of the chest was 9. **Discussion of the received findings:** Complex estimation of bronchial obstruction degree was carried out on patient's admission to the hospital and in dynamics of the disease. In 17 patients (32,0%) ill with AB the following indexes of respiratory disturbances were revealed: RR<50 per min., SpO₂ 91-94% and estimation of scores according to RDAI as <6 that corresponded to a mild degree of bronchial obstruction. In 24 patients RR was noted in the limits of 50-60 per min. on admission, SpO₂ 86-90% and RDAI estimation made 7-9 scores. The average degree of bronchial obstruction was noted in 45,4% of patients with AB. On admission in 12 patients (22,6%) RR was more than 60 respirations per min., SpO₂ <85% and more than 10 scores were revealed in estimation according to RDAI scale. These data correspond to severe degree of bronchial obstruction. The results received in the process of our research work prove the necessity of differential approach to the treatment of respiratory disturbances in patients with AB depending on bronchial obstruction degree. Thus, in severe bronchial obstruction course with more marked bronchial obstruction it is necessary to include bronchodilators, oxygen therapy, glucocorticosteroids, antiviral drugs, antibiotic and to provide additional inhalations. **Conclusions:** Estimation of bronchial obstruction degree in children with AB according to RR, Blood oxygenation and use of respiratory disturbances scale – RDAI contribute to differential approach in BOS treatment the makes it possible to shorten the length of patient's stay in hospital and to relieve respiratory disturbances symptoms in early age children.

ANTROPOMETRIC PARAMETERS OF THE FACE OF HEALTHY CHILDREN AND THEIR CONFORMITY WITH THE LAW OF GOLDEN RATIO

Yadgarova G. S. Aspirant by the department of anatomy and operative surgery with a topographical anatomy
Bukhara State Medical Institute
Scientific manager Teshaev Sh. J. DS, professor

In 7 year old healthy boy the length of circumference of head averaged $-50, 8 \pm 0$, and 14 cm. Longitudinal diameter of head on the average is $-15, 8 \pm 0$, 12 cm. A cross-sectional size of head is in an average $-11, 8 \pm 0$, 09 cm. The transverse size of the forehead is on the average $-11, 6 \pm 0$, 1 cm. The height or vertical diameter of the head is on the average $-12, 7 \pm 0$, 07 cm. Study parameters of 6 year old male children showed that the average diameter of the bilge is $-9, 6 \pm 0$, 12 cm. The average diameter of the mandibular is $-7, 4 \pm 0$, 12 cm. In 7 year old girls head circumference length on the average equals to $-50, 9 \pm 0$, 13 cm. Longitudinal diameter of the head on the average $-15, 9 \pm 0$, 07 cm, and the transverse size of the head, on average, $10, 9 \pm 0$, 9 cm. The transverse size of the forehead is $-11, 2 \pm 0$, 08 cm, high-rise diameter of the head is on the average $-12,5 \pm 0,04$ cm. Bilge diameter is on average $-9,37 \pm 0,07$ cm and a diameter of mandibular on the average equals to $-7,5 \pm 0,07$ cm. **Results:** The study showed that the physiognomic face height in 7 year olds boys ranged from 16.2 cm to 18.0 cm., on average $-17, 4 \pm 0,13$ cm. In 7 year old girls this parameter ranged from 16.0 cm to 17.4 cm., on average, $16, 5 \pm 0,12$ cm. Morphological face height in 7 year old boys ranges from 11.1 cm to 12.3 cm, the average is $11,6 \pm 0,21$ cm, and in the girls it ranges from 10.4 cm to 11.6 cm., on average $-11,0 \pm 0,20$ cm. The upper part of the face in 7 year olds boys ranged from 5.6 cm to 6.2 cm, on average $5,8 \pm 0,10$ cm., and in 7 year old girls this parameter ranged from 5.2 cm to 5.9 cm, an average of $5,5 \pm 0,13$ cm. The middle part of the face of 7 year olds boys ranged from 5.5 cm to 6.2 cm on average $5, 7 \pm 0$, 14 cm., and in 7 year old girls this parameter is within $-5,1 - 5, 9$ cm., on the average $5,5 \pm 0$, 15 cm. Lower face of 7 year olds boys ranged from 5.5 cm to 6.1 cm on average $5, 8 \pm 0$, 12 cm, and in 7 year old girls this parameter ranged from 5.2 cm to 5.9 cm, on average $5, 6 \pm 0,14$ cm. Comparison shows that the ratio of the distance from the tip of the chin to the top of the eyebrows in males ($11, 6 \pm 0$, 21 cm) and the distance from the top of the eyebrows to the crown ($7, 2 \pm 0$, 15 cm) is equivalent to 1: 1.61. The ratio of the distance from the tip of the chin to the top of the eyebrows in girls ($11, 0 \pm 0$, 20 cm) and the distance from the top of the eyebrows to the crown ($6, 8 \pm 0$, 17 cm) is 1: 1,618. Nasal index in 7 year old boys is $-(\text{height of the nose } (4, 8 \pm 0, 1 \text{ cm}) / \text{width of the nose } (3, 0 \pm 0, 1 \text{ cm})) = 1:1.6$ and in 7 year old girls ($4, 6 \pm 0, 1 \text{ cm} / 2, 8 \pm 0, 1 \text{ cm}) = 1:1, 64$. The ratio of the distance from the tip of the chin to the connection lips of boys ($3, 6 \pm 0$, 10 cm) and the distance from the lips to the compound nasal septum ($2, 2 \pm 0$, 10 cm) is equal to 1: 1.636. This figure in 7 year old girls is $(3, 65 \pm 0, 10 \text{ cm}) / 2, 25 \pm 0, 10 \text{ cm})$ equivalent to 1: 1.62. **Conclusions:** Analysis of the morphometric parameters of the face of 7 year old healthy children showed that correlation of the parameters of the face corresponds with Fibonacci number or with the parameters of the golden ratio. These relations are more reliable for 7 year old girls than boys. Deviation from the Fibonacci numbers (1:1,618) was 15.0% for boys and 10% for girls. The ratio of upper, middle and lower parts of the face in girls ($5, 5 / 5, 5 / 5, 6 \text{ cm}$) is closer to the law of the golden ratio, as compared to boys ($5, 8 / 5, 7 / 5, 8 \text{ cm}$).

ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА УТКИР БУГУВЧИ ЛАРИНГОТРАХЕИТНИНГ КЕЛИБ ЧИКИШИ ВА КЕЧИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ

Жамолова З., 709 - гуруҳ талабаси, педиатрия факультети, СамМИ
4 педиатрия кафедраси (кафедра мудири, доцент Уралов Ш.М.)
Илмий раҳбар: т.ф.д. проф. Рустамов М.Р.

Болаларда учрайдиган юкумли касалликлар орасида уткир респиратор вирусли инфекция 60-90%ни ташкил қилади. Уткир респиратор вирусли инфекцияларда тез-тез учраб турадиган синдромлардан уткир бугувчи ларинготрахеит хисобланади. **Ишнинг максоди:** илк ёшдаги болаларда уткир бугувчи ларинготрахеитнинг келиб чиқишига, кечишига ва оқибатига таъсир килувчи хавф омилларини аниқлаш. **Ишнинг вазифалари:** 1. Илк ёшдаги болаларда учрайдиган уткир бугувчи ларинготрахеитнинг келиб чиқишида ахамиятга эга булган хавф омилларини аниқлаш. 2. Уткир бугувчи ларинготрахеитнинг келиб чиқишида йил фаслларининг ахамиятини аниқлаш. **Олинган натижалар:** Бизнинг кузатувимиз остида 97 болалар булиб, улардан 62 таси (63,9 %) уғиллар ва 35 таси (36,1%) кизлар ташкил қилди. Кузатилган болаларнинг ёши 6 ойдан 3 ёшгача булди. Хозирги вақтда уткир бугувчи ларинготрахеит касаллигида хавф омилларини аниқлаш усулларини куллаб хавф гуруҳларини тузиш қатта ахамиятга эга. Шу мақсадда биз Кульбак усули билан бу касалликда хавф гуруҳларини аниқлаб қуйидаги диогностик коэффициентларни чиқардик. Хавф омилларининг касалликнинг кечишига таъсири ни аниқлаш мақсадида беморларни икки гуруҳга булдик. Биринчи гуруҳни хавф омиллари булган 16 та бола ташкил қилди, иккинчи гуруҳга эса 21 та бола киритилди. Кузатувлар шуни курсатдики хавф омиллари булган болаларда касалликнинг оғир кечиши кузатилди. Кузатилган беморларда йил фаслларининг ахамияти аниқланди. 3 йил мобайнида шифохонада кишда 5,12 %, баҳорда-4,15 %, ёзда-2,72% ва кузда -78% ёткизилди. Касалликнинг оғир кечиши йилнинг номувофик фасларида (куз, киш, баҳор) кузатилди. **Хулоса:** Уткир бугувчи ларинготрахеитда Кульбак усули буйича энг асосий ахамиятга эга булган хавф омилларига илк ёш, аллергияк бактериял касалликлар, уғил болалар, ато-

пик диатез, гулгирга мурожаат килганлар киради. Касалликнинг огир кечиши йилнинг номувофик фасларида(куз, киш, бахор) шифохонага ёткизилган беморларда кузатилади. Бу эса, касаллик билан йил фаслининг богликлигидан далолат бериб, йилнинг номувофик фасларида рационал асосланган холда метопрофлактика ишларини олиб боришни такозо килади. Йилнинг номувофик фасларида мурожаат килган беморларда касаллик, ёз фасларида мурожаат килган беморларга нисбатан огир кечади. Касаллик хавф омиллари булган беморларда, бу омиллар булмаган беморларга нисбатан огир кечади.

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР

Маматкулов Б.А, Сувонов Б.Б., СамМИ тиббий педагогика факультети 303-гуруҳ талабалари

Болалар касалликлар пропедевтикаси курси (курс. муд. доцент Раббимова Д.Т.)

Илмий раҳбар: ассистент т.ф.н. Жалилов А.Х.

Кўкрак ёшидаги болаларнинг ўткир пневмония билан касалланганиши ва ўлим ҳолатларининг юқорилиги туфайли бутун дунё соғлиқни сақлаш тизимининг диққатида турибди. **Мақсад:** Кўкрак ёшидаги болаларнинг ўткир пневмония билан касалланганишига таъсир этувчи омилларни аниқлаш. **Материал ва текширув усуллари:** Биз Вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказининг пульмонология бўлимида ўткир пневмония билан даволанаётган 64 та (23 та ўғил бола 41 та қиз бола) 1 ёшгача бўлган бемор болаларда текширув олиб бордик. Текшириш жараёнида сўраб-суриштириш, касалликни клиник белгилари, лабаратор ва рентгенологик текширув натижалари асосида таҳлил қилинди. **Олинган натижа:** Текшириш натижалари шуни кўрсатдики бемор боланинг онасининг шикоятлари йўтал, таъна хароратининг кўтарилиши, нафас олишнинг қийинлашуви, нафаснинг минутлик ҳажмининг ортишига ва қовурға пастки соҳасининг тортилишига ва ҳақиқий ҳозирги касаллик тарихи (anamnesis morbi) бўйича маълумот йиғилганда касаллик давомийлигини ўртача ҳисобда 5-8 кунгача давом этганлиги аниқланди, ўткир пневмония ташхиси касалликнинг клиник белгилари ва рентген-лабаратор текшириш натижаларига асосланиб қўйилди. Ҳаёт анамнезини (anamnesis vitae) йиғганимизда шу нарса аниқландики, онанинг ҳомиладорлик давридаги эрта ва кеч токсикозлар оғир кечиши билан 29та (45%), 55 та (86%) оналарда камқонлик билан касалланиш ҳолатида, 12 та (18%) инфекцион касалликлар билан касалланиш натижасида эканлиги аниқланди, тўғри овқатлантиришни ташкил этилмаганлиги ва кўкрақдан эрта ажратиш 41 та (64%), нафас йўллари аспирация (нафас йўқларига тўғруқ вақтида қусуқ махсулотининг тушиши) 4 та (6,25%) болада кузатилган, кўкрак билан овқатлантириш 34 та (54%) ҳолатларда шулардан 62% аралаш ва этра сўний овқатланишга ўтганлиги аниқланди. Ўтказилган касалликлари ичида кўкрак ёшида болаларни қайта ўткир респиратор касалликлар билан касалланиши 32та (50%), ўрта қўлоқнинг қатарал қайта отити билан 6 та (9,3%), туғма нафас олиш ва юрак нуқсонлари билан тўғилиш 8 та (12,5%), бирламчи ва иккиламчи иммун танқислик ҳолатлари 13 та (8,32%), аллергик касалликлар 16 та (25%), рахит 33 та (55%), анемия билан касалланиш 56 та (88%) да эканлиги аниқланди. **Хулоса:** Олинган маълумотлардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки кўкрак ёшидаги болаларнинг ўткир пневмония билан касалланганиши ва ўлим ҳолатларини баргараф этиш учун асосан тўғри овқатлантириш, парвариш ва чиниқтириш усулларини тўғри ташкил этиш, камқонликни ўз вақтида аниқлаш ва кўкрак ёшида болаларни қайта ўткир респиратор касалликлар билан касалланишни олдини олиш, бирламчи ва иккиламчи иммун танқислик ҳолатларини эрта аниқлаш ўткир пневмония билан касалланиш ҳолатларини камайтиради.

ИЖТИМОЙ-ГИГИЕНИК ОМИЛЛАРНИНГ БОЛАЛАРДАГИ ТУҒМА НОГИРОНЛИК ДАРАЖАСИГА ТАЪСИРИ

Мирзараҳимова К.Р. ассистент

Соғлиқни сақлашни ташкил қилиш асослари ва тиббий реабилитация кафедраси, ТошДСИ

Илмий раҳбар: доц. Раҳманов Т.О.

Мақсад: 3 ёшгача бўлган болалар ногиронлиги сабабларини комплекс ўрганиш ва ногирон болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оширишни илмий жиҳатдан асослаш. **Вазифалар:** 1. Болалар ногиронлиги хусусиятларини ёши ва жинси жиҳатдан ўрганиш. 2. Болалар ногиронлигининг асосий сабабларини аниқлаш. 3. Тошкент шаҳрида яшовчи ногирон болаларнинг ҳаёти, турмуш тарзи ва яшаш шароитини чуқур ўрганиш. 4. Ногирон болаларнинг саломатлик даражасини комплекс баҳолаш. **Тадқиқот материаллари** сифатида Тошкент шаҳар Хамза тумани тиббиёт бирлашмаси бирламчи тиббий ҳисобот ҳужжатларидан олинган маълумотлардан фойдаланилди. **Тадқиқот услуби:** ижтимоий-гигиеник ва математик-статистик. **Тадқиқот натижалари:** Олинган маълумотларга кўра умумий болалар ногиронлигининг 13,25% ини 3 ёшгача бўлган ногирон-болалар ташкил қилади. Уларнинг 18%и қиз болалар ва 82%и ўғил болалардан иборат. Ногирон болалар ёши, таркиби бўйича 6 ойдан 1 ёшгача бўлган ногирон болалар 18,0%, 1 ёшдан 2 ёшгача 36,6% ва 2 ёшдан 3 ёшгача 45,4%ни ташкил қилади. Ногирон болаларнинг 7-собес шакли ўрганилганда болаларнинг 91% туғма ва 9% орттирилган ногиронлик мавжудлиги аниқланди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, ногиронлик бўйича биринчи ўринда туғма нуқсонлар -66,6%, иккинчи ўринда юрак қон-томир касалликлари тизими - 18,2%, учинчи ўринда кўз касалликлари -9% ва тўртинчи ўринда нафас олиш тизими касалликлари -9% туради. Олинган маълумотлар 3 ёшгача бўлган болалар ногиронлигининг асосий сабаблари туғма нуқсонлар ва юрак қон-томир тизими касалликлари кўз касалликлари ва нафас олиш касалликлари эканлигини исботлайди. Булардан келиб чиққан ҳолда, оилавий поликлиникаларда фаолият кўрсатаётган УАШ лар асосий этиборни ҳомиладор аёлларни болалар ногиронлиги сабабларидан хабардор қилиши, тиббий маданиятини ошириши ва касалликларга қарши чора тадбирларни қўллашга қаратишлари лозим. **Хулосалар:** 1. Жамиятимизнинг маълум қисмини ногирон-болалар ташкил этади ва улар тиббий-ижтимоий ёрдамга муҳтож; 2. Ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан ногиронлик кўпроқ аниқланган. Болалар ногиронлигини асосий сабаблари туғма ногиронликдир.

НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИ БИЛАН ТУГИЛАН ЧАКАЛОКЛАР АНАМНЕЗИНИНГ КЛИНИК АХАМИЯТИ

Файзуллаева Х.Б. 1-босқич СамМИ магистратура резиденти

Неонатология кафедраси (кафедра мудири-Абдуллаева М.Н.)

Илмий раҳбар: проф. Абдуллаева М.Н.

Ҳаммамизга маълумки нафас бузилиш синдроми нафас олиш системасининг ноинфекцион касаллиги булиб, муддатидан олдин туғилган чакалоклар упкасининг этилмаганлиги ва сурфактантнинг бирламчи дефицити туфайли юзага келади. Нафас бузилиш синдроми ҳозирги кунгача муддатидан олдин туғилган ва этилмаганлик белгилари билан

тутилган чакалоқларнинг етакчи улим сабабларидан биридир. НБС ривожланиш частотаси чала тутилганлик даражасига боғлиқ бўлиб, 82-88 фозини 27 ҳафтадан кичик гестация муддатига тутилган чакалоқлар, 78-80% 27-28 ҳафтада, 70% 29-30 ҳафталик гестация муддатига тугилган, 50-55% 31-32 ҳафталик, 20-22% 33-34 ҳафталик, 56-10% 35-36 ҳафталик, 1-2% ҳолларни 37 ҳафта ва ундан юқори гестация муддатига тутилган чакалоқлар ташкил этади. **Изланиш мақсади:** НБС билан тутилган чакалоқларда анамнезнинг ахамиятини курсатиш. **Изланиш объекти ва усуллари:** Изланиш 50 та янги тутилган чакалоқлар орасида Самарқанд вилоят перинатал марказида ва Самарқанд вилоят болалар куп тармоқли тиббиет маркази «Неонатология» бўлимида клинко-диагностик текширишларга асосан утказилди. 15та муддатига тутилган чакалоқлар, 20 та 35-37 ҳафталик гестацион муддатда тутилганлар, 15та 32-34 ҳафталик гестацион муддатда тутилганлар. **Олинган натижалар:** Муддатига тутилган чакалоқлар анамнездан хомила ичи инфекцияси-33,3% (5), хомила ичи гипоксияси-26,6 (4) %, асфиксия билан тугилиши-20%(3), кандли диабет ва бошқа эндокринопатиялари булган оналардан тугилиш 6,7% (1), кесарча кесиш операцияси билан тугилиш-13,3% (2). 37-35 ҳафталик гестацион муддатда тутилган чакалоқлар анамнездан онасида хомила тушиш хавфи-30% (6), хомиладорликнинг II – уч ойлигида грип билан касалланиш-40%(8), йулдошнинг эрта кучиши ва кон кетиши-20%(4), МНС нинг турук травмаси-10% (2). 34-32 ҳафталик гестацион муддатда тутилган чакалоқлар анамнезидан онадаги гипертензион ҳолатлар- 26,6%(4) коникарсиз яшаш шароити-20,2%(3), тугруқлар орасида киска интерваллик хомиладорлик-26,6% (4), кетма-кет абортлар-26,6%(4). **Хулоса:** Олинган маълумотлар хомиладор аёллар турмуш тарзини яхшилаш, бирламчи тиббиёт муассасалари ходимлари: умумий амалиёт шифокори, хамшираси, худуд акушер-гинекологи томонидан хомиладор аёл патронажини уз вақтида олиб бориш, хомиланинг 20 ҳафталик гестация скрининг текширувлардан утказилишини мунтазам назорат қилиш, булажак оналар билан тугруқлар орасида камида 3 йил интервал сақлаш, Контрацепция усуллари билан кенг фойдаланиш, айниқса куп болалик аёллар орасида «Ихтиёрий жаррохлик контрацепцияси» нинг афзалликлари борасида тушунтириш ишларини олиб бориш, фертил ёшдаги аёллар ва усмир кизларни соғломлаштириш учун уз вақтида «Чуқурлаштирилган тиббий курик»ни ташкил этиш каби чора тадбирларни утказишга туртки була олади.

КИЗАМИК КАСАЛЛИГИНИ БИР ЁШГАЧА БУЛГАН БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ МАЛИЁДА УЧРАГАН БИР ХОЛАТ БУЙИЧА ТАХЛИЛ ЭТИШ

Эрназаров А., 3 курс магистратура резиденти СамДТИ

Юкумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси (каф. муд. доц. Ярмухаммедова Н.А.)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Орзикулов А.О.

Адабиётларда кизамик касаллигининг бир ёшгача булган болаларда жуда кам учраши ва огир кечиши айтиб утилган. Шунга асосан, кизамик касаллиги 40 кунликкача булган чакалоқларда жуда кам учрайдиган ҳолат ҳисобланади. Бизнинг кузатувимизда шундай ҳолат учраганлиги боис, биз ушбу ҳолат буйича амалиёт шифокорларини батафсил таъинлаштиришни маъқул курдик. **Тадқиқот мақсади:** Бир ёшгача булган болаларда кизамик касаллиги кам учраганлиги боис, амалиётда учраган бу ҳолат буйича амалиёт шифокорларига батафсил маълумот бериш ва касалликнинг клиник-лаборатор кечишини тахлил этиш. **Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Шу мақсадда биз 2014 йилда ВЮКШ шифохонасида «Кизамик» ташхиси билан ётиб даволаниб чиққан бир беморнинг касаллик тарихини ретроспектив тахлил этдик. Беморга ташхис стандарт асосида клиник, эпидемиологик ва лаборатор курсаткичларга асосан куйилган. **Тадқиқот муҳокамаси:** Бемор А., 25 кунлик. Онасининг сузига кура, касаллик укчиб қусиши, тана хароратининг юқори даражаларга кутарилиши, баданида догсимон папулэз тошмалар чиқиши, инжиклик, безовталиқ, безовталиқ, иштахасининг йуқлиги билан бошланган. Анамнездан, беморнинг онаси фарзандини 6 кундан буён касал, деб ҳисоблайди. Касалликнинг 2-кунги беморда кузларининг кизариши, бурун оқиши аниқланган. Касаллигининг учинчи кунги баданида тошмалар тоша бошлаган. Касаллигининг туртинчи кунги бемор бир марта қусган. Сунг безовталиқ кучайган. Тошмалар тошишида босқичлик кузатилмаган. Беморнинг ахволи огирлашгач, Самарқанд вилоят юкумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этишган. Анамнездан, беморнинг она сути билан озикланаётганлиги, беморнинг онаси 10 кун олдин кизамик билан хасталанганлиги ва уй шароитида даволанганлиги аниқланади. Объектив текширувда, бемор жуда безовта, инжик. Умумий ахволи огир. Тери копламларида догсимон папулэз тошма куп микдорда аниқланади. Куз шиллик пардалари кизарган. Бурнидан шилликли ажралма ажралади. Нафас олиши эркин. Упкасида дагал нафас эшитилади. Юрак тонлари бугиклашган. Пульс ритмик 156 марта. Тили нам, ок караш билан копланган. Корни дам, пайпасланганда жигар +1,5 см қатталашган. Ахлат бир кеча кундузда 1 марта утади. Катта ликилдоги чуккан. Лаборатор тахлил натижалари: гемоглобин 120 г/л, эритроцит $3,48 \cdot 10^{12}$ л, лейкоцит $6,4 \cdot 10^9$ л. СОЭ 12 мм/с. Сийдик ва ахлат тахлили узгаришсиз. Бемор педиатр томонидан курилди. Беморга клиник, лаборатор ва эпидемиологик маълумотлар асосида куйидаги клиник таххис куйилган: «Кизамик. Урта огир шакли. Асорати: Уткир трахеобронхит» Утказилган муолажалардан кейин беморнинг умумий ахволи яхшиланди. Беш кундан сунг бемор коникарли ахволда уйга юборилди. **Хулоса:** Қизамик касаллиги диагностикаси соҳасида бир қатор ютуқларга эришилганига қарамадан, бир ёшгача булган болаларда касаллик ташхисоти амалиёт шифокорлари учун бироз муаммо тугдиради. Шу боис, бир ёшгача булган болаларда кизамик касаллигининг кечиш хусусиятларини ўрганиш касалликнинг даволаш самардорлигини ҳам белгилайди.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ХАРАКТЕР ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Абдикулова Н.Х., резидент магистры 2 года обучения ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 5-6 курсов (зав. кафедрой проф. Ф.М. Аюпова)

Научный руководитель: д.н.м. Бекбаулиева Г.Н.

Невынашивание беременности (НБ) является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем. Частота его в популяции составляет 2% от числа беременностей. Известно, что около 80% всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности связано с иммунологическими нарушениями, а в некоторых случаях - развитием антифосфолипидного синдрома. **Цель работы:** Определить роль иммунологических нарушений в генезе привычного невынашивания. **Материал и методы исследования:** Для решения поставленной цели было обследовано 60 беременных женщин сроком до 22 недель гестации с НБ в анамнезе: I группа - 30 женщин с неразвивающейся беременностью, II группа - 30 женщин с другими видами репродуктивных потерь. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологическим течением беременности в аналогичных сроках. Возраст обследованных женщин колебался от 21 до 39 лет, в основных группах составил в среднем $30,6 \pm 7,8$ лет, в контрольной группе $29,5 \pm 8,8$ лет. У пациенток группы I репродуктивными потерями явились неразвивающаяся беременность, произошедшая в I-триместре у 24 (80,0%) женщин и во II-триместре - у 6 (20,0%) женщин. Анэмбриония в анамнезе развилась у 8 (26,6%) пациенток. Срочные роды (живые дети) произошли лишь у 5 (16,7%), преждевременных родов не было. Искусственные аборт отмечены у 6 (20,0%) пациенток, причем все случаи произошли до развития неразвивающейся беременности. В группе II анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами у 20 (66,7%) пациенток в I триместре, во II триместре (до 21 недели гестации) - у 8 (26,6%) женщин, ранние преждевременные роды отмечены у 2 (6,7%) женщин. Срочные роды (живые дети) в анамнезе отмечены у 8 (26,6%) женщин, искусственные аборт также в 8 (26,6%) случаях. В группе I первичным бесплодием пациентки не страдали, вторичное бесплодие было выявлено у 10 (33,3%) пациенток. Во всех этих случаях был исключен мужской фактор бесплодия. У остальных пациенток беременность наступала самостоятельно в спонтанном цикле. В группе II первичное бесплодие отмечено у 3 (10,0%), а вторичное - у 12 (40,0%). Внематочная беременность встречалась у 5 (16,7%) женщин в группе I, в группе II - у 7 (23,3%) пациенток. Тяжелая преэклампсия во время предыдущих беременностей пациенток группы I отмечена была у 2 (6,7%) пациенток, случаев преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты не было. В группе II тяжелая преэклампсия отмечена - у 8 (26,7%). У 2 (6,7%) женщин в группе II предыдущая беременность была отягощена преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В контрольной группе предыдущие беременности не были отягощены невынашиванием и акушерскими проблемами. Нужно отметить, что течение данной беременности у всех беременных (основная и контрольная группы) протекала на фоне угрозы прерывания. Все пациенткам с невынашиванием проведен скрининг на определение антифосфолипидных антител IgG и IgM. **Результаты:** У беременных группы I антифосфолипидные антитела выявлены у 7 (23,3%) беременных, во II-группе - у 10 (33,3%). В контрольной группе в анализе показал отрицательный результат во всех случаях. **Выводы:** Таким образом, среди факторов развития НБ с отягощенным акушерским анамнезом следует выделить антифосфолипидный синдром. Имеется четкая взаимосвязь с наличием антифосфолипидных антител у беременных с неразвивающейся беременностью и синдромом потери плода в 23,2% случаев. В тоже время можно четко определить роль антифосфолипидного синдрома в НБ у пациенток с патологическим течением беременности в 33,3% случаев.

ОСОБЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Абдуразакова М.Д., асс. кафедры акушерства и гинекологии 4 и 5 курсов ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4 и 5 курсов (зав. каф. - Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Бабаджанова Г.С.

Цель работы: Изучение факторов риска развития варикозной болезни у беременных. **Материал и методы исследования:** Нами обследовано 32 беременных во II и III-триместрах гестации с разными вариантами варикозной болезни: варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ), варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов. Обследованные больные лечились в отделении патологий беременных 9 АГК г.Ташкента. В работе были использованы клинические, лабораторные, ультразвуковое и доплерометрическое методы исследования фето-плацентарного комплекса и органов малого таза, консультации сосудистой хирурга. Критерии исключения для всех больных: разрыв варикозного узла с кровотечением, хроническая венозная недостаточность с развитием трофических язв. **Результаты:** Обследование беременных показало ее высокую частоту у женщин молодого возраста. Так, 78% больных были в возрасте до 30 лет, а средний возраст пациенток составил $26,5 \pm 4,3$ лет. Варикозная болезнь впервые выявлена при первой беременности у 14 (43,75%) женщин. Исходя из выше изложенного становится очевиден наследственный характер предрасположенности к данной патологии. До настоящей беременности 6 (18,75%) больных предохранялись от нежелательной беременности средствами гормональной контрацепции. В анамнезе 30% беременных имелись различные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки у 18,7%, хронический аднексит у 21,8%, первичное бесплодие у 3,1%, хламидиоз у 6,2%, хронический метроэндометрит 6,2%, кольпит у 34,3%. У 18,7% больных выявлены различные клинические варианты нарушения менструального цикла. Характеризуя репродуктивную функцию обследованных женщин, надо отметить, что анамнез был отягощен у 21,8 - искусственными абортми, у 15,6% - самопроизвольными выкидышами, у 6,2% - неразвивающейся беременностью в сроке до 20-ти недель беременности. ВРВМТ развивается чаще после 28 недели беременности, и связано с физиологической перестройкой венозной системы малого таза в течение беременности, сдавлением венозных коллекторов беременной маткой, прогрессирующим воздействием гормонов плаценты. Изучение течения беременности обследованных показало, что наблюдались осложненные исходы беременности, такие как угроза прерывания в разных сроках, раннее начало плацентарных нарушений (с 25 недель), острая и хроническая гипоксия плода, увеличение частоты угрозы преждевременных родов. У половины пациенток варикозной болезни сопутствовала та или иная соматическая патология. У 37,5% женщин страдало от заболеваний сердечно-сосудистой системы, такие как хроническая гипертензия, нейроциркулярная дистония. У 65,6% больных выявлено почечные патологии (пиелонефрит, мочекаменная болезнь почек, гидронефроз I и II степени), у 34,4% хронический холецистит, у 81,25% анемия различной степени. При изучении

показатели свертывающей системы практически у всех беременных с варикозным расширением вен наблюдались нарушения коагуляционного звена гемостаза. Отмечалось увеличение активности свертывания крови, возрастало количество фибриногена, удлинялось и тромбиновое время. При проведении доплерометрического исследования обнаружено в 69% случаев параллельность расширение вен органов малого таза с нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока. **Выводы:** Анализируя данные, можно заключить, что основными факторами в развитии патологии вен у женщин при беременности являются: дисгормональная перестройка, формирование маточно-плацентарного кровообращения, повышение внутрибрюшного давления, изменения в свертывающей системе крови, повторные роды. При варикозной болезни у беременных отмечены лабораторные признаки гиперкоагуляции, а также, высокая соматическая заболеваемость.

СПОСОБ РЕГЕНЕРАЦИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДИСПЕРГИРОВАННЫХ КОЛЛОИДОВ

Аверьянов В.В., Гараев А.Т., студенты 2505 группы пед. факультета КазГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Фаткуллин И.Ф.)

Научные руководители: к.м.н. доцент Хайруллина Г.Р., проф. Фаткуллин И.Ф.

Проблема родоразрешения путем операции кесарева сечения в последние годы активно дискутируется в связи с увеличением ее частоты, снижением эффективности в отношении репродуктивных потерь, а также негативного влияния оперативного вмешательства на репродуктивное здоровье женщин. При рубце на матке последующая беременность нередко протекает с явлениями угрозы прерывания, истончением рубца на матке. **Цель работы:** Оценить эффективность аллогенного диспергированного биоматериала "Аллоплант стимулятор регенерации" на рубцовую ткань матки после операции кесарева сечения. **Задачи.** 1. Изучить структуру рубца на матке на 7 и 30 дни после операции кесарева сечения. 2. Оценить качество рубца с применением и без применения диспергированных коллоидов. **Материал и методы исследования:** На базе научно исследовательской лаборатории было выполнено 30 операций кесарево сечение крысам на сроке беременности 19 дней. 1) 10 крыс (контрольная группа) непрерывный шов через все слои матки с использованием рассасывающей нити викрил. 2) 20 крыс (опытная группа) тот же непрерывный шов и шовный материал, с введением диспергированного биоматериала "Аллоплант". **Результаты:** На гистологическом исследовании биоптатов матки. После операции кесарево сечение в контрольной группе на 7 сутки определялись признаки выраженной воспалительной реакции, характерной для асептического воспаления при заживлении ран. В ране определялось большое количество сидерофагов, придающих тканям на гистологических препаратах коричневый цвет. На 7 сутки после введения вокруг частиц Аллопланта выявлялась слабая клеточная реакция. Среди клеток определялось значительное количество макрофагов, фагоцитирующих частицы Аллопланта. На 30 сутки в контрольной группе заживление раны в области рубца наблюдались элементы грубого рубцевания. Грубая плотная соединительная ткань разрасталась вместо тяжелой гладких мышечных клеток. На 30 сутки в опытной группе наблюдается слабо выраженная клеточная реакция в зоне введения Аллопланта. Вследствие низкой антигенности биоматериала Аллоплант и слабой воспалительной реакции окружающих тканей, макрофаги экспрессируют незначительное количество противовоспалительных цитокинов, который является стимулятором фибропластических процессов, ведущих к грубому рубцеванию тканей, репаративная регенерация происходит с торможением пролиферации фибробластов и торможением синтеза избытка. Поэтому есть благоприятная возможность для гиперплазии (или пролиферации) гладких мышечных клеток, что и происходит в данном случае. **Выводы:** Таким образом, при использовании аллогенного диспергированного биоматериала "Аллоплант" происходит регенерация послеоперационного рубца более качественно, методом активной пролиферации гладкомышечной ткани. Что является немаловажным фактом в будущем для безопасного течения последующих беременностей.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Агзамова А.С., студентка 4 курса пед. факультета, КазГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Фаткуллин И.Ф.)

Научный руководитель: доцент Хайруллина Г.Р.

Цель работы: Сравнить перинатальные исходы детей рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в зависимости от срока гестации, способа родоразрешения и индукции родов. **Материал и методы исследования:** В ГАУЗ ГКБ №7 города Казани проведен ретроспективный анализ 44 преждевременных родов за 2015 год, детей с ЭНМТ, состояние которых потребовало проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). **Результаты:** Нами были изучены акушерско - гинекологический и экстрагенитальный анамнезы матерей, течение и осложнения беременности, способы родоразрешения и перинатальные исходы. Беременность была осложнена: угрозой преждевременных родов, преэклампсией тяжелой степени, ХФПН, ЗВУР, отслойкой нормально расположенной плаценты. В зависимости от срока гестации новорожденные были разделены на группы: I - 22 - 24 недели, 8 детей с массой 640±750 гр., II - 25 -27 недель, m780±870 гр.- 25 детей m780±870 гр., III - 28 -32 недели - 14 детей, m850±950 гр. Роды через естественные родовые пути произошли у 34% женщин, путем операции кесарево сечение у 66%, из них в целом плодном пузыре 34%, в целом плодном пузыре + плацента 7%. Показаниями к операции кесарево сечение явились: преэклампсия тяжелой степени, ХФПН, ЗВУР II - III степени, внутриутробная гипоксия плода с нарушением кровотока. Из этого следует, что дети, которым потребовалось ИВЛ в раннем неонатальном периоде, страдают еще до рождения. Перинатальные исходы: всего родилось 47 детей. Ранняя неонатальная смертность составила 6 детей, в основном это дети I группы. Причины смерти: СДР, полиорганная недостаточность, внутриутробная пневмония. В структуре заболеваний новорожденных преобладали: СДР, церебральная ишемия II-III ст., ЗВУР, патологии сердечно сосудистой системы, Патология почек, ВУИ, внутриутробная пневмония, геморрагический синдром. При родоразрешении через естественные родовые пути средний балл по шкале Апгар во всех группах составил 4,8 - 5 баллов, а при классическом КС - 5 - 5,3 балла. Оценка по шкале Апгар у детей, рожденных путем КС в плодном пузыре и в плодном пузыре + плацента достоверно выше, чем при классическом КС и составил в I - 5 - 5,3 балла, II - 5,3 - 6 баллов, III - 5,5 - 7 баллов. **Выводы:** Таким образом, способ извлечения плода в целом плодном пузыре и в плодном пузыре с плацентой является резервным механизмом для улучшения перинатальных исходов при преждевременных родах. Снижение частоты неврологических осложнений в раннем неонатальном периоде обусловлено не только уменьшением объема реанимационных мероприятий, но и сроком гестации и способом родоразрешения.

ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ

Равзатов Ж.Б., студент 613 группы лечебного факультета АндМИ

Кафедра факультативной и госпитальной хирургии (заф. каф. - проф. Джумабаев Э.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Суюнов Д.М.

Нередко у женщин детородного возраста острые гинекологические заболевания (острый сальпингит, сальпингоофарит, аднексит, эндометрит, параметрит, перекрути кистей яичника, пельвиоперитонит) сочетаются с острым аппендицитом. В связи, с чем подвергаются экстренной операции-аппендэктомии. **Цель работы:** Проводимая антибактериальная терапия, в комплексе консервативной терапии в после операционном периоде, осуществляется введением традиционным путём (в/в, в/м, в/п), либо лимфотропно. Известно, что при воспалительных заболеваниях органов генеталии лимфотропное введение антибиотиков осуществляется в области ноги: через межпальцевое пространство, голени, бедро, паховой складки, а также через круглую связку матки и в правую подвздошную ямку (ращпредложение № 1925 24.03.2007г. Хайдаров М.М., Хакимов В.А. и соавт), с учетом анатомической и физиологической взаимосвязи лимфатических сетей илеоцекального угла, органов гениталий и подвздошной ямки (Б.В Огнев 1936г, Д.А. Жданов 1952г, Ю.Е. Выренков 1967г, М.Р. Сапин, Э.И. Борзяк 1982г, С.У. Джумабоев 1988-1990г). Лимфотропная антибактериальная терапия проводилась через правую подвздошную ямку один раз в сутки в течение 3-5 дней. **Материал и методы исследования:** В качестве лимфостимулятора мы использовали гепарин, лазикс; антибиотик широкого спектра действия, в разовой дозе, которые вводились, разведёнными в тёплом 0.5%-30мл растворе новокаина. Накладывался полиспиртовый компресс на место инъекции на два часа. После манипуляции в течение часа рекомендован постельный режим. Под нашим наблюдением находилось 32 женщины детородного возраста, перенесшие операцию аппендэктомия в сочетании с патологией органов гениталий (так сальпингоофорит -7, перекрут кисты яичника -5, апоплексия яичника-13,трубная беременность -3, эндометрит, пельвиоперитонит-4). У больных с апоплексией и перекрутом кисты яичника и трубной беременностью были произведены соответствующие симультаные операции. **Результаты и обсуждение:** Из наблюдаемых нами 10-х больных, антибактериальная терапия проводилась традиционным методом (контрольная группа). У 22-х-антибиотики вводились лимфотропно по выше указанной нами методике (основная группа). **Выводы:** Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в основной группе больных имело место более раннее восстановление функции кишечного тракта, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела, уменьшение выделяемого из влагалища, сокращение пребывания больного на койке в среднем на - 1,5 дня.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СРЕДИ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СВП

Акбарова С.Б., студентка 602 группы медико педагогического факультета АндМИ

Равзатов Ж.Б., студент 613 группы леч. факультета АндМИ

Кафедра квалификации и переподготовки врачей общей практики (заф. каф. - доцент Бойкузиева М.Б.)

Научный руководитель: доцент Бойкузиева М.Б.

Цель работы: Несмотря на то, что тема грудного вскармливания знакома и понятна всем, к сожалению, есть некоторые моменты, которые требуют улучшения в этой области. Мы решили рассмотреть всю систему грудного вскармливания, которая действует у нас в СВП с целью выявить существующие в ней погрешности и соответственно улучшить все составные процессы этой системы. Для этого мы поставили перед собой следующие задачи: 1. Определить и улучшить качество знаний и навыков грудного вскармливания среди медицинского персонала. 2. Определить степень и улучшить процесс информированности кормящих матерей о принципах грудного вскармливания. **Материал и методы исследования:** Проведённый нами причинно-следственный анализ показал, что существуют определённые этапы процесса работы, которые требуют вмешательства с целью улучшения. Для этого мы составлены стандарты и индикаторы, которые были проверены до и после вмешательства. Соответственно для их проверки нашей командой были определены источники и методы сбора информации (проверка и анализ АндМИнистративной и клинической документации, оценка знаний и навыков по оценочным листам для медперсонала и вопросников для матерей). А также были произведены расчёты, результаты которых показали, какие показатели требуют улучшения. **Результаты:** Процент медицинских работников, обученных принципам грудного вскармливания до проведения вмешательства, составил у нас 20%. При повторной оценке после обучения этот показатель улучшился и составил 80%. Каждый кабинет, где идёт приём грудных детей, был снабжён информационным материалом, который позволил наглядно продемонстрировать кормящим матерям все принципы грудного вскармливания. И конечно, окончательный результат, который показал насколько эффективна наша работа, мы получили после оценки наших матерей, которые кормят грудью. Оценивая матерей по вопросникам, мы получили, что информированность и обучение матерей принципам и навыкам грудного вскармливания до вмешательства составляло 13%, после вмешательства намного - 75%. **Выводы:** Инструмент непрерывного повышения качества - цикл ПВИД, который мы провели дал хороший результат. Проведя анализ корневых причин, мы выявили то, на что необходимо оказать воздействие, чтобы улучшить систему оказания помощи кормящим матерям. Чтобы довести проект до конца осталось проанализировать среднесрочные и долгосрочные результаты, а затем вновь начать проводить вмешательства, только теперь вовлекая в процесс всё СВП и, конечно, всё население.

АНАЛИЗ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Акпербекова И.С., асс. кафедры ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф.-проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: проф. Аюпова Ф.М.

Хорошо известно, что во время беременности происходят физиологические изменения в системе гемостаза. Повышенное тромбообразование у женщин в акушерской практике является одной из значимых причин развития осложнений беременности, а иногда и потери плода. Сочетание таких факторов как возраст, анамнез и антифосфолипидный синдром (АФС) значительно повышает риск развития осложнений беременности. Ранняя диагностика тромбофилии является существенным резервом в снижении перинатальных потерь и акушерских кровотечений. **Цель работы:** Провести анализ течение беременности и родов у женщин с тромбофилическими нарушениями в системе гемостаза. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ ведение беременности и родов у 98 женщин с тромбофилиями, находившихся на лече-

нии в 9 АГК в 2014–2015 гг. Средний возраст пациенток составил 25,3 лет, первобеременных было 28 женщин (28,6 %), повторнобеременных – 70 (71,4 %). **Результаты:** Проследить тромбофилический анамнез удалось у 13,3 % от всех обследованных беременных. У всех пациенток выявлена экстрагенитальная патология. До наступления настоящей беременности у 4 пациенток отмечены тромбозы вен нижних конечностей. Более чем у половины беременных (54,7 %) имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Установлены такие осложнения настоящей беременности: отслойка плодного яйца в I триместре беременности при УЗИ выявлена у 13,2 % беременных, угроза прерывания беременности диагностирована у 66 % лиц. Преэклампсия тяжелой степени диагностирована у 9,4 % пациенток. В 32 % случаях по данным УЗИ плода диагностирована фетоплацентарная недостаточность. В одном случае у пациентки с АФС диагностирована замершая беременность в сроке 16–17 недель. У другой беременной возникла преждевременная отслойка низко расположенной плаценты в сроке 34 недели гестации, потребовавшая экстренного оперативного родоразрешения, общая кровопотеря составила 700 мл. Течение настоящей беременности осложнилось тромбозом поверхностных вен нижних конечностей у 2-х беременных с АФС. При лабораторном исследовании гемостаза АФС диагностирован у 68 беременных. Диагноз АФС верифицирован обнаружением повышенного уровня волчаночного антикоагулянта в крови у 50 беременных, а также повышением антител к кардиолипину – у 21 человека. Гиперфибриногенемия (более 6 г/л) выявлена у 5,6 % пациенток, снижение антитромбина III – у 19,8 %, его повышение – у 9,4 % лиц. В одном случае у беременной с сочетанной тромбофилией, ИЦН произошел самопроизвольный выкидыш при сроке гестации 20 недель. В двух случаях беременность прервана по медицинским показаниям. Рождением живых детей 96 беременностей закончились при сроках беременности 28–37 недель – у 18,8 % пациенток, 38–40 недель – у 81,2 %. Самопроизвольные роды произошли у 44 пациенток (43,1 %), из осложнений родового акта у рожениц отмечены слабость родовой деятельности – у 7, внутриутробная гипоксия плода – у 4. Родоразрешены операцией кесарева сечения 58 беременных и рожениц, из них в плановом порядке 68,9 % от всех оперированных женщин, по экстренным показаниям – 31,1 %. Средняя масса новорожденных составила 3 114 г. Средняя кровопотеря более чем в 2 раза превышала среднестатистические показатели, составляя 451 мл. Отмечены три случая массивных кровопотерь: 1 500 мл (22 мл/кг), 2 500 мл (34 мл/кг) и 3 800 мл (47 мл/кг). **Выводы:** При антенатальном уходе необходимо проведение исследования расширенного гемостаза не менее двух раз в течение гестационного срока: до 12 и в 33–34 недели. При выявлении тромбофилии кратность обследования необходимо увеличить и проводить с периодичностью в 6–8 недель.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Акпербекова И.С., асс. кафедры ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: проф. Аюпова Ф.М.

Цель работы: Определение характерных изменений в уровнях регуляторных аутоантител у беременных женщин с антенатальной гибелью плода как группы риска по развитию массивных акушерских кровотечений, а также с развившимся массивным кровотечением в родах и послеродовом периоде. **Материал и методы исследования:** Проведено обследование 45 беременных с антенатальной гибелью плода. Основную группу составили 30 беременных с антенатальной гибелью плода, у которых развилось массивное кровотечение в родах и послеродовом периоде. Кровопотеря у этих женщин была более 1,5% от массы тела, варьировала от 1300 до 3000 мл. Группу сравнения составили 15 беременных с антенатальной гибелью плода и с риском развития кровотечений, у которых кровопотеря в родах была физиологической. У 13 беременных контрольной группы беременность и роды протекали без осложнений, средняя кровопотеря составила $260,0 \pm 35,5$ мл. У всех беременных изучен акушерский анамнез, проведено расширенное исследование коагулограммы и тромбоцитарного гемостаза в динамике. А так же в сроке 32–36 недель беременности и в родах у всех женщин определяли сывороточное содержание аутоантител класса IgG связывающихся: с белком-маркером воспаления эндотелия сосудов ANCA, белками тромбоцитов - маркерами тромбоцитопатий, двуспиральной ДНК, главным фосфолипидсвязывающим белком сывотки крови $\beta 2$ -гликопротеином I ($\beta 2$ -ГП), суммарными фосфолипидами (СФЛ), Fc-фрагментами IgG. **Результаты:** Достоверной разницы по отягощенности соматического анамнеза у пациенток основной группы, группы сравнения и контроля не было ($p > 0,1$). Осложнения беременности встречались в основной группе и группе сравнения с одинаковой частотой ($p > 0,1$), но достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). У 33 % пациенток основной группы и у 40 % женщин группы сравнения роды были преждевременными. В контрольной группе все беременности завершились срочными родами. Через естественные родовые пути были родоразрешены 41 % женщин. Из них в основной группе - 17 %, в группе сравнения - 23 %, в контрольной группе - 92 % пациентки. Среди беременных с массивными кровотечениями выявлены изменения в содержании аутоантител. Общее количество пониженных уровней аутоантител составило 36% от всех определений при массивных кровотечениях, повышенных - 34 %, нормальных - 26 %. На фоне дисбаланса аутоантител патологическое повышение сывоточного содержания прежде всего касалось аутоантител к СФЛ, характерное для 87 % от числа беременных I подгруппы, у 27 % беременных сочетающееся с повышением аутоантителами к $\beta 2$ -ГП и ДНК. У всех таких женщин отмечались изменения со стороны показателей гемостаза, свидетельствующие о наличии хронического ДВС синдрома. **Выводы:** Изменения содержания естественных аутоантител у женщин с антенатальной гибелью плода и массивной кровопотерей характеризуются выраженным снижением уровней аутоантител к белкам тромбоцитов в сочетании со значительным повышением аутоантител к суммарным фосфолипидам у 87 % женщин. У женщин с антенатальной гибелью плода как группы риска особенностью состояния аутоантител является преобладание нормальных или слабо повышенных значений аутоантител к белкам тромбоцитов на фоне дисбаланса одного или нескольких аутоантител - к ДНК у 85 %, СФЛ у 66 %, $\beta 2$ -ГП у 60 %, Fc-фрагментам Ig G у 60 % и к ANCA у 52 % пациенток.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алиева Н.К., студентка 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф.- проф. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: асс. Шавази Н.Н.

Цель работы: Оценка клинико-лабораторной эффективности применения препарата «Тержинан» у пациенток с вульвовагинитами различной этиологии. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 176 женщин репродуктивного возраста. Наличие признаков воспалительного поражения влагалища и вульвы, позволивших поставить диагноз

«вульвовагинит». Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико-anamnestическое обследование, аминотест, Ph-метрию вагинального отделяемого, расширенную вульвовагино- и кольпоскопию, цитологическое исследование, микроскопическое исследование мазков содержимого влагалища, бактериологический посев из влагалища, количественное определение условно-патогенной, патогенной и нормальной микрофлоры методом полимеразной цепной реакции (Фемофлор-16 и Фемофлор-7) и количественное определение ВПЧ на 21 тип. **Результаты:** Все пациентки (100%) были разделены на 4 группы: 1 группа – 45 (19,6%) женщин с неспецифическим вагинитом; 2 группа – 41 (17,8%) женщина с диагнозом «вульвовагинальный кандидоз»; 3 группа – 43 (18,8%) женщины с диагнозом «бактериальный вагиноз»; 4 группа – 47 (20,3%) женщин со смешанной бактериально-грибковой инфекцией. Лечение проводилось всем 176 (100%) женщинам, входившим в 4 группы. В качестве специфической терапии был назначен препарат Тержинан по 1 таблетке вагинально 1 раз в сутки ночью в течение 10 дней. Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев через 2 недели после окончания лечения, через 3 и 6 месяцев с целью оценки возможности рецидивирования. После проведенной терапии эффективность лечения в 1 группе составила – 86,7%. Жалобы на выделения из половых путей сохранялись у 6 (13,3%), на диспареунию у 1 (2,2%) женщин, зуд, жжение и дискомфорт в области вульвы не отмечались ни у одной пациентки 1 группы. Эффективность лечения во 2 группе – 79,1%. Жалобы на выделения из половых путей предъявляли 9 (20,9%) женщин, дискомфорт в области вульвы – одна (2,3%), диспареунию две (4,7%) женщины, зуд, жжение не отмечались ни у одной пациентки. В 3 и 4 группе жалобы на выделения из половых путей сохранялись у 6 (14,6%) и 7 (14,9%), на диспареунию у 1 (2,4%) и 2 (4,3%) женщин соответственно. Зуд, жжение и дискомфорт в области вульвы не отмечались ни у одной пациентки 4 группы. В 3 группе сохранялись жалобы у 3 пациенток: на зуд – у 1 (2,4%), жжение – у 1 (2,4%) и дискомфорт в области вульвы – у 1 (2,4%). Эффективность лечения в 3 и 4 группе составила 85,4% и 85% соответственно. Через 3 и 6 мес. после окончания терапии пациентки были приглашены на контрольное обследование. Из 176 обследованных женщин через 3 мес. после окончания терапии был поставлен диагноз НВ 1 пациентке, БВ – 1, ВВК – 1. Смешанная инфекция не выявлена ни у одной пациентки. Всем 3 женщинам с рецидивами повторно назначен курс лечения. Через 6 месяцев после окончания лечения выявлено 2 случая рецидива ВВК, 1 – БВ, у 1 пациентки выявлена смешанная инфекция. **Выводы:** Тержинан является эффективным препаратом для лечения неспецифического вагинита, БВ и ВВК. При применении Тержинана отмечались минимальное число рецидивов в течение последующих 6 месяцев наблюдения. Не зарегистрировано осложнений аллергических реакций, обладает отсутствием системного эффекта, быстрым клиническим действием, положительным влиянием на микроциркуляцию и слизистую оболочку влагалища, безопасностью применения во время беременности.

ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ

Алиева С.З., студентка 411 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. – проф. Закирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Камалова Д.Д., Шавazi Н.Н.

Цель работы: Выявление связи уровня внутрибрюшного давления во время беременности с показателями МФПК. **Материал и методы исследования:** обследовано 90 беременных при сроке 20–24 недели гестации, проходивших плановое обследование или лечение угрозы прерывания беременности. Оценка ВБД осуществлялась в ранние сроки, что позволило судить о первичности ВБГ с большей долей вероятности. Оценку ВБД осуществляли с помощью системы «Unometerabdopressure» (Unomedical) через мочевого пузыря. Для изучения МФПК проводилось доплерометрическое исследование в дуплексном режиме с использованием секторальных механических датчиков с частотой 3,5 МГц. В ходе исследования проводилась оценка показателя индекса резистентности (ИР) в маточных артериях (МА) и артериях пуповины (АП). Показатель ИРМА представлял среднюю ИРМА левой и правой маточной артерии. Затем вычисляли показатель «П», характеризующий степень компенсации маточно-фето-плацентарного кровотока. $P = \text{ИРМА} / \text{ИРАП}$. Полученные результаты исследования показателей ВБГ и МФПК во II триместре сопоставляли с акушерскими и перинатальными исходами беременности и родов. Критерием исключения было наличие сопутствующих хронических заболеваний в стадии суб- и декомпенсации и первичной плацентарной недостаточности. **Результаты:** среднее значение показателя ВБД было $12,76 \pm 4,0057$ мм рт. ст.; $\text{ИРМА} = 0,59 \pm 0,1570$, $\text{ИРПА} = 0,69 \pm 0,0899$, $P = 0,59 \pm 0,2543$ отн.ед. При этом уровень ИРМА возрастал с увеличением значений ВБД. Установлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,83$; $p = 0,000$) показателей ИРМА и уровня ВБД. Связь между уровнем ВБД и ИРПА была слабая – $r = 0,23$; $p > 0,05$. Несмотря на четко прослеживаемую тенденцию роста ИРМА с увеличением ВБД, достоверные различия диапазона значений ИРМА в зависимости от ВБД отсутствуют (тест Краскела-Уоллиса $p = 1,0$). Проведенный анализ исходов беременности и родов, в зависимости от величины ВБД и ИРМА, позволил определить достоверную связь с этими показателями только двух переменных: тяжести преэклампсии и степени асфиксии новорожденного. При оценке связи показателя «П» с уровнем ВБД, выявлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,72$; $p = 0,000$). Логистический регрессионный анализ показал, что определяющим независимым фактором осложнённых исходов является показатель «П». **Выводы:** оценка МФПК может использоваться как метод оценки влияния ВБГ на перфузию внутренних органов, в том числе и маточно-фето-плацентарного комплекса. В рамках концепции ишемического реперфузионного повреждения, ведущего к тяжелым акушерским и перинатальным осложнениям, ВБД вместе с показателями МФПК являются важными параметрами, которые могут быть получены с использованием неинвазивных методик. Оба этих параметра имеют прогностическое значение в оценке тяжести нарушения спланхической, фето-плацентарной перфузии и могут способствовать ранней диагностике и профилактике осложнений, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ РОДОВ И КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Анисимов А.А., студент 2403 группы пед. факультета КазГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. – проф. Фаткуллин И.Ф.)
Научный руководитель: к.м.н. Исламова Л.Х.

Цель работы: Анализировать эффективность методов профилактики и лечения акушерских кровотечений после родов и кесарева сечения. **Материал и методы исследования:** Проведено ретроспективное исследование 100 случаев акушерских кровотечений, родоразрешенных в акушерском отделении ГАУЗ «ГКБ №7» г. Казани за 2015 год. Из них 42 женщины (I группа) после вагинальных родов и 58 – после кесарева сечения (II группа). Всем родильницам проводились

стандартные методики профилактики и остановки кровотечения. 10 пациенткам из группы высокого риска по кровотечениям профилактика проведена инфузией 100мкг карбетоина. Средний возраст женщин составил 29,1(±5,3) и 29,6 (±7,0) лет, гестационный срок – 40 (±0,7) и 36 (±5,0) недель соответственно. **Результаты:** По паритету и гинекологическому анамнезу достоверных различий в группах не было. При анализе течения беременности во II группе угроза преждевременных родов и анемия встречалась в два раза чаще. При анализе течения родов I группы в 47% случаев наблюдалась слабость родовой деятельности, в 14,3% – преждевременное излитие околоплодных вод, в 7,1% вакуум-экстракция плода. Показаниями к операции в группе II явились отслойка плаценты (46,5%), преэклампсия (10,3%), рубец на матке (10,3%), предлежание плаценты (8,6%). Объем кровопотери в I группе составил 760,5 (±267), во II – 1244,2 (±480) мл. Всем женщинам для остановки кровотечения назначались окситоцин от 10 до 30 ЕД, препараты крахмала, транексамовая кислота. Плазмотрансфузия потребовалась в I группе в 29%, во II группе – 66% случаев, гемотрансфузия в 18,4% и 25% случаев, соответственно. 4 родильницам после родов проводилась инфузия карбетоина, после чего наблюдался стойкий утеротонический эффект. 11 родильницам для остановки кровотечения использовались клеммы по Бакшееву, 9 – этот метод оказался эффективным, 2 – проводилась лапаротомия с наложением компрессионных швов на матку и перевязкой маточных артерий, одной – в дальнейшем экстирпация матки. Во II группе у 4(7,7%) пациенток интраоперационно использовалась гемостатическая губка, у 6(11,5%) перевязка маточных артерий. 4 родильницам в раннем послеоперационном периоде проводилось выскабливание полости матки, 3 – наложение клемм по Бакшееву. 5 – потребовалась релапаротомия с наложением компрессионных швов и перевязкой сосудов, после чего кровотечение остановилось, 2 из них выполнялась радикальная операция. 6 пациенткам интраоперационно проводилась инфузия карбетоина, после чего у одной кровотечения остановилось. 3 родильницам дополнительно накладывались компрессионные швы, 1- клеммы по Бакшееву. У одной пациентки сразу после операции кесарева сечения и у одной с компрессионными швами кровотечения продолжалось, что потребовало проведение радикальной операции. **Выводы:** При применении препарата карбетоин в профилактике акушерских кровотечений удается достичь хорошего утеротонического эффекта и снизить объем врачебных вмешательств. Снижается материнская послеродовая инвалидизация, смертность; сохраняется репродуктивная функция женщины, укорачивается время нахождения женщины в акушерском стационаре.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бахтиерова Р., студентка 705 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. – проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: к.м.н. Джарабекова С.Т.

Послеродовые инфекционные заболевания представляют актуальную проблему современного акушерства, что обусловлено их высокой частотой (5-26%) и ролью в структуре материнской смертности. **Цель работы:** ранняя диагностика послеродовых инфекционных заболеваний и улучшение результатов их лечения. **Задачи исследования:** выявление частоты послеродовых инфекционных заболеваний, ранняя диагностика и улучшение результатов лечения. **Материал и методы исследования:** исследование женщины с послеродовыми инфекционными осложнениями по родильному комплексу № 3 всего 140 случаев, за последние 2 года. У них взяты анализ крови, мочи, мазки из влагалища на степень чистоты. Биохимические анализы крови произведены у 87 (62,1%), в том числе коагулограмм у 46 (32,8%), анализ мочи по Ничепоренко у 28 (20%). **Результаты:** По нашим данным первородящих было 72 (51%), а повторнородящих 68(49%). При изучении течения родов выявлено, что преждевременные роды наблюдались у 27%, срочные роды у 63% женщин. Домохозяек 74 женщины (53%), а рабочих 66 (47%); городские жители составили 39%(54), а сельские 61% -86. Высокая заболеваемость послеродовым эндометритом наблюдается в летнее время 50(36%). Повышение лейкоцитов от $7-10 \times 10^9$ /л наблюдалось у 78 (56%) родильниц. СОЭ 10-40 мм в час встречается чаще у 76(54%) родильниц, с эндометритом Частота ПГСЗ после физиологических родов составила 43(0,6%), после патологических родов она возрастает до 65 (3,3%) случаев, после кесарева сечения до 32 (2%). Инфицирование раны промежности после проведенной эпизиотомии 25 (18%), перитонит после операции кесарева сечения наблюдался у 1(3,1%) тромбозы – у 4 (3%). Проявление осложнений наблюдалось на 2-е сутки у 28 (20%), на 3 сутки у 40 (28,6%), 4-е сутки у 32 (22,9%), 5-е сутки – у 20 (14,3%), 6-8-е сутки у 20 (14,3%). Нами изучены факторы приводящие к ПРГЗ– анемия 80 (57%), угроза прерывания беременности - 32(23%), ОРВИ -16 (11%), гипертензивные состояния -24 (17%), кольпиты-17 (12%), многоводие - 8(6%), бактериальные и вирусные инфекции – 8 (6%), варикозное расширение вен нижних конечностей -4 (3%), предлежание плаценты 4 (3%), пиелонефрит в стадии обострения 6 (4%), преждевременное излитие околоплодных вод 24 (17%), безводный период до 12 ч – 6, до 24 часов -14. До 48 ч – 4, запоздалые роды - 20 (14%), слабость родовой сил 10 (1%), кесарево сечение -32 (23%) эпизиотомия с последующей эпизиоррафией- 25 (19%), травматизм в родах - 30 (21%), акушерские вмешательства в родах -18 (13%). Послеродовый эндометрит встречался у 130 родильниц из них послеоперационные составили 32; 1 случай осложнился послеоперационным перитонитом. Стертая форма эндометрита у нас наблюдалась в 47 (35%) случаев. Лечение проводилось в двух направлениях: проведен бак.посев- лечение проводилось учитывая чувствительность к антибиотикам, эффект от лечения достигался уже на 3-4 сутки; лечение начиналось с назначения антибиотиков широкого спектра действия у 20 женщин клиника уменьшилась, но полного излечения не было, только после получения ответа бакпосева лечение пересматривалось эффект наступал на 5-6 сутки. **Выводы:** Рациональная тактика лечения включает этиопатогенетическое, антибиотикотерапию после определения чувствительности микробов к антибиотикам.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ КРУПНЫМ ПЛОДОМ

Бердиева Фарид, резидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: проф. Негмаджанов Б.Б.

Частота рождения крупного плода составляет 10-12% от общего числа родившихся. Актуальность проблемы крупного плода связана с трудностями родоразрешения, различными осложнениями в процессе родов, обуславливающие высокий процент оперативных вмешательств, материнского и детского травматизм. **Цель работы:** Изучить причины, особенности течения беременности, диагностику, ведение и исход родов у женщин с крупным плодом. **Материал и методы исследования:** Провели исследования течения беременности и родов в родильном доме № 3 за период 2014-2015 гг. в количестве 98 женщин. Среди обследованных жительницы города составили 49 (50%) и сельской местности 49 (50%). По возрасту, беременные распределились следующим образом: до 20 лет-7,2%;21-25 лет -42,9%, от 26 до 30 лет -25,5%, от 31 до 35 лет -18,4%, от 36 до 40 лет -6,1%. Среди обследованных преобладали женщины с крупным плодом в возрасте от 21 до 25 лет

– 42,9%, избыточная масса тела обнаружена у 32,7% женщин. По росту женщины распределились следующим образом: от 151 до 165 см – 81,6% выше 166 см – 15,3%, ниже 150 – 3,06%. 70% женщин, родивших крупный плод, были домохозяйками, служащие составили 16,3% женщин, рабочие – 6,1%, колхозницы – 6,1%. Первородных было 13,3%, повторнородных – 86,7%, первородящих – 15,3%, повторнородящих – 84,7%. **Результаты:** Отягощенность акушерского анамнеза выявлена у 45 женщин (45,9%), выкидыши в анамнезе – у 14 женщин (14,3%), крупный плод – у 18,4% (из которых у 5 повторно), выкидыши в анамнезе у 5 (5,1%), неразвивающаяся беременность – у 4 (4,08%). Антенатально крупный плод диагностирован у 53% женщин. У 55% (56,1%) женщин наблюдалось гладкое течение родов. Преждевременное излитие околоплодных вод при крупном плоде встретилось в 17 (17,4%) случаев, из них дородовое излитие околоплодных вод у 11 (11,2%) женщин, раннее излитие – у 6 (6,1%) родильниц. Большинство родов своевременные (77,5%), пролонгированные – 20 (20,4%), запоздалые – 2 (2,04%). При всех случаях родов крупным плодом определялось продольное положение плода. В 5 (5,1%) наблюдалось тазовое предлежание плода, в плановом порядке закончились операцией кесарева сечения. Очень частым осложнением родов при крупном плоде является слабость родовой деятельности, которая обнаружена у 8 (8,16%): первичная слабость схваток – у 3 (3,1%) первичная и вторичная слабость потуг – 4 (4,1%). У исследуемых нами анатомически узкий таз определяется у 5 (5,1%) женщин. Клинический узкий таз диагностирован у 6 (6,1%) женщин (I ст. несоответствия головки с тазом у 4 женщин (4,08%) II ст. – у 2 (2,04%)). Трое родов при I ст. несоответствия окончились родоразрешением через естественные родовые пути, один род – кесаревым сечением. Причинами КУТ явились: задний асинклитизм (2%), анатомический узкий таз (1%), крупный плод и нормальные размеры таза (1%). Гипотоническое кровотечение в III периоде родов наблюдалось в 3х случаях (3,1%), дефект последа в 4 (4,1%). В 2х случаях гипотоническое кровотечение было остановлено консервативным путем, один случай – экстерпацией матки без придатков. Эпизиотомия выполнена в 14,28% (12) случаев. Частота травмирования мягких тканей при родах составляет 13 (15,23%). 82 новорожденных (83,7%) родились с оценкой по шкале Апгар от 7 до 10 баллов. В асфиксии легкой степени – 11 (11,2%), средней тяжести 4,1%, Нарушения мозгового кровообращения имели 3 новорожденных, аспирационную пневмонию, перелом ключицы – по одному новорожденному и по 2 новорожденных имели ГБН и аспирацию. По весу новорожденные разделились следующим образом: от 4000г до 4499г – 86 (87,8%), от 4500г до 4999г – 9 (9,2%), свыше 5000г – 3 (3,1%). **Выводы.** Частота макросомии 7,7%. Частота оперативного родоразрешения составила 14,3%. Активное ведение III периода родов, введение 10 ЕД окситоцина, ранее прикладывание новорожденных к груди матери, присутствие партнера в родах позволило снизить частоту гипотонического кровотечения у женщин, родивших крупный плод.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Бобоколова С.Ш., студентка 406 группы мед. пед. фак. СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. каф. – проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: к.м.н. Джурабекова С.Т.

Цель работы: Изучить особенности течения беременности и родов у юных первородящих. **Материал и методы исследования:** С целью выявления частоты и характера акушерских осложнений нами проведено исследование 50 женщин – юных первородящих в возрасте 16-17 лет, родоразрешившихся в Самаркандском роддоме №3, за период 2015г. Среди наблюдаемых нами беременных жительницы города Самарканда составили 25 (50%), остальные из сельской местности. По социальному положению беременные распределились следующим образом: домохозяйки – 35 (70%), учащиеся – 15 (30%), в браки состояли 34 (68%), из них регистрацию прошли лишь 9 (26,5%) пар, у остальных 27 (79%) регистрации брака не было, 16 (32%) составили внебрачные отношения. **Результаты и их обсуждения:** Юные первородящие из всех поступивших, составили 1,4%. На диспансерном учёте в поликлинике состояли – 33 (66%) женщины, из них – 18 (36%) регулярно посещали женскую консультацию, 15 (30%) посещали её не регулярно и 17 (34%) на учёте не состояли вообще. Из анамнеза было выявлено, что у беременных отмечались: простудные заболевания (ОРВИ/ОРЗ) – 19 (38%); вирусный гепатит – 11 (22%); эндокринная патология в частности это диффузное увеличение щитовидной железы у 2 (4%); ожирение I и II степени – 2 (4%), острый бронхит – 3 (6%), хронический тонзиллит – 2 (4%), хронический пиелонефрит – 10 (20%), цистит – 5 (10%), аппендэктомия – 6 (12%), тонзилэктомия – 2 (4%). Начало половой жизни с 12 лет – 1 (2%), с 13 лет – 1 (2%), с 14 лет – 5 (10%), с 15 лет – 12 (24%), с 16 лет – 26 (52%), с 17 лет – 5 (10%). Средний рост беременных был равен 1585 см, средний вес 61,5 кг. Беременность протекала на фоне анемии беременных у 30 (60%), на фоне угрозы прерывания – у 37 (74%), токсикоз первой половины беременности – 15 (30%), преэклампсия лёгкой степени, тяжёлой степени – 7 (14%), многоводие – 10 (20%). У 44 (88%) женщин роды произошли через естественные родовые пути, остальные 6 (12%) по абсолютным показаниям родоразрешались путём операции кесарева сечения. Показаниям к оперативному родоразрешению явилось: ПОНРП – 1 (2%), эклампсия – 2 (4%), диспропорция головки с тазом – 2 (4%), миопия высокой степени – 1 (2%). Преждевременные роды отмечались у 7 (14%) беременных. Осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод было у 18 (36%), слабость родовой деятельности – 18 (36%), тазо-головная диспропорция – у 12 (24%), роды с крупным плодом 6 (12%), разрыв слизистой влагалища 16 (32%), глубокий разрыв стенок влагалища 6 (12%), разрыв шейки матки I-2 ой степени 11 (22%), разрыв промежности I, II и III степени 14 (28%), дефект последа 3 (6%), патология прикрепления плаценты 1 (2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 1 (2%), гипотоническое кровотечение 1 (2%). У юных рожениц часто применяли эпизиотомию – в 11 (22%) случаях, показанием к которому явилось высокая промежность у 4 (8%), угрожающий разрыв промежности у 7 (14%); **Выводы:** беременность в юном возрасте чаще осложняется угрозой прерывания беременности (74%), анемией беременных (60%), преэклампсией (14%). Роды осложняются слабостью родовой деятельности (36%), несвоевременным излитием околоплодных вод (36%), материнским травматизмом (62%).

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МАТЕРИ: ДОЛГОКОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ, ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Вриш О.М., студентка 18 группы леч. факультета № 2, Семань-Минько И.С. БГМУ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. – проф. Нечитайло Ю.М.)

Научный руководитель: проф. Нечитайло Ю.М.

Цель работы: Оптимизировать знания будущих матерей о пользе кормления ребенка грудью после рода от рождения. Еще к недавнему времени существовало много мифов и предостережений о долгокормлении грудью, что являлось большой проблемой для молодой матери: польза или вред? В связи с этим учеными ВОЗ было проведено множество исследований материнского молока и его состава на разных сроках кормления. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует продолжать кормление грудью до двух лет, подтверждая свои заключения рядом фактов: после года грудное молоко становится главным источником иммуноглобулинов, которые защищают ребенка от болезней; обеспечение

организма ребенка на 94% витамином В12 и на 75% витамином А, на 60% - витамином С, пополняет запасы белка на 43 %, а потребности в кальции и фоллатах – на 36 %; способствование прорезыванию зубов, развитию лицевого аппарата; снижение частоты формирования неправильного прикуса и влияние на правильное формирования челюстно-лицевого скелета; уменьшение риска развития аллергических реакций, формирование в кишечнике барьера для аллергенных молекул; снижение риска для матери заболеть на рак груди и яичников, на остеопороз и ревматоидный артрит, на сердечно-сосудистые и психические заболевания. **Материал и методы исследования:** Обследовано 35 пар - «кормящая мать – ребенок». Возраст матерей от 21 до 34 лет, возраст детей – 1-2 года; методы исследования - наблюдение, сравнение, анкетный опрос. **Результаты:** Установлено, что грудное молоко для малыша после года кормления несет не только пластическую, защитную и стабилизирующую ценность – оно влияет на формирование личности и дает залог успешного дальнейшего формирования ребенка: дети, которых кормили дольше показывают лучшие результаты развития умственных способностей, адаптации к окружающей среде и к социуму, они более спокойны и не капризны; у детей на грудном вскармливании до 2-х лет формирование речи происходит быстрее и лучше, они меньше подвержены логопедическим проблемам. **Выводы:** Таким образом в финале исследования были опровергнуты популярные мифы о вреде долгокормления; на противовес этому, перечень положительных показателей со стороны ребенка и матери при длительном кормлении грудью оправдали себя.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ В РАЗВИТИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Гайбуллаева Д.Ф., факультет повышения квалификации, ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов
(зав. кафедрой - проф.Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: проф.Каттаходжаева М.Х.

Беременность на фоне преэклампсии (ПЭ) сопровождается высокой частотой перинатальной заболеваемости (569‰) и смертностью (12-30%), осложняется преждевременными родами (20-30%). Согласно наиболее признанной гипотезе, причиной развития ПЭ во время беременности является нарушение процессов ремоделирования спиральных артерий в самые ранние сроки гестации. Вследствие аномальной плацентации и нарушения перфузии в плаценте высвобождаются факторы, вызывающие распространенную эндотелиальную дисфункцию (ЭД) и синдром системного воспалительного ответа, приводящие к полиорганной недостаточности. Гипергомоцистеинемия сопряжена с повреждением эндотелия и развитием системной воспалительной реакции. **Цель работы:** изучение значения гипергомоцистеинемии в развитии фетоплацентарной недостаточности и нарушении развития плода. **Материал и методы исследования:** Нами проведено проспективное исследование 52 беременных. Клинико- лабораторные исследования всех беременных проводились на сроке 32-36 недель. В зависимости от наличия/отсутствия ПЭ и степени ее тяжести [1] выделены: 1-я группа (контрольная) – 17 женщины, течение беременности которых не осложнилось развитием ПЭ, 2-я группа - 23 беременных с легкой ПЭ, 3-я группа – 12 пациенток с тяжелой ПЭ. Средний возраст женщин 1-й группы составил 21,2±1,3 года, 2-я группа – 27,1±0,9 года, 3-й – 28,9±2,6 года. В анализе крови определяли билирубин общий, АлАТ, АсАТ, щелочную фосфатазу, общий белок, креатинин, мочевины, глюкозу, общий холестерин, протромбиновый индекс, фибриноген, С-реактивный белок (СРБ), гомоцистеин иммуноферментным методом. Состояние плода оценивали при помощи клинических данных осмотра беременных и результатов УЗИ, данных кардиотокографии. Все статистические расчеты были выполнены с помощью пакета программ spss 12.1, StatisticaforWindows 6.0, STADIA6.3 prof. **Результаты:** Проведенных исследований показали, что во 2-й и, особенно в 3-й группах частота самопроизвольных выкидышей или неразвившихся беременностей составили 10-17,4%, преждевременных родов 7-10,6%, осложнений предыдущей беременности 34%, внутриутробной инфекцией 25%, ПЭ - 6%, перинатальные потери отмечены в анамнезе у 10% женщин. Отмечено увеличение уровня гомоцистеина в сыворотке крови женщин с ПЭ различной степени тяжести. Так, относительно значений у женщин с физиологическим течением беременности, у пациенток с лёгкой ПЭ уровень гомоцистеина статистически значимо возрос в 1,42 раза, тогда как у пациенток с тяжелой преэклампсией это повышение составило 1,58 раза. Следует отметить значительное повышение уровня фибриногена, С-реактивного белка и холестерина в крови у беременных с ПЭ. Повышение систолического соотношения в сосудах фетоплацентарного комплекса, наличие неактивного нестрессового теста, поздних децелераций свидетельствует о неудовлетворительном состоянии плода в группах с преэклампсией. **Выводы:** 1. У пациенток с ПЭ в сыворотке крови достоверно возрастает уровень гомоцистеина, обуславливая развитие дисфункции эндотелия. 2. Высокий уровень гомоцистеина проявляется на фоне гиперфибриногенемии, гиперхолестеринемии и высокого значения СРБ, что совпадает с повышением уровня протеинурии и артериальной гипертензией. 3. Высокий уровень гомоцистеина в сыворотке крови беременных с ПЭ является одним из возможных механизмов развития ФПН и синдрома ограниченного роста плода.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дружкова Е.Б., студентка 2403 группы пед. факультета КазГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф.Фаткуллин И.Ф.)
Научный руководитель: к.м.н. Исламова Л.Х.

Цель работы: Определить структуру тиреоидной патологии, состояние репродуктивной функции и особенности течения беременности и родов у беременных женщин, имеющих тиреоидную патологию. **Материал и методы исследования:** Проведен анализ 122 историй родов женщин, имеющих патологию щитовидной железы, в возрасте от 18 до 44 лет и 52 историй родов женщин без эндокринной патологии. Частота тиреоидной патологии среди всех беременных женщин, родивших в акушерском отделении ГАУЗ «ГКБ №7» за 3 месяца 2015 г составила 8,54%. В подавляющем большинстве (97,5%) была выявлена гипопункция щитовидной железы. В зависимости от получаемой терапии все женщины были разделены на 3 группы. В первую группу вошла 71 женщина, получающая заместительную гормональную терапию. Во вторую группу вошли 48 женщин, получающие терапию препаратами йода. В третью 52 женщины без эндокринной патологии. **Результаты:** При изучении анамнеза 19 женщин (26,7%) I группы имели проблемы с зачатием, во II группе – 8 (16,7%). Угроза прерывания беременности встречалась чаще во II группе – у 19 пациенток (39,5%), в I группе – у 20 (28,1%). В группе сравнения эти показатели были 15,3% и 17,3% соответственно. Другие осложнения беременности во всех трех группах не отличались между собой. 30 женщин (42,2%) I группы, 15 (31,2%) II группы и 15 женщин (28,8%) группы сравнения были

родоразрешены путем операции кесарева сечения. Наиболее часто среди показаний к оперативному родоразрешению у рожениц с тиреоидной патологией была внутриутробная гипоксия плода: 10 случаев (33,3%) в I группы и 10 случаев (66,6%) во II группе. На втором месте среди всех показаний к оперативному родоразрешению стояла слабость родовой деятельности (23,3% и 46,7%, соответственно). В группе сравнений оба эти показателя встречались в 20% случаев. В структуре осложнений интранатального периода преобладали разрывы промежности и шейки матки, показатели которых были практически одинаковыми во всех группах. В I группе 17 (23,6%) новорожденных родилось с массой менее 3000 г, во II только 5 (10,4%), а в группе сравнения 6 (11,2%). **Выводы:** Полученные данные показывают, что гипофункция щитовидной железы, даже компенсированная медикаментозно, влечет за собой ряд осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. Женщины, получающие заместительную гормональную терапию, имели ряд осложнений со стороны репродуктивной функции. Наиболее характерны для них были трудности с зачатием и вынашиванием. У женщин, не получающих левотироксин, также имелись осложнения в течение беременности и родов, проявляющиеся частой угрозой прерывания беременности, гипоксией плода и слабостью родовой деятельности. При этом женщины, не получающие заместительную гормональную терапию, а находящиеся лишь на терапии препаратами йода имели больший процент осложнений в течение беременности и родов.

ДИАГНОСТИКА, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Ибрагимова Г.И., Шукурулаева Н.И., Келдиёрова Ш.Б., клин. ординаторы СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: к.м.н. Джурабекова С.Т.

Кисты яичников – это доброкачественные опухоли, среди гинекологических заболеваний кисты яичников у женщин в возрасте 18-48 лет составляют 14-19%. Кисты яичников могут быть различных размеров, гормонально активные или неактивные. Кисты яичников могут осложняться перекрутом ножки кисты, нагноением, разрывом, рвотечением в брюшную полость. **Цель работы:** изучение особенностей клинического течения, диагностика и методы лечения больных с кистами яичников. **Материал и методы исследования:** Нами изучено 56 женщин больных с кистами яичников, всем проведены клинико-лабораторные исследования. Результаты лабораторных и инструментальных исследований: изучалась степень чистоты влагалища: II ст. чистоты выявлена у 22(39,2%), III ст. чистоты у 30 женщин, что составило 53,6% IV степень чистоты у 4(7,2%). СОЭ у 18 больных было в пределах от 14 до 20 мм/час. Умеренный лейкоцитоз у 13 от 8,5x10.9 до 11x10.9, а у остальных в пределах нормы. Кольпоскопия проведена 47 больным из них у 6 женщин обнаружено эрозия шейки матки. **Результаты:** Фолликулярная киста яичника у 36(64,2%), киста желтого тела у 2(3,6%), тека-лютеиновая киста у 1(2%), эндометриоидные кисты у 9(16%) случаях, дермоидные кисты у 5(8,9%) и параовариальные кисты у 3 (5,3%) случаях. Жительниц города было 9(16%), сельской местности – 47(83%). Из них домохозяйки – 17(30,3%), служащие – 7 (12,5%), работницы сельского хозяйства 32(57,1%). Кисты яичников чаще развивались в репродуктивном возрасте: от 20 до 25 лет 10 (18%), в возрасте от 26 до 30 лет 12(21%), от 31 до 45 лет 24(43%), 46 лет и выше – 6(11%). Начали половую жизнь в возрасте до 19 лет 17(30%), в возрасте от 20 до 25 лет – 31(55%), от 26 до 30-5(8,9%), 30 лет и выше – 3 (5,3%). В анамнезе простудные заболевания выявлены у 49 больных (87%), анемия легкой степени у 11 (19%), анемия средней тяжести – у 41 (73,2%), анемия тяжелой степени – у 4(7,1%), аппендэктомия – у 3 (8,9%), хронический холецистит – у 1(1,7%). Частой причиной возникновения кист яичников является перенесенные гинекологические заболевания. Исходы беременностей в анамнезе у больных с кистами яичников распределились следующим образом, у 56 больных общее количество беременностей было всего 96, родами закончились 56 беременностей, из них: срочные - 49, преждевременные – 7, аборт 37. Первичное бесплодие у женщин с кистами яичников встречалось у 13 больных (23%), а вторичное бесплодие у 6 (11%). Жалобы и симптомы при поступлении больных с кистами яичников: Боли внизу живота 54 (96,4%), альгодисменорея 13 (23,2%), нерегулярность менструации 19 (33,9%), гиперполименорея 17 (30,3%), олигоменорея 3 (5,3%), рвота, тошнота 11 (19,6%), сердцебиение 9 (16), повышение температуры тела 7 (12,5%), общая слабость 39 (69%), дизурические явления 4 (7,1%), увеличение живота 1 (1,7%), дефанс мышц 15 (26%), положительный симптом Щеткина-Блюмбирга 8 (14%), бесплодие 18(32%). В 13 случаях из 56 операция – резекция яичника, в 5 случаях операция выполнена лапароскопическим путем. Из 56 больных 26 получили консервативное лечение. **Выводы:** Частота кисты яичников по данным 3-го родильного комплекса за последний год составила 2,5% в структуре гинекологической заболеваемости и имеет тенденцию к росту.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕССОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ В ФИБРИНОИДЕ И ЭНДОТЕЛИОЦИТАХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ БАЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАЗАЛЬНОМ ДЕЦИДУИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Илика В.В., ассистент кафедры патологической анатомии

Высшего государственного учебного заведения Украины БГМУ

Кафедра патологической анатомии (зав. каф.- проф. Давыденко И.С.)

Научный руководитель: проф. Давыденко И.С.

Цель работы: Изучить и сравнить процессы окислительной модификации белков в фибриноиде и эндотелиоцитах кровеносных сосудов базальной пластинки плаценты при хроническом базальном децидуите с желездефицитной анемией у беременных (ЖДАБ). **Материал и методы исследования:** Для решения поставленных в работе задач проведено морфологическое исследование плацент, клинико-статистический анализ течения беременности, родов, состояния новорожденного в 123 беременных. Из них группу контроля составили 20 случаев с физиологической беременностью и 21 с ЖДАБ различной степени тяжести без воспаления. Основную долю составили плаценты с хроническим базальным децидуитом, в том числе 41 плацента без анемии и 40, в сочетании с ЖДАБ. В научное исследование не включали случаи с аномалиями развития плаценты (экстрахориальные, с аномалиями пуповины или оболочек, многодольчатые плаценты), многоплодной беременностью, пороками развития плода. Диагноз желездефицитной анемии устанавливался по показателям содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя, гематокрита, уровня сывороточного железа с карт беременных. Процессы окислительной модификации белков в фибриноиде и эндотелиоцитах кровеносных сосудов базальной пластинки плаценты при хроническом базальном децидуите осуществляли с помощью гистохимической методики на «кислые» и «основные» белки с бромфеноловый синим по Mikel Salvo. Далее микроспектрофотометрическим методом на цифровых изображениях гистологических срезов в среде компьютерной программы ImageJ (1.48, W.Rasband, National Institutes of Health, USA) получали коэффициент R / B, который служит показателем соотношения

между amino- и карбоксильными группами в белках. Для сравнения показателей использовали непарный двусторонний критерий Стьюдента. Для принятия или отклонения статистической гипотезы применили уровень достоверности $p < 0,05$. **Результаты:** При физиологической беременности в фибриноиде базальной пластинки плаценты коэффициент R / V составляет $1,25 \pm 0,011$, в плацентах с ЖДАБ - $1,32 \pm 0,012$ ($P = 0,022$), в эндотелиоцитах кровеносных сосудов - $1,05 \pm 0,012$ а с ЖДАБ - $1,12 \pm 0,009$ ($P = 0,003$). В изученных плацентах с хроническим базальным децидуитом в фибриноиде базальной пластинки получили коэффициент - $2,34 \pm 0,019$, а в сочетании с ЖДАБ - $2,89 \pm 0,022$ ($P < 0,001$). В эндотелиоцитах кровеносных сосудов - $1,29 \pm 0,019$, в сочетании с ЖДАБ - $1,46 \pm 0,022$ ($P = 0,002$). **Выводы:** Как свидетельствуют данные, во всех изученных структурах плаценты при хроническом базальном децидуите среднее значения коэффициента R / V всегда выше, чем при физиологической беременности и при ЖДАБ без воспаления. В то же время, отмечено, что в фибриноиде базальной пластинки существенно возрастает коэффициент чем в эндотелиоцитах кровеносных сосудов и при ЖДАБ более сильно, чем без анемии. Это указывает, что железодефицит беременных способствует усилению процессов окисления белков в исследованных структурах базальной пластинки плаценты.

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Илхомов Л.И., студент 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. – проф. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: ассистент Шавази Н.Н.

Цель работы: Определить причину стрессовое недержание мочи и ее лечение. **Материал и методы исследования:** За период 2014–2015 г. нами проведено хирургическое лечение 196 пациенток со стрессовым недержанием мочи. Из них с пролапсом гениталий III–IV стадии (классификация POP-Q) 103 (53%) пациентки, пролапсом II стадии 61 (31.1%) пациентка. У 31 (16,0%) пациентки до операции диагностировано смешанное недержание мочи. Средний возраст пациенток составил $57,8 \pm 3,4$ лет (от 35 до 72 лет). Всем 196 пациенткам была проведена уретропексия свободной синтетической петлей TVT-O. 103 (53%) пациенткам с пролапсом гениталий III–IV стадии одновременно с уретропексией TVT-O, проводилась коррекция пролапса – забрюшинная влагалищная кольпопексия облегченным трансплантатом Proliftanterior +M или кольпопексия системой Elevateanterior, posterior. 35 (17.8%) пациенткам установлены только субуретральные слинги TVT-O. 61 (31.1%) пациентке с пролапсом гениталий II стадии наряду с установкой петли TVT-O проводилась коррекция пролапса своими тканями – проводилась передняя, задняя кольпоррафия с формированием неофасции из слизистой влагалища. 31 (16%) пациенткам со смешанной формой недержания мочи до оперативного лечения назначалась консервативная терапия селективными м-холинолитиками. 2 (1%) пациентки оперированы в связи с рецидивом стрессового недержания мочи после предыдущих операций (операции Берча). Установка субуретральнослинга TVT-O и сетчатого трансплантата Proliftanterior+M или Elevateanterior проводилась из разных разрезов слизистой передней стенки влагалища для возможности коррекции при возникновении осложнений со стороны одного из имплантов. **Результаты:** Результаты хирургической коррекции стрессового недержания мочи прослежены в течение от 4 месяцев до 3 лет наблюдения. Интраоперационные осложнения наблюдались у 2 пациентов (1%). Произошло ранение мочевого пузыря (ушит интраоперационно). В дальнейшем это потребовало катетеризации мочевого пузыря до 5–6 суток, назначение уросептиков. Пациентки выписаны на 7 сутки. В раннем послеоперационном периоде обструктивное мочеиспускание наблюдалось у 10 (5,3%) пациенток с проведенной одномоментной коррекцией пролапса с использованием сетчатых трансплантатов и стрессового недержания мочи, что потребовало применения катетеризации мочевого пузыря, физиотерапии, медикаментозной терапии альфа-адреномиметиками, период восстановления составил 1–4 недели. Поздние послеоперационные осложнения возникали через 2–3 месяца после операции. Эрозии слизистой влагалища в месте установки субуретральнослинга возникли у 3 (1,5%) пациенток. Так у 1 пациентки через 4 месяца безэффективной консервативной терапии потребовалось иссечение участка слинга в месте эрозии. В дальнейшем у этой пациентки повторного возникновения эрозии слизистой влагалища и рецидива стрессового недержания мочи не наблюдалось. У 2 пациенток заживление эрозии слизистой влагалища произошло на фоне консервативной терапии. Рецидивов стрессового недержания мочи у оперированных пациенток за период наблюдения не было. Развитие гиперактивности мочевого пузыря *denovo* наблюдалось у 14 (7,1%) пациенток с одновременной коррекцией цистоцеле и стрессового недержания мочи, что потребовало назначения в послеоперационном периоде медикаментозной терапии м-холинолитиками. **Выводы:** По нашим данным коррекция стрессового недержания мочи TVT-O эффективна – рецидивов стрессовой инконтиненции не было, даже у пациенток, оперированных по поводу рецидива. Эрозирования слизистой в месте установки петли наблюдалось только в 1,5% случаев. Небольшой процент обструктивного мочеиспускания (5,3%) в послеоперационном периоде, поддающейся медикаментозной терапии. Обоснована одновременная коррекция пролапса гениталий тяжелой стадии установкой трансплантата Proliftanterior +M или Elevateanterior и субуретральнослинга TVT-O.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Исроилова Н.Р., резидент магистратуры, факультет «Управление и организация в сестринском деле» ТашПМИ

Кафедра общественного здоровья, организации и управления здравоохранением (зав. каф. - проф. Искандарова Ш.Т.)

Научный руководитель: доцент Хасанова М.И.

До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался, в основном, врачевым службам как наиболее самостоятельным и достаточно квалифицированным. Существующее до недавнего времени мнение, что сестринская деятельность является только вспомогательной по отношению к врачебной, не позволяло в должной мере определить степень влияния качества сестринских услуг на качество медицинской помощи в целом. Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом - партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в составе единой команды. **Цель работы:** Изучить влияние уровня профессиональной подготовки сестринского персонала на совершенствование качества оказания медицинской помощи пациентам родовспомогательного учреждения, а также разработка мероприятий по оптимизации непрерывной профессиональной подготовки сестринского персонала. **Материал и методы исследования:** Работа с медицинской и статистической документацией двух родовспомогательных учреждений. Анализ статистических данных в данных учреждениях. Составление и проведение анкетирования среди среднего медицинского персонала и пациентов. **Результаты:** Результаты исследования и предложения, вытекающие из них, используются средними медицинскими работниками Кибрайского родовспомогательного учреждения с целью улучшения качества оказания меди-

цинской помощи пациентам данного учреждения. **Выводы:** Анализ проведенного исследования показал, что на выполнение медицинских манипуляций медицинские сестры с высшим образованием затрачивают в 2 раза больше времени, чем медицинские сестры со средним медицинским образованием (13,5 против 6,8%). Разработаны предложения по совершенствованию качества оказания медицинской помощи пациентам родовспомогательных учреждений, а также разработка мероприятий по оптимизации непрерывной профессиональной подготовки сестринского персонала.

ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ПОСТПЛАЦЕНТАРНОМ ПЕРИОДЕ

Истамова М., резидент магистратуры 2 года обучения, ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)
Научный руководитель: доцент Нигматова Г.М.

Контрацепция позволяет снизить влияние важного негативного фактора репродуктивного здоровья женщин – числа аборт. Осложнения медицинского аборта составляют около 20% в структуре причин материнской смертности. Среди различных методов предупреждения нежелательной беременности внутриматочная контрацепция (ВМК) является наиболее востребованной. Это обусловлено её высокой эффективностью, отсутствием системного влияния на организм женщины, быстрым восстановлением фертильности после извлечения спирали, что немаловажно, доступностью для любых женщин фертильного возраста, отсутствием связи с половым контактом и необходимости в ежедневном контроле за применением. Послеродовый период идеальное время, чтобы начать контрацепцию. В этот период для использования ВМС существуют и другие причины, такие как простота введения и минимальные отрицательные воздействия на грудное вскармливание. Постплацентарное введение ВМС не так широко приняты в наших клиниках. Результаты наших исследований показали, что внутриматочные контрацептивы при всех их достоинствах, имеют ряд недостатков: увеличение длительности менструальных дней и количества теряемой крови, которые приводят, по видимому, к развитию железодефицитной анемии. Это в свою очередь диктует необходимость своевременного проведения профилактического лечения железодефицитной анемии, а также динамического контроля над лабораторными показателями крови у всех женщин, применяющих внутриматочные контрацептивы. На пути широкого распространения ВМС стоит ряд нежелательных эффектов, связанных с их применением. К ранним осложнениям и побочным реакциям, которые могут проявляться после введения ВМС, относятся: дискомфорт в нижних отделах живота, боли в пояснице, схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения. Боли, как правило, проходят после приема анальгетиков, кровянистые выделения могут продолжаться до 2-3 недель. Применение ВМК увеличивает степень риска возникновения воспалительных заболеваний придатков матки в 3-9 раз, что объясняется рядом факторов. Так, при недостаточной профилактике возникновения инфекционных осложнений в момент введения ВМК возможен механический перенос истинно- или условно-патогенных микроорганизмов из нижних отделов половой сферы в верхние. Не исключается вероятность контаминационного распространения возбудителей по нитям ВМК, находящимся во влагалище, а также в цервикальном канале. Более того, контрацептив, находящийся в полости матки, является фактором, нарушающим процессы самоочищения полости матки (десквамация эндометрия во время менструации), а также способствует нарушению факторов локальной иммунологической защиты, травматизации полости матки и возникновению перифокальной воспалительной реакции. Основными осложнениями, связанными с использованием ВМС, являются: кровотечения и боли, самопроизвольное изгнание (экспульсия), воспалительный процесс, беременность, в том числе и внематочная, на фоне имеющейся ВМС. Это обусловлено отсутствием индивидуального подхода и нерациональной конструкцией существующих в настоящее время ВМС. Выбор оптимального контрацептивного средства или метода требует включения в алгоритм обследования оценку микробиоценоза влагалища до назначения и в динамике.

СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Каримова С.А., студентка 607 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Закирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Шавазы Н.Н.

Цель работы: Оценка показателей гемостаза у беременных женщин с ГСД, компенсация которого осуществлялась различными способами (диета, инсулинотерапия), и с наличием присоединившегося позднего гестоза. **Материал и методы исследования:** В исследование было включено 120 беременных женщин, которые составили три группы сравнения, в зависимости от форм компенсации диабета: I-я группа – ГСД – 60 беременных, коррекция показателей осуществлялась за счет диеты, II – ГСД (инсулинозависимый) – 20 беременных, коррекция сахара осуществлялась приемом инсулина, III – контрольная группа – 40 женщин, беременность которых протекала без осложнений. **Результаты:** Среди наиболее частых осложнений гестации у данной группы беременных имели место поздний гестоз – 98 женщины (81,6%), фето-плацентарная недостаточность – 115 беременных (95,8%), многоводие – 69 беременных (57,5%), диабетическая фетопатия – 35 беременных (29,1%). С целью оценки состояния системы гемостаза у беременных с ГСД, осложнившейся гестозом отдельно была выделена IV группа пациенток с ГСД и сочетанным поздним гестозом легкой степени тяжести (ГЛС) (ГСД+ГЛС – 40 беременных). Всем беременным определяли степень и скорость агрегации тромбоцитов, уровень фибриногена, протромбиновый индекс, показатели антитромбина III и Д-димеры. Концентрация фибриногена у беременных с ГСД (I группа) – $4,25 \pm 0,25$ г/л была достоверно выше, чем в контрольной (III) группе – $3,65 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), но ниже чем во всех остальных группах – ГСД (II группа) – $4,76 \pm 0,17$ г/л, IV группа – $5,35 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,05$). Данные показатели свидетельствуют о том, что у всех беременных с гестационным сахарным диабетом имел место синдром гиперкоагуляции. Протромбиновый индекс (ПТИ) имел наименьшее значение в контрольной группе – $100 \pm 3,4\%$, прогрессивно увеличивался в остальных группах: I – $105,1 \pm 3,4\%$, II – $111 \pm 3,3\%$ и имел наибольшее значение в IV группе – $114,2 \pm 2,7\%$ ($p < 0,05$). Содержание Антитромбина III (АТ) в исследуемых группах у беременных с ГСД составило от $83,3 \pm 2,4\%$ (IV группа) до $86,3 \pm 3,17\%$ – II группа, и $89,3 \pm 3,5\%$ в I группе, что достоверно ниже чем в контрольной группе – $105,2 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$). Основную оценку степени риска повышенного тромбообразования характеризует Д-димер, который является конечным продуктом деградации фибрина под действием плазмина. Во всех группах исследования уровень Д-димера был выше нормы и составил в I группе – $465,6 \pm 3,3$ нг/мл, во II и III – $549,2 \pm 8,7$ нг/мл, и самый высокий уровень определялся в IV группе – $603,2 \pm 9,4$ нг/мл. В контрольной группе уровень данного метаболита был достоверно ниже и соответствовал физиологическим значениям –

225,1±3,5 нг/мл ($p<0,01$). **Выводы:** Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что ГСД является фактором риска возникновения синдрома гиперкоагуляции во время беременности. Наибольшие нарушения показателей гемостазиограммы выявлены у пациенток с ГСД в сочетании с поздним гестозом, что, по-видимому, обусловлено развитием гипоксии, локального повреждения эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома, генерализованным сосудистым спазмом. В остальных группах показатели гемостазиограммы были изменены в меньшей степени, а в контрольной группе не выходили за пределы пороговых значений. Это свидетельствует о необходимости своевременного проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, лечения осложнений гестации, адекватного контроля уровня гликемии у пациенток с ГСД для снижения риска акушерских и перинатальных осложнений.

АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Каробоева М.З., резидент магистратуры, СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф., д.м.н. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: к.м.н. Собирова С.Э.

Считается, что наиболее частым осложнением гриппа и других ОРВИ является воспаление легких. Частота пневмоний колеблется от 15% при гриппе А(H1N1) до 26-30% при гриппе А(H3N2) (Шехтман М 2010г). **Цель работы:** Изучить течение беременности, состояние плода у женщин с внебольничной пневмонией. **Материал и методы исследования:** Нами проведен анализ течения беременности у 35 беременных женщин, с внебольничной пневмонией. **Результаты:** В клинику СамМИ поступили: в первом триместре зарегистрировано 17(48,6%) заболевших беременных, во II триместре 11 (31,4%) беременных и в III триместре - 7(20%) беременных с пневмонией. Из 33 заболевших беременных женщин с температурой более 37,1°C протекало заболевание у 21 (60%) пациенток. Практически у 90% беременных женщин с пневмонией заболевание протекало с температурой более 38°C. При внебольничных пневмониях у обследованных нами беременных наиболее частыми возбудителями выявлялись *Streptococcus pneumoniae* (50%), *Staphylococcus aureus* (30%). В 20% случаев этиологию установить не удалось. В состоянии острой дыхательной недостаточности поступили 5(14,3%) пациенток, септический шок имел место у 3(8,6%) и отек легких, как осложнение острой левожелудочковой недостаточности - у 2 (5,7%). При анализе критических состояний выяснены следующие недостатки: позднее обращение (28,6%) пациенток по причине непонимания тяжести своего состояния и незнания опасных признаков, сопровождающих беременность; неоправданно длительное лечение в условиях первичного звена (22,8%) женщин; необоснованное назначение малоэффективных антибиотиков (цефазолин). Проведенное полное клинико-лабораторное обследование, консультация смежных специалистов позволило сохранить жизнь 33 пациенткам, сохранить беременность до доношенного срока. Все они родоразрешились живыми новорожденными, средняя оценка по Апгар 6,3±1,7 баллов. Во всех случаях мы основывались на Национальных стандартах (Ташкент 2016г.). **Выводы:** Предложенный алгоритм действия на основе принятого Национального стандарта аудита критических состояний и имеющихся в стране рекомендаций - эффективный инструмент сохранения жизни и здоровья женщин с пневмонией и их детей, при условии хорошей организации, оснащенности соответствующим оборудованием и медикаментами и наличия квалифицированных бригад медицинских работников.

ИСХОДЫ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кондратьева М.А., Ковальчук А.А., студентки 5 курса пед. фака КазГМУ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. кафедрой - проф. Фаткуллин И.Ф.).

Научный руководитель: доцент Субханкулова А.Ф.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) стоят на 1 месте по показателю материнской смертности (80-85%) среди всех экстрагенитальных заболеваний. Из них 3-10% составляют женщины, страдающие врожденными пороками сердца (ВПС). По показателю перинатальной смертности данная патология занимает 2 место. В мире становится все больше женщин с пороком ССС, принявших решение о продолжении беременности, что конечно же несет за собой риск, как для самой матери, так и для ее еще не рожденного ребенка. **Цель работы:** Ознакомить с такой серьезной проблемой, как врожденные пороки сердца у беременных, и проанализировать возможные исходы при родоразрешении. Задачи: Обозначить актуальность проблемы; рассчитать частоту встречаемости ВПС у беременных. **Материалы и методы исследования:** Обработка документации в архиве ГАУЗ «РКБ Перинатальный центр», г.Казань. Проанализированы 600 историй родов за 2013/14год. **Результаты:** Установлено, что ВПС у беременных по частоте встречаются в 2,6% (30 беременных). Процентное соотношение разновидностей пороков: открытое овальное окно (ООО) - 56,6%; пролапс митрального клапана (ПМК) - 16,6%; дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - 16,6%; открытый артериальный проток (ОАП) - 3,3%; Триада Фалло-3,3%; Аномалия Эбштейна-3,3%. Исходы родов: через естественные родовые пути родоразрешено - 20 беременных (67%); роды путем кесарева сечения произведены у 10 беременных (33%). **Выводы:** 2,6% беременных женщин с ВПС. Первое место по частоте занимает ООО (56,6%), далее следуют ПМК и ДМПП. Редкие пороки - выявлены в единичных случаях. Основная масса женщин родоразрешена через естественные родовые пути. На 2013/14год ВПС у беременных составили в основном легкие и корригируемые формы, которые позволили вести беременность и роды у данных женщин.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Кузиева Ю., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: доцент Нигматова Г.М.

Проблема невынашивания беременности является актуальной в акушерстве. Так по разным данным частота самопроизвольных выкидышей составляет от 2 до 55% всех беременностей из них 50% происходит в I триместре гестации. Диагностика патогенеза спонтанных аборт в первом триместре имеет важное значение подготовки при планировании будущей беременности. Частота невынашивания после первого самопроизвольного аборта составляет 23% после 2 самопроизвольных абортов 29% после 3-55%. **Цель работы:** Установление возможных исходов невынашивания беременности у женщин с вагинальными кровотечениями в ранние сроки гестации. **Материал и методы исследования:** Нами проведена оценка акушерского анамнеза, гинекологической и экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и вредных привычек у 80 женщин с вагинальными кровотечениями в первом триместре беременности. **Результаты:** Возраст обследованных

дованных женщин основной группы находился в пределах от 20 до 35 лет. Исходы предыдущей беременности у обследуемых женщин: на одну обследованную женщину приходилось 4 беременности, закончились родами в 29,7% случаев, из них преждевременные роды произошли в 15,7% случаях срочные – у 14,1%, самопроизвольный выкидыш произошел в 40,9% случаях, неразвивающаяся беременность – в 26,7% случаях, аборт по медицинским показаниям был произведен в 2,7% случаях. Самопроизвольный выкидыш до 5-6 недель отмечен в 11%, в сроки 7-12 недель – в 11,9% случаях, в сроки 13-21 недель – в 21,4% и преждевременные роды в сроки 21-27 недель – в 16,2% случаях. Неразвивающаяся беременность имела место максимально до 12 недель (в 33% случаях), в 6,4% случаях наблюдалась в сроки 13-27 недель. Всего перинатальная смертность составила 52,8%. Из них при преждевременных родах перинатальная смертность составила 50%, что в 18 раз чаще, чем при срочных родах (2,8%). При этом антенатальная, перинатальная и постнатальная смертность составила 18; 4,2 и 30,6%, соответственно общей перинатальной смертности. По анамнестическим данным установлено, что в 72 (50%) случаях отмечена преэклампсия различной степени тяжести и эклампсия. При этом преэклампсия легкой степени отмечалась в 43 (29,9%) случаях, преэклампсия тяжелой степени – в 27 (18,7%) случаях, эклампсия – в 2 (1,4%) случаях. ПОНРП отмечена в 23 (16%) случаях, что в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе, а гипотрофия плода различной степени выраженности отмечена в 64 (44,4%) случаях. **Выводы:** Для женщин с влагалищными кровотечениями в первом триместре беременности характерны высокие уровни соматической заболеваемости и хронические воспалительные заболевания гениталий.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Кузьмина А.Н., студентка 620 группы леч. факультета УГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф.Обоскалова Т.А.)
Научный руководитель – доцент, к.м.н. Воронцова А.В.

Цель работы: Нашей работы явилось изучение влияния прегравидарной подготовки (ППП) на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного. **Материал и методы исследования:** Были проанализированы 228 обменных карт женщин в возрасте 20-39 лет. С учетом паритета, наличия ППП были сформированы следующие группы: I группа - 120 женщин, которым ППП подготовка: 34 женщины, которые уже имеют в анамнезе одну или более беременностей и родов без патологии и 86 женщин, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (далее ОАГА); II группа: 128 женщин, которым не проводилась ППП: 38 женщин, имеющих в анамнезе первую самопроизвольную беременность, 16 женщин, которые уже имеют в анамнезе одну или более беременностей и родов без патологии и 74 женщины, с ОАГА. Статистический и математический анализ результатов проводился на ПК с помощью пакета прикладных программ «Excel 2010». Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). При помощи теста Колмогорова-Смирнова нами установлено отсутствие достоверных отличий распределения от нормального. Это позволило использовать для определения достоверности различий t-критерий Стьюдента. Вычислялся риск развития осложненной при отсутствии прегравидарной подготовки. **Результаты:** В группе женщин, которым проводилась ППП (I группа), у 70% наблюдалось физиологическое течение беременности и родов и лишь 30% женщин имели патологию беременности и родов: у 10% -преэклампсия, у 4,2% - отеки беременных и у 15,2% - преждевременные роды; причем, отеки и преждевременные роды были только у женщин с ОАГА. Среди женщин, получавших ППП, у 75,6% родились новорожденные, имеющие физиологическое развитие, а у 24,4% - имелись патологические отклонения в состоянии плода и новорожденного: у 10% - плацентарная недостаточность, у 5% - синдром задержки развития плода и у 10% - масса тела при рождении менее 2500 г. Во II группе (при отсутствии ППП), только 48,4% женщин имели физиологическое течение беременности и родов, а у 51,6% была выявлена патология беременности и родов: у 17,2% - преэклампсия, у 14% - отеки беременных, у 1,6% - самопроизвольный выкидыш и у 19,7% - преждевременные роды; патология беременности и родов была выявлена, как у женщин с ОАГА, так и у первобеременных женщин примерно в одинаковом соотношении. В данной группе лишь 42,7% новорожденных имели физиологическое развитие, а у 57,3% была выявлена патология развития плода и новорожденного: у 25,3% - плацентарная недостаточность, у 17,4% - синдром задержки развития плода, у 7,9% - масса тела при рождении более 4500г. и 6,3% менее 2500г. **Выводы:** Наличие ППП на 44,6% увеличивает вероятность физиологического течения беременности и родов ($t=3,5$). Отсутствие ППП повышает риск развития патологии беременности и родов на 51,6% ($t=3,6$). Наличие ППП увеличивает вероятность развития физиологического развития плода и новорожденного на 77,7% ($t=2$). Отсутствие ППП повышает риск развития преждевременных родов на 20,2%. Проведение ППП снижает риск развития синдрома задержки развития плода на 70,9%. ($t=3,2$).

ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ СТАНДАРТА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРИЭКЛАМПСИЕЙ

Мадолимова Н.Х., Тухтамишева Н.О., резидент магистратуры 1 года обучения, ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)
Научный руководитель: к.м.н. Аюпова Д.К.

Частота гипертензивных состояний в последние годы нарастает и в настоящее время в популяции составляет 16-30%, достигая 53,5% в группе риска. С 1985-1995 гг. по данным различных авторов их частота возросла до 16%, к 2005 г. - 25%. Каждый третий-четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии, или внутриутробной задержки развития плода, отстает в физическом и психомоторном развитии. За последние 20 лет эти цифры, по данным различных авторов, выросли практически в 2 раза, в связи, с чем важность данного вопроса сложно переоценить. **Цель работы:** Изучить влияние на перинатальные показатели способов родоразрешения при легкой и тяжелой преэклампсии с при условии ведения их по клиникоорганизационному руководству (редакция 2005 года). **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекология 4-5 курсов ТМА, базе № 9 родильных домов. Проводился анализ беременных женщин с легкой и тяжелой преэклампсией за 2013-2015г. **Результаты:** Проведен анализ течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного у 104 беременных с легкой и тяжелой преэклампсией. Легкая преэклампсия выявлена у 70 пациенток и тяжелая преэклампсия у 34 пациенток. У одной из пациенток с тяжелой преэклампсией выявлен HELLP-синдром, у другой роды осложнились кровотечением и ДВС-синдромом. Возраст обследованных женщин был преимущественно молодым от 20 до 35 лет, в большинстве они были первородящими. В анамнезе обследованных женщин отмечались некоторые особенности: чаще всего были беременные с осложненной наследственностью по материнской линии, с заболеваниями мочевыводящих путей, с анемией, с гипертензивными нару-

шениями при предыдущих беременностях, с заболеваниями эндокринной системы. По данным ультразвуковой фетометрии, доплеро-метрии и биомониторного исследования, у 24,03% плодов диагностирована хроническая плацентарная недостаточность, у 32,7% хроническая внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода у 9,6%, родились в состоянии асфиксии 1,92%. Родоразрешение проводилось с легкой преэклампсией через естественные родовые пути 51 (73%) пациенткам, путем кесарева сечения 19 (27%); тяжелая преэклампсия через естественные родовые пути 11 (32,2%), путем кесарева сечения 23 (67,9%). Тяжелой преэклампсией у один пациентом на 25 недели беременности по причине антенатальной гибели плода. Средняя масса детей с тяжелой преэклампсией составила 2400±112 г. Случаев перинатальных потерь не отмечено, что объясняется современным подходом к ведению беременных с гестозом, направленным на профилактику эклампсии (магнезиальная терапия в сочетании с инфузионной) и подготовку плода к досрочному родоразрешению с использованием дексаметазона при сроке беременности до 35-36 недель. **Выводы:** 1. Особое внимание следует обращать в условия женской консультации на первобеременных с осложненным семейным анамнезом, с наличием соматической патологии, многоплодной беременности и повторно беременных с осложненным течением предыдущей беременности. 2. Для беременных с легкими проявлениями преэклампсии организовать постоянное наблюдение, дать освобождение от работы, проводить корректирующую гимнастику и продолжить прием препаратов кальция, витаминов и железа (с индивидуальным подбором). 3. При преэклампсии, соответствующих критериям МКБ 10 госпитализация в стационар третьего уровня для подготовки к родам и родоразрешения.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Махмудова З.М., Парвизи Н.И., ГМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. кафедрой - проф. Аюпова Ф.М.)

Цель работы: Анализ данных морфологического исследования удаленных тканей, оперированных пациенток с миомой матки (ММ). **Материал и методы исследования:** Основную группу составили 91 женщина с ММ, из которых 66 подверглись хирургическому лечению различного объема. Возраст обследованных женщин колебался от 31 до 57 лет и в среднем составил 43,8±0,6 лет. Произведены оперативные вмешательства: консервативная миомэктомия – 6,06%, надвлагалищная ампутация матки – 36,4% и 57,6% - экстирпация матки. Диагноз ММ был подтвержден при гистологическом исследовании удаленного препарата у всех больных. **Результаты:** Результаты морфогистологического исследования удаленных тканей показали, что ММ с преобладанием фиброзного компонента выявлена в 72,7%, мышечного-16,7%, фибромиома в сочетании с аденомиозом - в 4,6% и лейомиома в сочетании с аденомиозом в 1,5%. ММ с дисплазией шейки матки - в 4,5% случаев. При гистологическом исследовании яичников в 83,3% выявлена патология - опухолевидные процессы в 53% случаях, из них 28,8% составили фолликулярные кисты; истинные опухоли - в 30,3%, из них простая серозная цистаденома - 9,1%, папиллярная цистаденома - 18,2%, фолликулярная киста и серозная цистаденома, дермоидная киста - по 1,5%. Воспалительные изменения обнаружены в 78,8%: хронический сальпингит – 74,2%, пиосальпинкс- 1,5%, лейкоцитарная инфильтрация – 3%. В 15,2% случаях в удаленных узлах ММ обнаружены дегенеративные изменения. По морфогенетическому типу 78,8% (52) узлов опухоли были простыми и 21,2% (14) - пролиферирующими. Быстрорастущая миома была пролиферирующей в 60%, что в 4,2 раза выше, чем в препаратах матки с умеренным ростом опухоли (14,3%). **Выводы:** Результаты исследования соскобов эндометрия и удаленных препаратов матки показали, что почти у каждой 2 оперированной больной ММ сочеталась с патологией эндометрия. Так, в 39,4% удаленных препаратов обнаружены изменения эндометрия: железистая гиперплазия - в 24,2%, железистый полипоз- в 9,1%, гипоплазия эндометрия – в 3,0%, атрофия эндометрия –1,5% и эндомиометрит у 1,5%. Полученные данные подтверждают, что больные ММ составляют группу высокого риска развития неопластических процессов эндометрия и яичников - миома матки сочетается с истинными опухолями яичников в 30,3% случаев, что диктует необходимость доклинической диагностики опухоли, динамического наблюдения, ранней терапии ММ, со своевременным хирургическим удалением опухоли. Существенные патологические изменения, вызываемые опухолью в организме в целом (гемодинамики, сердечно-сосудистой, нервной системы, психической сферы, функции паренхиматозных органов и т.д.) также диктуют необходимость своевременного хирургического удаления опухоли с целью пресечения патологической цепочки в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-кора надпочечников, приводящей к вышеизложенным изменениям.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Махмудов С.Б, студент 607 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: асс. Шавazi Н.Н.

Цель работы: Стало определение акушерских и перинатальных рисков у беременных женщин с артериальной гипертензией (АГ). **Материал и методы исследования:** В исследовании приняли участие 50 женщин с АГ в Клинике СамМИ в акушерском отделении полученные результаты подвергнуты статистической обработке. Средний возраст исследуемых беременных женщин составил 29,5 лет. Все женщины имели артериальную гипертензию 1 и 2 степени до беременности. **Результаты:** Колебания артериального давления во время беременности на фоне антигипертензивной терапии были в пределах 120/80 мм.рт.ст. – 140/90 мм.рт.ст. Наи-более частыми осложнениями беременности при артериальной гипертензии явились: плацентарная недостаточность в 53% случаев, синдром задержки развития плода в 40% случаев, развитие преэклампсии на фоне артериальной гипертензии наблюдалось в 60% случаев. Основным клиническим проявлением плацентарной недостаточности у беременных с АГ была хроническая внутриутробная гипоксия, которая выявлена у 45,5% женщин. У 10,2% беременных с АГ выявлена внутриутробная задержка развития плода (ВзРП), чаще это происходило на фоне присоединившейся преэклампсии. У 9,7% женщин с АГ произошли преждевременные роды в сроки от 33 до 37 недель беременности. Родоразрешение в 89% случаев производилось через естественные родовые пути на фоне адекватно обезболивания. Роды путем операции кесарево сечение закончились у 11% женщин в виду угрозы развития эклампсии или наличия сочетанной экстрагенитальной патологии. 44,5% женщин с АГ не имели осложнений в родах. Наиболее частым осложнением у рожениц с АГ: несвоевременное излитие околоплодных вод 27,7%, у 17,7% рожениц – слабость родовой деятельности (в 3% роды закончились операцией кесарево сечение), острая гипоксия плода в родах была диагностирована у 2,5% женщин, которым была произведена операция кесарево сечение. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде возникло у 8,1% женщин. Осложнения в послеродовом периоде выявлены у 32,74% женщин с АГ, среди них: эндомиометрит – у 2,1%, лактостаз – у 5,1%, гематометра – у 1,04%, анемия у 24,5%. Всего родился 20 живой ребенок,

из них недоношенных 9,7%, что превысило уровень недоношенных в общей популяции 5,6% (по статистике ВОЗ). Вес доношенных детей у пациенток с АГ колебался от 2280 до 4240 г. Масса недоношенных детей колебалась от 1755 до 3170 г. В течение раннего неонатального периода новорожденных детей, родившихся у матерей с АГ, характеризовалось рядом особенностей. Только 54,1% новорожденных не имели осложнений периода ранней адаптации. Достоверной разницы у женщин 1 и 2-й групп в течении беременности и исходе её не выявлено. **Выводы:** АГ у беременных способствует развитию осложнений беременности приводит к преэклампсии, плацентарной недостаточности, синдрому задержки развития плода. У рожениц с АГ осложнения развивались в 55,5% случаев, у родильниц – в 32,74%.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТОЙ

Муратова А., студентка 614 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. каф. – проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: к.м.н. Джурабекова С.Т.

Акушерские кровотечения всегда были основной причиной материнской смертности, они продолжают оставаться важной проблемой родовспоможения. Из общего числа осложнений родов ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) составляет 0,3-05% и в 30% является причиной материнской смертности. **Цель работы:** Исследование женщин с ПОНРП. **Задачи исследования:** изучение частоты ПОНРП, анализ течения беременности и родов у беременных с ПОНРП. **Материал и методы исследования:** Изучены особенности клинического течения, беременности, родов, раннего послеродового периода, изменения в системе гемостаза у 50 беременных женщин с ПОНРП в роддоме №3 за 2014-2016гг. **Результаты:** Возраст находившихся под нашим наблюдением беременных выглядит следующим образом: от 16 до 20 - 5 (10%), от 21 до 25 - 20 (40%), от 26 до 30 -13 (26%), от 31 до 35 - 7 (14%), от 36 до 40 - 5 (10%). Среди наблюдаемых жительницы города составили 12 (24%) и сельской местности 38 (76%). Домохозяйки 78%. Из 50 случаев: частичная ОНРП - у 26 (52%), частичная прогрессирующая ОНРП - у16 (32%), с полной ОНРП - у 8 (16%). Среди беременных с кровотечением во второй половине беременности первородящих было 15 (30%), повторнородящих 30 (60%). Из повторнородящих в анамнезе у 12 (24%) женщин были II, III беременности, IV и более у 23 (46%). ПОНРП чаще развиваются в возрасте 21-30 лет (66%) и 31-40 (24%). Искусственные и самопроизвольные аборты в анамнезе у 20 (40%); привычное невынашивание 5 (10%); эклампсия в анамнезе 1 (2%); рубец на матке после операции кесарева сечения 2 (4%); бактериальная и вирусная инфекция 3 (6%); воспалительные заболевания половых органов 3 (6%). В анамнезе беременных отмечались перенесенные ими: простудные заболевания - 94%, анемия - 86%, вирусный гепатит - 6%, хронический пиелонефрит - 10%, диффузное увеличение щитовидной железы - 2%, туберкулез легких - 2%, цирроз печени в стадии декомпенсации - 2%. Течение беременности осложнилось: анемией беременных - 86%; угрозой прерывания - 16%; гестозом (преэклампсия легкой, тяжелой степени) - 20%, мажущимися кровянистыми выделениями - 10%; токсоплазмозом I половины беременности 24%; хроническим пиелонефритом - 6%; механическим фактором (падением на живот) - 2%. Жалобы при поступлении: боли по всему животу наблюдались у 42 (84%); кровянистые выделения из половых путей - у 39 (78%); общая слабость у 19 (38%); головокружение у 10 (20%); головные боли 8 (16%); отеки 6 (12%); отхождение околоплодных вод 5 (10%); отсутствие шевеления плода 4 (8%); рвота 1 (2%); приступы судорог 1(2%). Исходы данных беременностей: у одной с частичной ПОНРП беременность сохранена, а у другой произошли роды через естественные родовые пути. Остальные 48 беременных с ПОНРП поступили в среднем и тяжелом состоянии и по абсолютным показаниям произвели кесарево сечение. **Выводы:** При ПОНРП повторнородящие составили 70%, из них 46% приходится на многорожавших. У пациенток с отслойкой нужна своевременная остановка кровотечения и обязательное восполнение кровопотери. В тяжелых случаях целесообразно своевременно произвести ампутацию или экстирпацию матки.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВЫРАБОТКА ТАКТИКА ВЕДЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Наркулова С.У., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии по подготовке ВОП (зав. каф. - проф. Нажмутдинова Д.К.)

Научный руководитель: к.м.н. доц. Атаходжаева Ф.А.

Несмотря на успехи, достигнутые в настоящее время в профилактике и лечении послеродовых инфекционных осложнений, они по-прежнему играют значительную роль в структуре материнской заболеваемости и смертности. Одной из причин развития гнойно септических заболеваний послеродового периода является высокая частота инфицирования беременных, плодных оболочек, околоплодной жидкости и плода. На этом фоне в последние годы инфекционный процесс у родильниц характеризуется изменением спектра возбудителей с увеличением значимости микроорганизмов, представленных семейством энтеробактерий и их ассоциаций, трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых и атипичных форм, поздней диагностикой и, соответственно, запоздалого начала лечения. По данным разных авторов гнойно – септические осложнения развиваются в 4-6 % случаев от общего количества родов, этот показатель выше после оперативных родов (11,8-89,5%). Эндометрит после самопроизвольных родов развивается в 3% случаев, в то время как после абдоминального родоразрешения - у 19-30% родильниц. **Цель работы:** Проведен сравнительный анализ послеродовых септических осложнений в зависимости от метода родоразрешения с оценкой риска развития послеродовых гнойно - септических осложнений. **Материал и методы исследования:** Ретроспективный анализ истории родов 30 пациенток II клиники ТМА повышенного инфекционного риска, показал, что течение беременности осложнилось анемией (83,3%), угрозой прерывания беременности (26,6%), гипертензивными нарушениями (23,3%). Вовремя родов диагностировались затянувшаяся активная фаза (10%), атоническое кровотечение (6,6%). У 50% обследованных женщин предыдущие роды закончились операцией кесарева сечения, причем у 16,6% пациенток послеоперационный период осложнился эндометритом. Соматически здоровыми в данной группе считали себя лишь 13,3% пациенток. **Результаты:** У обследованных женщин роды завершились вагинальными родами в 56,7% случаев, в то время 43,3% женщин родоразрешены оперативным путем. **Выводы:** Таким образом, использование системы оценки риска возникновения гнойно-септических осложнений после родов и кесарева сечения позволит оптимизировать выбор метода родоразрешения и профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде и выявления групп риска.

**ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА - ИНФЕКЦИОННЫЙ АГЕНТ ВЫЗЫВАЮЩИЙ
НЕИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**Низанова С.С., резидент магистратуры 1 года обучения, ТМА
Кафедра эпидемиологии (зав. каф. - д.м.н. Матназарова Г.С.)
Научный руководитель: к.м.н. Рахманова Ж.А.**

Злокачественные новообразования относятся к числу одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (МЛИП/IARC) в мире ежегодно заболевает злокачественными новообразованиями более 10 миллионов человек, 23 миллиона человек живут с диагнозом рак, установленным в последние 5 лет, и 6 миллионов умирают от этой патологии. В эпидемиологических исследованиях определены признаки папиллома-вирусной инфекции (ПВИ), обусловленной ВПЧ высокого канцерогенного риска, свойственные другим инфекциям, передаваемым половым путем (ИГТГШ). Обобщение результатов исследования свидетельствует о высокой распространенности НРV-инфекции среди населения. Вместе с тем, указанная инфекция не включена в перечень инфекционных заболеваний, подлежащих обязательному государственному учету и регистрации, не разработана система эпидемиологического надзора и профилактики этой патологии. Вирус папилломы человека (ВПЧ), папиллома-вирусная инфекция (ПВИ) занимают особое место среди сексуально-трансмиссивных заболеваний. По данным ВОЗ (1999), за последнее десятилетие количество инфицированных в мире возросло более чем в 10 раз. Резкое увеличение числа больных, высокая гетерогенность вирусов, сложности диагностики, полиорганность вызываемой патологии, а также способность инициировать злокачественные процессы ставит папилломавирусную инфекцию в ряд приоритетных медико-социальных проблем. Рак шейки матки, связанный с персистирующей инфекцией вирусом папилломы человека (HPV) - один из самых распространенных и опасных видов злокачественных новообразований у женщин во всем мире. Из 10 миллионов новых случаев онкологических заболеваний, регистрируемых во всём мире ежегодно, примерно 15% случаев ассоциированы с инфекционными агентами. HPV ответственен за 30% данных злокачественных новообразований. По данным ВОЗ каждый год в мире диагностируется около 500 000 новых случаев рака шейки матки, который занимает второе место в мире как причина смерти от рака среди женщин. На сегодняшний день, по крайней мере, 700 миллионов человек являются носителями HPV-инфекции, а количество летальных исходов, связанных с HPV-инфекцией, достигает 280 тысяч в год. Рак шейки матки занимает второе место по частоте среди онкопатологии женской половой сферы. Реальной профилактикой рака шейки матки является своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний. Именно поэтому важным этапом профилактики злокачественных новообразований шейки матки являются ранняя диагностика и эффективное лечение поражений шейки матки вирусом папилломы человека. **Выводы:** Таким образом, своевременная диагностика и адекватная терапия папилломавирусных поражений гениталий являются не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. Актуальность данной проблемы определяется, прежде всего, тем, что не существует окончательного алгоритма диагностики и терапии ВПЧ-поражений шейки матки, что приводит к прогрессу заболевания и развития, плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки и рака шейки матки.

**МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ ПОСЛЕ
САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА**

**Норполвонов А.У., студент 607 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Закирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Шавази Н.Н.**

Цель работы: явилась разработка периоперационной терапии у пациенток с самопроизвольным абортom, направленной на снижение частоты и выраженности внутриматочных синехий. **Материал и методы исследования:** послужили клинические, лабораторные и инструментальные данные обследования, лечения и динамического наблюдения за 60 женщинами с диагнозом: «самопроизвольный аборт» (СА). Основную группу составили 30 женщин с СА, в комплексном лечении которых, наряду с традиционным лечением использовалось опорожнение матки под гистероскопическим контролем, выполнялось аспирационно-промывное дренирование полости матки с использованием 0,01% раствора мирамистина с последующим подведением геля натриевой соли карбоксиметишцеллолозы в объеме 5-10 мл и курс внутриматочной лазеротерапии. Группа сравнения состояла из 30 пациенток с СА, получавших общепринятую терапию. Стандартная терапия пациенток с СА в обеих группах включала использование: антибактериальных препаратов широкого спектра действия в течение 5-7 дней. **Результаты:** Гистероскопическое исследование проводилось при опорожнении полости матки от продуктов зачатия, а также на 5-е послеоперационные сутки и через месяц по стандартной методике. Динамический ультразвуковой скрининг матки проводился с помощью цифровой диагностической системы ультразвукового сканирования. Для стандартизации условий все исследования проводились до оперативного лечения, на 5-7-е послеоперационные сутки и через 3 месяца. Для оценки динамики локальных процессов в полости матки проводили цитологический контроль аспирата из полости матки до начала и в процессе лечения. Цитологические изменения в метроаспиратах классифицировали по периодам раневого процесса. Исследования показали, что применение 0,01% раствора мирамистина в сочетании с внутриматочной лазеротерапией способствует более быстрому переходу дегенеративно-некротических изменений в дегенеративно-воспалительные и в последующем - в регенеративные I типа. Качественные различия цитоморфограмметроаспириатов позволяют сделать вывод о том, что разработанная методика является наиболее эффективной в реабилитации пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности, при этом использование внутриматочной лазеротерапии, оказывая влияние на местный иммунитет и микроциркуляцию, способствует течению раневого процесса в рамках физиологических границ. При УЗИ, проведенном на 5-е послеоперационные сутки наиболее выраженные изменения отмечались среди пациенток группы сравнения. УЗИ проведенное через 3 месяца позволило выявить признаки хронического метрита среди пациенток основной группы и группы сравнения в 9,99% и 53,33% случаев соответственно. **Выводы:** Применение разработанной системы профилактики снизило частоту образования внутриматочных спаек в 3,5 раза. Предложенный метод локального воздействия в послеоперационном периоде у пациенток с СА способствует ускорению регенеративного процесса, что проявляется в уменьшении длительности фаз воспаления и интенсификации восстановительных механизмов, адекватной санации за счет комбинированного воздействия путем механического ее опорожнения от патологического субстрата, а также за счет улучшения метаболических процессов, снижения отека и инфильтрации тканей, способствует совершенствованию психологической переносимости манипуляции пациенткой.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рахматов Ж.М., студент 607 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. – проф. Закирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Шавазы Н.Н.

Цель работы: Явилось изучение особенностей диагностики, а также хирургического лечения патологических процессов эндометрия у пациенток пожилого и старческого возраста в условиях стационара с целью оптимизации тактики ведения, профилактики злокачественных новообразований и улучшения качества жизни женщин в постменопаузальном периоде. **Материал и методы исследования:** Составили 58 пациенток, направленные в стационар с подозрением на внутриматочные патологические процессы по данным УЗИ-скрининга органов малого таза. Эти пациентки в 2014–2015 гг. входили в контингент, прикрепленный для ежегодного диспансерного наблюдения к ведомственным поликлиникам. Средний возраст составил $67,6 \pm 5,6$ лет и соответствовал пожилому и старческому возрастным периодам по классификации ВОЗ. **Результаты:** Данные, полученные при анализе менструальной и репродуктивной функции, укладывались в среднестатистические параметры, профессиональных вредностей отмечено не было. 43 пациентки (87,8%) жалоб со стороны органов малого таза не предъявляли. Поводом для их госпитализации послужило утолщенное М-эхо (более 4мм) и его неоднородность при скрининговой эхографии. Остальные пациентки (35; 12,2%) отмечали кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота, бели. Всем пациенткам, поступившим в гинекологическое отделение при Клинике СамМИ выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Все пациентки были отягощены соматически, некоторые из них имели в анамнезе оперативные вмешательства. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (у 26 больных, 57,64%), также пациентки страдали варикозным расширением вен нижних конечностей (4,52%), заболеваниями молочных желез (7,99%), желудочно-кишечного тракта (11,46%), органов дыхания (5,56%) и мочевыводящих путей (3,48%), имелись эндокринные нарушения (ожирение, сахарный диабет, патология щитовидной железы). У многих отмечено сочетание различной экстрагенитальной патологии. Гистероскопическая картина полости матки характеризовалась наличием полипов различных размеров и локализации, неоднородного локального утолщения эндометрия, субмукозных узлов I и II типов, синехий, признаков атрофии эндометрия и хронического эндометрита. При необходимости использовались эндоскопические щипцы и ножницы, выполнялась гистерорезектоскопия полипов на широком основании и субмукозных узлов миомы, а также электроабляция эндометрия у пациенток с рецидивирующими внутриматочными образованиями. При гистологическом исследовании полученного материала железисто-фиброзный полип обнаружен у 29 пациенток (63,9%), хронический эндометрит – у 10 (3,5%), аденокарцинома эндометрия – у 6 (2,1%), атрофичный эндометрий – у 2 (8,9%) и у 2 пациенток – субмукозная миома матки (4,6%). При анализе полученных данных выявлено, что у пациенток пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются железисто-фиброзные полипы эндометрия. Обращает на себя внимание высокий процент атрофических процессов эндометрия, что обусловлено постменопаузальными изменениями, а также высокая частота (2,1%) злокачественных новообразований эндометрия. **Выводы:** Таким образом, особенностью внутриматочных патологических процессов в технические сложности в связи с атрофическими изменениями в органах малого таза и атрезией цервикального канала, особенности анестезиологического пособия из-за отягощенности больных сопутствующей экстрагенитальной патологией. Однако более высокий риск в популяции злокачественных новообразований диктует необходимость ежегодного обследования с применением УЗ-скрининга и своевременного адекватного хирургического лечения с применением современных малоинвазивных технологий с целью первичной профилактики неоплазий и улучшения качества жизни данной категории пациенток.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Рахматова З.М., студентка 607 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. – проф. Закирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Шавазы Н.Н.

Цель работы: Анализ применения иммуноцитохимического определения маркера p16INK4a у женщин раннего репродуктивного возраста в прогнозировании дальнейшей патологии шейки матки. **Материал и методы исследования:** В исследовании приняли участие 72 пациенток с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки в возрасте до 29 лет. При первичном обращении всем пациенткам было проведено цитологическое, бактериологическое исследование соскобов из цервикального канала, расширенная видеокольпоскопия, генотипирование и количественное определение ВПЧ. В качестве терапии рандомизированно 68 пациенткам при подтверждении диагноза ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки был назначен препарат глицирризиновой кислоты для местных орошений шейки матки в виде спрея и препарат рибавирина в виде крема для аппликаций на шейку матки на протяжении 3 месяцев. На втором этапе через 6 месяцев исследования пациентки были разделены на подгруппы когерентные по основным показателям и отличающиеся по наличию ВПЧ высоконкогенного типа в настоящее время и ВПЧ-негативных, но с учетом экспрессии p16ink4a и повторно обследованы еще раз через 6 мес от окончания терапии. **Результаты:** Элиминации ВПЧ и величины экспрессии p16ink4a по двум исследуемым подгруппам были внесены в разработанные электронные экспертные карты, что позволило получить и гарантированно обработать все элементы выборки и сравнить их между собой и также произвести анализ в каждой подгруппе. Расчитан эпидемиологический показатель, используемый в оценке эффективности медицинского вмешательства – число больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ) для препарата глицирризиновой кислоты и рибавирина для местного применения как 1,85. Применение препаратов с момента установления диагноза на протяжении 3 мес ведет к снижению абсолютного риска персистенции ВПЧ через 12 мес на 49,25% и относительного риска заболеваемостью предраком и раком шейки матки на 28,58%, подтвержденные отсутствием экспрессии маркера в экспериментальной группе, даже при втч-позитивном повторном результате у 100% исследуемых и очаговой и умеренной экспрессией в контрольной группе в 34,86%. **Выводы:** Разработан алгоритм ведения пациентов с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки с рекомендациями применения препаратов глицирризиновой кислоты и рибавирина для местного применения у ВПЧ – позитивных пациенток раннего репродуктивного возраста, что особенно актуально в современной амбулаторно-поликлинической практике в регионах при скрининговом и диспансерном этапе оказания медицинской помощи женскому населению. Особое место получило прогностическое значение иммуноцитохимического маркера p16ink4a при заболеваниях шейки матки у молодых женщин до 26 лет, как основных составляющих репродуктивного потенциала страны.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ
МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Сагатова А.А., резидент магистратуры 2 года обучения, ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)
Научный руководитель: д.м.н., доцент Бекбаулиева Г.Н.

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) у современных подростков характеризуются затяжным течением с частыми рецидивами (до 30%) и длительной утратой трудоспособности. Высокая частота рецидивов ДМК, развития постгеморрагической анемии и, как следствие, ухудшение состояния здоровья девочек-подростков свидетельствуют о необходимости полноценной реабилитации данных пациенток. При изучении перинатального анамнеза было отмечено, что беременность и роды у матерей девочек с ДМК значительно чаще протекали с осложнениями. В их структуре лидировали: гестоз, преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности. Несмотря на высокую частоту и, как правило, сочетание осложнений при беременности и в родах удельный вес оперативного родоразрешения в основной группе повышался незначительно. Девочки с ДМК при сравнении со своими здоровыми сверстницами значительно чаще имели указания на перенесенную родовую травму и интранатальную гипоксию. Полученные данные подтвердили существующее мнение о вкладе пренатальной и интранатальной гипоксии на процесс становления гипоталамо-гипофизарной системы у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла. Высокая частота аномалий родовой деятельности у обследованных нами женщин могла свидетельствовать также о возможном наследственном характере патологии сократительной деятельности матки у их дочерей. Соматический статус девочек с дисфункциональными маточными кровотечениями был представлен различной патологией, у большинства из них имелось сочетание нескольких нозологических форм. В структуре соматической патологии у обследованных пациенток преобладали: заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарного комплекса; сердечно-сосудистой системы; опорно-двигательного аппарата. Необходимо отметить, что в большинстве случаев выявлялись функциональные расстройства со стороны внутренних органов (дискенизии, дистонии, рефлюксы), что согласуется с данными других исследователей. Инфекционный индекс у девочек с маточными кровотечениями в 2-2,5 раза превышал аналогичный показатель контрольной группы. Было выявлено, что чаще других диагностировались хронический тонзиллит и ОРВИ, имелось сочетание более трех детских инфекций. Одним из факторов риска патологического становления менструальной функции являются черепно-мозговые травмы в нейтральном и препубертатном периодах, их частота у девочек с ДМК значительно превышала данные контрольной группы. Проведенное исследование показало, что пациентки с дисфункциональными маточными кровотечениями в пубертатном периоде имеют особенности физического и полового развития в зависимости от их возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Сагатова А.А., Сатгарова К.А. ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - профессор Аюпова Ф.М.)
Научный руководитель: д.м.н. Бекбаулиева Г.Н.

Материал и методы исследования: В соответствии с целью и задачами исследования в работу были включены 108 девочек пубертатного периода, которые составили три группы наблюдения. Распределение девочек по 3 группам. 1 группа ретроспективное наблюдение 40 историй болезни за 2013-2015 годы. 2 группа основная, которую составили 52 девочек, из них 22 девочки с дисфункциональными маточными кровотечениями, осложненными постгеморрагической анемией, 30 девочек с неосложненной анемией, 3 группа контрольная, ее составили 16 здоровых девочек в пубертатном периоде. **Результаты:** Средний интервал от начала последней менструации до маточного кровотечения у девочек с постгеморрагической анемией составил $34,64 \pm 8,57$ дня, без анемии — $43,64 \pm 6,18$ дня ($p > 0,05$). Основной жалобой, с которой пациентки обращались за медицинской помощью, были различные по интенсивности кровянистые выделения из половых путей. Средний временной интервал от начала маточного кровотечения до обращения за медицинской помощью составил $12,49 \pm 1,25$ и $17,21 \pm 1,49$ дней соответственно описываемым подгруппам ($p < 0,05$). Жалобы на сухость кожи, ломкость волос и ногтей, извращение вкуса рассматривались нами как следствие сидеропении и их частота закономерно увеличивалась у девочек Па подгруппы, но не была статистически значима. При госпитализации всем пациенткам было проведено общеклиническое обследование. Жалобы на обильные кровяные выделения из половых путей значительно чаще предъявляли девочки На подгруппы (62,50%, $p < 0,05$ при сравнении со ИБ подгруппой). Кровопотеря сопровождалась не только закономерным снижением содержания эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя, но и повышением СОЭ. Причем, эти изменения усиливались при кровотечениях, осложненных анемией. Девочки с маточными кровотечениями, осложненными постгеморрагической анемией, значительно чаще, чем пациентки Пб подгруппы, предъявляли жалобы на обильные кровяные выделения из половых путей ($p < 0,05$), общую слабость ($p < 0,01$), головокружение ($p < 0,01$) и раньше обращались за медицинской помощью ($p < 0,05$). Однако слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности были характерны почти для каждой второй девочки с ДМК, не осложненной анемией. Следовательно, подростки тяжело переносят патологическую кровопотерю, т.к. имеют клинические проявления анемического синдрома даже при отсутствии постгеморрагической анемии. **Выводы:** Проведение общеклинического обследования выявило закономерное снижение показателей красной крови, общего количества белка и сывороточного железа у девочек с ДМК при сравнении с контрольной группой. Для восполнения дефицита железа назначался Мальтофер фоль, обладающий высокой биодоступностью, безопасностью, хорошими органолептическими свойствами. Длительность ферротерапии определялась нормализацией показателей красной крови и сывороточного железа.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОВОЙ СМЕСИ С 3% КИСЛОРОДОМ
ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ГИНЕКОЛОГИИ
Самсонова М.А., студентка 2510 группы пед. факультета КазГМУ
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - д.м.н. Фаткуллин И.Ф.)
Научный руководитель: профессор, д.м.н., Габидуллина Р.И.

Цель работы: Интраоперационная оценка кислотно-щелочного состояния (КЩС) крови и микроциркуляции брюшины, а также отдаленных результатов клинического наблюдения после лапароскопических операций пациенток с бесплодием при инсуффляции газовой смеси 3% кислорода (O₂) и 97% углекислого газа (CO₂) в сопоставлении с «чистым» карбоксиперитонеумом. **Материал и методы исследования:** Исследования проведены при лапароскопических операци-

ях у 62 женщин с диагнозом первичного бесплодия трубно-перитонеального генеза в программе подготовки к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) с переносом эмбриона. Средний возраст пациенток составил $30 \pm 0,7$ лет. Наполняемость: в группе с применением карбоксиперитонеума 30 женщин (контрольная группа), в группе с газовой смесью 97% углекислого газа с добавлением 3% кислорода – 32 (основная группа). Для оценки КЩС крови рассматривали: водородный показатель (рН) крови, парциальное давление углекислого газа (рСО₂) и кислорода (рО₂), стандартное и действительное значение бикарбоната (НСО₃-std, НСО₃-act), избыток по основанию в крови и во внеклеточной жидкости (ВЕ (В) и ВЕ (ecf)). Забор капиллярной крови из верхней конечности производился трижды: до начала операции на фоне ИВЛ, интраоперационно на 30 минуте инсuffляции газов и после десuffляции. Для оценки состояния микроциркуляторного русла применяли лазерный анализатор капиллярного кровотока – ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Россия). Снятие данных микроциркуляции с брюшины производили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в начале наложения пневмоперитонеума и в конце операции. Оценивали статистические параметры ЛДФ-сигнала как показатель микроциркуляции (ПМ), среднее квадратическое отклонение (СКО), коэффициент вариации (KV) и индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ). **Результаты:** В анализах крови всех пациенток при 1 заборе отмечался сдвиг КЩС в сторону алкалоза (рН $7,48 \pm 0,06$ в контрольной и $7,5 \pm 0,03$ в основной группах). На фоне инсuffляции углекислого газа, наблюдалось развитие ацидоза (рН $7,32 \pm 0,05$), степень выраженности которого резко снизилась после десuffляции. В основной группе по результатам 2 забора крови не происходило развитие ацидоза. Состояние алкалоза компенсировалось (рН $7,39 \pm 0,2$, в норме $7,35-7,45$), что достоверно превышало значения контрольной группы при $p < 0,05$. При исследовании локального кровотока в брюшине выявлено снижение ПМ в контрольной группе с $29,3 \pm 0,7$ перфузионных единиц (пе) в начале операции до $23,8 \pm 0,6$ пе. В основной - с $29 \pm 0,9$ до $25,8 \pm 0,6$ пе. ИЭМ в основной группе в конце операции составил $0,56 \pm 0,16$ и $0,43 \pm 0,12$ в контрольной. В течение 2 лет после операции в контрольной группе повторные были выполнены 44,4% женщин ($p < 0,05$) (аппендэктомия-16,7%, внематочная беременность-27,7%). И только 14,8% женщин основной группы перенесли повторные операции (аппендэктомия, внематочная беременность по 7,4%). Беременность наступила у 37,04% пациенток основной группы и у 33% контрольной ($p > 0,05$). В основной группе 70% беременностей были спонтанными, 30% - в результате ЭКО с переносом эмбриона. **Выводы:** Таким образом, интраоперационно происходит уменьшение отрицательных системных и локальных эффектов при добавлении 3% кислорода. Это позволило улучшить отдаленные исходы оперативных вмешательств, снизить частоту повторных операций, а так же способствовало наступлению беременности у 37% женщин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Саттарова К.А. ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - профессор Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: профессор Аюпова Ф.М.

Известно, что здоровье плода и новорожденного во многом зависит от состояния репродуктивной системы матери и течения беременности. Развитие недостаточности ФПС при наличии структурных изменений в матке обуславливает нарушение функционально-метаболических и морфологических изменений в единой системе мать-плацента-плод, сопровождающейся внутриутробной гипоксией плода, задержкой его развития и недоношенностью, являясь одной из причин перинатальной заболеваемости и смертности. **Цель работы:** Изучить особенности течения беременности у женщин с рубцом на матке. **Материал и методы исследования:** Для изучения течения беременности проведено клинко-лабораторное обследование 62 женщин, в возрасте от 18 до 41 лет во II и III триместрах беременности. Группу контроля составили 34 здоровых женщин с физиологическим течением беременности и их новорожденные. Диагноз развития фетоплацентарной недостаточности у беременных со структурными изменениями в матке был выставлен при сроках гестации от 18 до 30 недель. **Результаты:** В группе с рубцом на матке 13 (21,0%) женщин госпитализированы в сроке 18-23 нед, 31 (50,0%) в сроке 23-26 нед., 18 (29,0%) – 27-29 нед. Развитие угрозы прерывания беременности у обследуемых женщин наблюдалось как в ранних так и в поздних сроках: у 35,5% беременных женщин, что достоверно выше показателей контрольной группы. Данные биометрии плода показали, что у 20 (32,3%) пациенток выявлена ассиметричная форма задержки внутриутробного роста плода и характеризовалась преимущественно нормальными параметрами бипариетального размера головки плода с одновременным уменьшением размеров живота и грудной клетки, у 5 (8,1%) женщин – симметричная форма. Толщина плаценты, установленная эхоскопически, указывала на ее утолщение в 10 (16,1%) случаях выявлено преждевременное «созревание» плаценты, по-видимому, свидетельствующее о компенсаторном процессе. Наиболее частыми осложнениями беременности и родов у исследуемых женщин были преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 6 (9,7%), слабость родовой деятельности у 3 (4,8%), несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 10 (16,1%) женщин. Послеродовый период осложнился дефектом послеродового периода у 6 (9,7%) родильниц, по поводу чего было произведено ручное обследование полости матки. По поводу гипотонического кровотечения после родов произведена надвлагалищная ампутация матки у 2 (3,2%) родильниц, перевязка трех пар магистральных сосудов произведена у 3 родильниц. У беременных исследуемой группы срочные роды произошли у 43 (69,4%), преждевременные у 19 (30,6%). В 56 (90,3%) случаях женщины родоразрешены оперативно, из них у 3-х произведена надвлагалищная ампутация матки, произведенная по поводу её гипотонии, самостоятельные роды в данной группе были у троих (4,8%). **Выводы:** Таким образом, на основании анамнестических данных, гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости беременных можно сделать вывод, что в развитии ФПН имеет значение возраст женщины, отягощенность акушерско-гинекологического, в частности, наличие структурных изменений в матке, влияющие на течение беременности и обуславливающие угрозу ее прерывания.

ПРЕМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА

Саттарова К.А., ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - профессор Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: профессор Аюпова Ф.М.

Женщины которым гормональная терапия противопоказана или кто категорически отказывается от приема гормональных лекарственных средств, существует альтернативный способ коррекции менопаузальных симптомов – прием фитоэстрогенов, растительных веществ, структурно и функционально близких к эстрогенам. Нами были обследованы 28 женщин в возрасте от 46 до 58 лет перименопаузального и постменопаузального периода жизни поступившие в 9 родильничкой комплекс Учтепинского района. Средний возраст обследованных женщин составил $49,6 \pm 5,2$ года. Критериями вклю-

чения в исследование были менопауза не меньше 12 мес, наличие жалоб патологического климакса (приливы жара); информированное согласие на прием фитоэстрогенов. Обследование проводили с помощью анкетирования, которое включало: общие данные (возраст, семейное положение, образование, профессия, род деятельности, особенности работы, физическая активность, общий анамнез, история заболевания, акушерский и гинекологический анамнез); тесты на пищевое поведение (эмоциогенное, экстернальное, ограничительное), визуальноаналоговые шкалы. Всех больных осматривали терапевт, невролог, гинеколог. Проводили следующие клинико-лабораторные исследования: определение антропометрических показателей [масса тела, рост, окружность талии, определение индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывали по формуле Кетле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$]; оценку АД (клиническое измерение АД по методу Н.С. Короткова). После проведения обследования пациенткам назначали экстракт цимефуги в капсульной форме по 1 капсулы 2 раза в день. Продолжительность приема препарата составила 6 мес. По окончании приема проводили клинико-лабораторное обследование, включавшее перечисленные выше методы. Средний возраст обследованных женщин составил $49,6 \pm 5,2$ года, средняя продолжительность менопаузы – $2,3 \pm 0,4$ года. Как показало исследование, у женщин в постменопаузе имеется широкий спектр сердечно-сосудистых и вегетативных нарушений. Среди жалоб преобладали приливы жара (100%), потливость (90%), головные боли (70%), перебои в работе сердца (50%). Гипервентиляционный синдром (чувство нехватки воздуха) наблюдался у 40% обследованных женщин, гастроинтестинальный дискомфорт испытывали 50% больных. Отмечались также психоэмоциональные нарушения в виде снижения фона настроения, раздражительности, выраженной слабости, немотивированной тревоги в той или иной степени, беспокоившие всех пациенток. Астенические жалобы и нарушенный сон беспокоили 90% больных. У всех пациенток был поставлен диагноз «климактерический синдром» по общепринятым критериям: тяжелой степени – у 5%, умеренной тяжести – у 60%, легкой степени – у 35%. Средняя масса тела пациенток при первичном обследовании составляла $80,7 \pm 2,3$ кг, ИМТ $-27,95 \pm 4,70$ кг/м², окружность талии – $89,2 \pm 1,2$ см. уровень клинического систолического и диастолического АД (САД и ДАД) в среднем составлял $134,3 \pm 11,2$ и $89,3 \pm 7,1$ мм рт. ст. соответствен-но. Артериальная гипертензия отмечалась у 65% пациенток. В нашем исследовании субъективное улучшение состояния наблюдалось уже в течение 3 мес терапии. Через 6 мес субъективное улучшение выразилось в полной ремиссии психоэмоциональных нарушений у 45% пациенток, 30% больных перестали беспокоить головные боли ($p < 0,05$). Терапия не повлияла на показатели сердечного ритма: перебои в работе сердца сохранялись у всех женщин с наличием данного симптома. Частота встречаемости гастроинтестинального дискомфорта достоверно снизилась до 40%. У 60% пациенток исчезли жалобы на чувство нехватки воздуха, повышенную утомляемость и нарушения сна. Таким образом, фитоэстрогены положительно влияют на состояние сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы. Эстровэл можно использовать для коррекции вегетативных и психоэмоциональных расстройств у женщин в пери-менопаузальном периоде, а также для профилактики артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний в постменопаузе.

ПРЕИМУЩЕСТВА РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Солева С.Б., студентка 415 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: проф. Закирова Н.И.

Цель работы: Изучить преимущества и недостатки родоразрешения в вертикальном положении для роженицы и ребенка. **Материал и методы исследования:** за период 2015-2016 годов в родильном отделении клиники СамМИ родоразрешались около 2700 беременных женщин. Из них в вертикальном положении 273 (10.1%). Роженицам было проведено полное клиническое обследование, все они поступили в первом периоде родов. Принятие вертикальной позиции выбирали сами. **Результаты:** Установлено что родоразрешение в вертикальном положении более благоприятны для матери и ребенка по сравнению с горизонтальным положением. Роженица проще переносит схватки и испытывает меньше болевых ощущений. Первый период родов протекает у первородящих около 8-10 часов, у повторно рожаящих- 14-16 часов. Во второй период родов при горизонтальном положении длятся 2-3 часа, в вертикальном- 1-2. Это объясняется тем, что из-за давления головки плода на шейку матки и давления плодного пузыря более плавно открывается маточный зев, а значит, период схваток становится короче. Спокойнее проходят потуги, так как в таком положении плоду легче проходить родовые пути. Это хорошо и для плода (во время каждой схватки временно ухудшается поступление кислорода), и для роженицы при этом методе небольшой процент материнского травматизма (почти не бывает глубоких травм родовых путей), рассечения промежности и потери крови. Почти у всех рожениц принявших вертикальное положение рассечения промежности не наблюдалось. У 81 (29,6%) рожениц, имевших миопию высокой степени ($V: -6 \leq$), были показания к кесаревоиссечению. Пациенткам было предложено принять вертикальное положение. Нами обнаружено, что в вертикальном положении женщина испытывает меньше нагрузки, было доказано, что показатели зрения не изменились. Вместе с тем, результаты нашего исследования показали что, врачи редко используют акушерские манипуляции при выборе женщин родов в вертикальном положении. По сравнению с горизонтальными родами, дети родоразрешившиеся в вертикальном положении травмируются меньше и реже, так как ребенок «идет» по родовым каналам плавно. Меньше вероятность возникновения гипоксии, так как матка не давит на полую вену и аорту. Все дети, появившиеся на свет в результате принятия матери вертикального положения при родах, по шкале APGAR имели развитие не менее 8 баллов (наивысшая оценка по шкале APGAR составляет 10 баллов). Вертикальное положение женщины не позволяет врачам полностью контролировать процесс, а медицинская помощь возможна лишь при нахождении роженицы в горизонтальном положении. Если женщина недостаточно крепкая или вела пассивный образ жизни, ей будет довольно сложно находиться во время родов в вертикальном положении. **Выводы:** внедрение в практику вертикальных родов принесет множество положительных сторон как для матери и ребенка, так и облегчит работу врача. Недостатки вертикальных родов- незначительны.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Суванова Ф.Б., ризидент магистратуры 2 года обучения СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: проф. Негмаджанов Б.Б.

С момента открытия возбудителя туберкулеза (палочка Коха) – в 1882 г. - от этой болезни умерло более 200 миллионов человек. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется от 8,9 млн. больных лиц, умирает из них 1,7 миллиона. По прогнозам ВОЗ, если эпидемию не взять под контроль, то в период от 2000 до 2020 гг. почти 1 млрд людей будет инфицировано, 200 млн заболеют и 35 млн погибнут от туберкулеза. **Цель работы:** Оптимизация ведения беременности у женщин с

туберкулезом легких. **Материал и методы исследования:** В период 2014-2016 годов проведено исследование 16 беременных женщин с туберкулезом легких в роддоме № 3, и туберкулезном диспансере. С целью изучения течения беременности и родов у женщин с туберкулезом легких проведено обследование 16 беременных, которые разделились на 2 группы. 1 группа 6 женщин «активная» форма туберкулеза и 2 группа 10 – неактивная форма. Средний возраст женщин в исследуемых группах достоверно не различался и составил в 1-й группе 26,14±1,02 года; во 2-й - 25,21±1,05 года. При сборе анамнеза в 1-й группе первобеременные составляют 2 (12,5%), повторнобеременные 4 (25%), во второй группе 4 (25%) и 6 (37,5%) соответственно. Первородящих было 3 (18,7%) и 4 (25%), повторнородящих - 3 (18,7%) и 6 (37,5%) соответственно по группам. В 1-й клинической группе акушерский анамнез былотяжён у 3 (18,7%) женщин с артифициальными абортми, у 1 (6,3%) - неразвивающейся беременностью; невынашивание беременности отмечалось у 2 (12,5%) женщин, в том числе у 2 (12,5%) были самопроизвольные выкидыши и у 4 (25%) - преждевременные роды. В группе сравнения у 1 (6,3%) беременность закончилась ее искусственным прерыванием и у 5 (31,3%) преждевременные роды. Проводилось клиническое обследование беременных с изучением анамнеза, микобактерии туберкулеза, исследовали кровь, мочу. **Результаты:** У 6 (37,5%) больной был выявлен активный туберкулезный процесс. Осложнения во время беременности 1-й группы анемия встречалась в 2,5 раза чаще, чем в группе сравнения (15,0%). Преэклампсия отмечалась в 1,4 раза чаще у женщин, больных туберкулезом легких. Тошнота рвота беременных встречалась у 2 (12,5%), угроза выкидыша - 4 (25%), угроза преждевременных родов - 5 (31,3%) чаще у беременных основной группы, чем в группе сравнения (25; 18,7 и 12,5% соответственно), что обусловлено влиянием туберкулезной интоксикации. Кроме того, нами установлено, что при активном туберкулезе частота осложнений беременности выше, чем при его неактивной форме. Одним из самых частых осложнений в родах у больных туберкулезом было преждевременное излитие околоплодных вод 3 (18,7%), родовое излитие околоплодных вод наступало у 2 (12,5%), у женщин группы сравнения (12,5 и 6,3% соответственно). В 1-й клинической группе были родоразрешены 3 (18,7%) через естественные родовые пути, операция кесарево сечение также у 3 (показаниями к операции возраст первородящей старше 30 лет, длительное бесплодие). В группе сравнения у 9 нормальные роды, и 1 операция кесарево сечение (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). Разрывы мягких родовых путей встречались в 1,6 раза чаще в 1-й клинической группе, чем во 2-й группе, что можно объяснить большим числом быстрых и стремительных родов у женщин, имеющих туберкулезный процесс в легких. **Выводы:** Таким образом, проведенное исследование показало, что туберкулезный процесс отрицательно влияет на течение беременности и родов. Беременность и роды вести в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Тургунова С.Б., резидент магистратуры 2 года обучения, СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: проф. Негмаджанов Б.Б.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (врожденная гиперплазия коры надпочечников, адреногенитальный синдром) – спектр заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленных дефектом ферментных систем, которые участвуют в биосинтезе стероидных гормонов надпочечников. **Цель работы:** Улучшение эффективности лечения у пациенток с врожденной дисфункцией коры надпочечников. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 20 девочек - подростков в Детском Многопрофильном Медицинском Центре и Род. доме №3 г. Самара за период 2014-2016 гг. с врожденной дисфункцией коры надпочечников. **Результаты:** Из всех поступивших больных 0,5% составляли подростки с врожденной дисфункцией коры надпочечников. В зависимости от возраста в среднем поступили в 11-20 лет, что составило 71%. Из анамнеза обследованные родились от матерей с I беременностью 5 (25%), от II беременности 7 (35%), от III беременности 4 (20%), и IV - 4 (20%). У матерей этих больных роды протекали в срок 15 (75%), с преждевременными родами у 5 (25%). Жалобы девочек были следующие: отсутствие менструации у 9 (45%), у 5 (25%) увеличение размера клитора, у 6 (30%) недоразвитие молочных желез. Характер менструального цикла: аменорея - 9 (45%), альгодисменорея - 6 (30%), гипоменорея - 5 (25%). Антропометрические исследования показали, что рост 150 - 155 см - у 14 (70%), 160 - 165 см - у 6 (30%). Развитие молочных желез по классификации Таннера: Ма 1 - у 8 (40%), Ма 2 - у 7 (35%), Ма 3 - у 5 (25%). При осмотре гинеколога размер клитора по классификации Pradera изменен у 100% (20): Prader 1 - у 2 (10%), Prader 2 - у 11 (55%), Prader 3 - у 6 (30%), Prader 4-5 - у 1 (5%). При ректальном осмотре: нормальные размеры матки - у 6 (30%), гипоплазия матки - 12 (60%) девочек, не пальпируется у 2 (10%). КТ надпочечников показало наличие гиперплазии у 5 (25%). Количество 17 ОП в моче - 2,9 - 16,2 нмоль/л (в среднем 8 нмоль/л), 17 КС в моче - 0,6-37,4 мг/сут (в среднем 9 мг/сут). Наиболее эффективным в коррекции АГС является хирургическое лечение: клиторэктомия - 10 (50%), рассечение урогенитального синуса - 5 (25%), вульвовагинопластика - 4 (20%), формирование вход во влагалище - 1 (5%). Осложнение после операции 1 (5%) девочки в виде нагноения операционной раны. Во время операции и после усилили дозу дексаметазона. **Выводы:** Таким образом встречаемость врожденной дисфункции коры надпочечников составило 0,5%. Для установления диагноза необходимо проводить УЗИ и КТ надпочечников R-графию для раннего выявления заболевания, также определить 17-КС и 17-ОКС в моче. После и до хирургического лечения для уменьшения осложнений необходимо корректировать дозы глюкокортикостероидов.

ЭСМИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Тухтамишева Н.О., ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов

(зав. каф. - профессор Аюпова Ф.М.)

Цель работы: Изучить эффективность препарата эсмия при предоперационной подготовке больных с миомой матки и аденомиозом. **Материал и методы исследования:** В исследовании участвовали 45 женщин репродуктивного возраста с множественной миомой матки и аденомиозом, нуждавшихся в органосохраняющем хирургическом лечении (миомэктомии, операции по Osada). Все пациентки получали препарат эсмия по 1 таблетке в сутки в течение 60 или 90 суток перед оперативным лечением. Предоперационная подготовка препаратом осуществлялась с целью снижения кровоснабжения миометрия, уменьшения размеров узлов миомы. **Результаты:** Наблюдалось изменение размеров узлов миомы, наиболее значимый эффект был при единичных узлах. Среднее снижение объема узла при приеме эсмии составило 32±8%, что достоверно выше, чем при множественных узлах. При изолированном аденомиозе изменение объема тела матки было статистически достоверно и составило от 24 до 29% (p<0,05), также во время операции отмечалось четкое «огра-

ничение» зоны железистой инвазии от интактного эндометрия. **Выводы:** Для уменьшения объема матки и миомы достаточно назначения курса эсмии на 3 месяца. Этот метод лечения может быть полезен до операции Osada или миомэктомии, особенно в случае больших размеров фибромы.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАНДИН Е2 ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Умарова Ш.Х., резидент магистратуры 1 года обучения ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии по подготовке ВОП (зав. каф. - профессор Нажмитдинова Д.К.)

Научный руководитель: асс. Сиддикходжаева М.А.

Согласно современным представлениям, переносную беременность относят к акушерской патологии, поэтому подобных случаях наиболее рациональной является активная тактика ведения беременности и родов направлена на обеспечение безопасного материнства, а также на рождение не только живого, но и здорового ребенка. **Цель работы:** Клиническая оценка эффективности «Гландин Е2» у пациенток с переносной беременностью, исследование особенностей течения родового акта. **Материал и методы исследования:** Нами было проведено проспективное обследование 26 беременных со сроком гестации более 41 недель. Срок гестации рассчитывали по первому дню последней менструации (формула Негеле). При определении степени зрелости шейки матки использовали бальную шкалу, предложенную Е. Bishop. Они разделены на 2 группы. В I группу вошли 16 беременных, у которых для подготовки шейки матки к родам применялся Гландин Е2. II-группу контрольная, составили 10 беременных. **Результаты:** Самостоятельное начало родовой деятельности в I группе было отмечено у 8 (50%) беременных, во II-группе у 3 (37,5%). От I группы остальным 8 беременным пришлось применить повторно «Гландин Е2» по 50 мг в задней свод влагалища. У 4 из этих беременных, шейки матки была готова для родов. У 1 женщин беременность завершилось оперативным путем. II-группе родоразрешения путем кесарева сечения проведена в 3 (37,5) наблюдениях. **Вывод:** Произведенное исследование позволяет сделать вывод об эффективности и безопасности применения «Гландин Е2» для подготовки шейки матки к родам у женщин с переносившим беременность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МИОМАХ МАТКИ

Хабибова С., студентка 614 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: к.м.н., Джуррабекова С.Т.

Цель работы: Улучшение лечения бесплодия у женщин фертильного возраста. **Материал и методы исследования:** провели ретроспективное исследование за 36 больными в возрасте от 23 до 45 лет по отделению гинекологии 2014-2015гг, для этого изучили 36 историй болезней, в исследованиях частота миомы матки составила 13,3%. **Результаты:** Выявлено, что 17 (47,2%) больных поздно начали половую жизнь, и 11 (35,5%) женщин нерегулярно жили половой жизнью. В возрасте от 23 до 25 лет обратились 6 больных (16,7%), от 26 до 30 лет – 10 больных (27,8%) и старше 30 лет – 20 (55,5%), гиперменструальный синдром встречался у 12 (33,3%) женщин. По количеству беременностей больные распределились следующим образом: 1 беременность – у 2 (5,56%), 2-3 беременности – у 2 (5,56%), 4 беременности у 4 (11,1%) нерожавших – 22 (61,1%). Исходы беременностей: у 14 больных общее количество беременностей 56, из них родов 30 в.т.ч срочные роды у 21 (58,8%), преждевременные – у 9 (25%) количество аборт 26. Первичное бесплодие у женщин с миомой матки наблюдалось у 14 больных (38,8%), а вторичное бесплодие у 8 (22,2%), 10 больных страдали бесплодием в течение 3-х лет, 7 больных в течение 5 лет, и 5 больных в течение 8 лет. Менархе в 12 лет было у 2 больных (5,5%), в 13 лет – у 10 (27,9%), в 14 лет – у 20 больных (55,6%) и запоздалые менструации в 15 лет и выше – у 4 (11,1%). Мenses установился сразу у – 31 больных через год у 5 больных. Домохозяйка было 10 (27,8%), служащих 14 (38,9%), рабочих 12 (33,3%). Анализ давности заболевания: до 2х лет миомой матки страдали 9 (25%) пациенток, от 3 до 5 лет – 16 (44,4%) пациенток свыше 5 лет страдали – 11 (30,5%) пациенток. Интерстициальная миома матки наблюдалась у 19 (52,8%) рождающаяся субмукозная миома матки у 2 (5,5%), субсерозно-интерстициальная миома матки у 14 (38,9%), фиброма передней стенки влагалища 1 (2,8%). Выполнены следующие виды оперативного вмешательства: удаление субсерозного миоматозного узла – у 19 больных (38,9%), выщипывание миоматозного узла – у 19 больных (52,8%), дефундация матки у (2,8%), откручивание рождающегося субмукозного миоматозного узла у 2 (5,5%). В ходе операции имело значение расположение узлов было следующим: ближе к маточной трубе у 12 больных, у дна матки – у 12 больных и на теле матки у 12 больных. Велось катаместическое наблюдение в течение 3 лет после оперативного лечения. Из 36 больных с консервативной миомэктомией у 5 (13,8%) больных наступила беременность. У 2 роды закончились срочными родами через естественные родовые пути и у 3 женщин при доношенном сроке выполнена операция «Кесарево сечение». **Выводы:** После консервативно-пластических операций на матке сохраняются репродуктивная и менструальные функции.

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Хамидова Н., резидент магистратуры 2-го года обучения, ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: к.м.н. доцент Нигматова Г.М.

Материал и методы исследования: Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста различными нарушениями репродуктивной функции (первичным и вторичным бесплодием, невынашиванием беременности), которым было проведено оперативное лечение (лапароскопия). Все пациентки в послеоперационном периоде методом произвольной выборки были разделены на две группы: 1-ю группу (основную) составили 30 женщин, которым одновременно с этиотропной терапией (офлоксацин 400мг 2 раза в день плюс орнидазол 500мг 2 раза в день 14 дней, вильпрафен 500мг 3 раза в день 10 дней и др.) проводилась коррекция иммунных нарушений препаратом «Полижен» по одной капсуле 1 раз в день. 2-ю группу (сравнения) составили 30 пациенток, которые применяли только антибактериальные и противовоспалительные препараты. Первым этапом терапии оперированных нами больных было назначение однофазных КОКов с 5-го по 25-й день цикла, с перерывом в 7 дней (жанин, ригевидон, логест, норинил, ярина). Подобранный консервативную гормональную терапию женщины продолжали в поликлинических условиях в течение 3-4 мес. Вторым этапом при отсутствии беременности эту же терапию продолжали использовать в сочетании со средствами, индуцирующими овуляцию: кломифен (с 5-го дня цикла) – по 50 мг (1 табл. на ночь) в течение 5 дней. Для усиления эффекта назначали препарат «Медофазин» 10000 МЕ на 15-й день или по 3000 МЕ, на 12,14,16-й день или по 5000 МЕ на 13-й и 15-й день цикла. При отсутствии эф-

фекта доза кломифена была увеличена в 2 раза (во II-м цикле) и в 3 раза (в III-м цикле) под строгим контролем размеров яичников (УЗИ). Результат: После проведенной нами терапии из 60 оперированных женщин у 35 наступила беременность после 1-го цикла стимуляции овуляции, у 12 женщин - после второго цикла. Спустя 2 месяца после окончания терапии в 1-ой группе ни одна из женщин не предъявляла жалоб на нарушения менструального цикла, боли внизу живота, явления интоксикации, дисменорею или диспареунию. Объем кровопотери во время менструации у всех пациенток этой группы значительно уменьшился. При контрольном ультразвуковом исследовании только у 2 (6,6%) женщин в 1-ой группе были выявлены единичные гиперэхогенные включения в базальном слое эндометрия, в остальных случаях (93,4%) эхографическая картина эндометрия соответствовал параметрам нормы. У пациенток 2-ой группы лечебный эффект был выражен в меньшей степени. У 8 (26,6%) женщин сохранялись симптомы интоксикации, болевой синдром и дисменорея, что потребовало проведения повторного курса антибактериальной, спазмолитической и противоспазмолитической терапии. При динамическом ультразвуковом исследовании у 7 (23%) из них регистрировались неоднородность эхоструктуры эндометрия и единичные гиперэхогенные включения в базальном слое. Положительная динамика была отмечена и в отношении роста эндометрия и фолликулов. Стимулирующее действие, по-видимому, обусловлено опосредованным иммуномодулирующим воздействием на яичники препарата «Полижен», за счет так называемой «блокады» фактора аутоиммунного оофорита. Анализ результатов проведенного исследования позволил снизить дозы стимулирующих препаратов и повысить эффективность стимулирующей терапии. Выводы: Таким образом, восстановление естественной фертильности у больных с бесплодием смешанного характера, даже при условии высокой техники выполнения любой из применяемых сегодня реконструктивно-пластических операций, во многом зависит от качества реабилитационной терапии и проведения гормональной терапии в сочетании со средствами, индуцирующими овуляцию.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ В СТАДИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Хегай О.А., старший научный сотрудник-соискатель ТашиУВ

Кафедра акушерства и гинекологии и перинатальной медицины (зав. каф. – проф. Асатова М.М.)

Научный руководитель: проф. Асатова М.М.

Цель работы: Изучение гормонального статуса у женщин с нарушением репродуктивной функции и аутоиммунным тиреоидитом в стадии тиреотоксикоза. **Материал и методы исследования:** Обследовано 45 пациенток с бесплодием и аутоиммунным тиреоидитом в стадии тиреотоксикоза. У всех женщин отмечались соответствующие изменения тиреоидного статуса. На ультразвуковой доплерографии щитовидной железы отмечалась повышенная васкуляризация на фоне диффузного снижения эхогенности ткани железы. Группу контроля составили 30 женщин без нарушения менструальной и репродуктивной функции. Всем женщинам проведено определение в крови фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, тестостерона, на 3-5й дни менструального цикла, оценку уровня прогестерона проводили на 20-22й дни цикла. Исследование гормонального профиля проводили иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов фирмы «Human» (Германия). Определение в крови аутоантител к тиреоглобулину (АТГ) и к тиреопероксидазе (АТПО) проводили с использованием стандартных наборов фирмы «Inser» (Россия). Ультразвуковое исследование проводили на аппарате Mindray DC-3, контроль за ростом доминантного фолликула проведен на 11, 13, 15 и 17 дни цикла. Для проведения статистического анализа результатов исследования были использованы непараметрические тесты U-тест Манна и Уитни для независимых выборок. **Результаты:** У пациенток с АИТ в стадии тиреотоксикоза регистрировались низкие значения ТТГ ($0,26 \pm 0,11$ мМЕ/л относительно $2,12 \pm 0,80$ мМЕ/л в контрольной группе, $p < 0,001$) в сочетании с повышенным содержанием свободных фракций тироксина ($2,16 \pm 0,31$ нг/дл относительно $1,49 \pm 0,24$ нг/дл в контроле, $p < 0,001$) и трийодтиронина ($3,48 \pm 0,71$ пг/мл в сравнении с $2,64 \pm 0,61$ пг/мл в контроле, $p < 0,001$). Уровень АТПО в обследованной группе составил $307,89 \pm 284,86$ МЕ/мл против $7,28 \pm 2,89$ МЕ/мл в контроле ($p < 0,001$), уровень АТГ составил $169,04 \pm 260,08$ МЕ/мл против $5,76 \pm 2,41$ МЕ/мл в контроле ($p < 0,001$). Гипогонадотропная яичниковая недостаточность была диагностирована у 17 (37,8%) пациенток. Гиперпролактинемия была выявлена у 12 (26,7%) пациенток и средний уровень пролактина в обследованной группе составил $14,21 \pm 8,19$ нг/мл в сравнении с $6,31 \pm 2,08$ нг/мл в контроле ($p < 0,05$). Повышение уровня тестостерона наблюдалось у 12 (26,7%) пациенток, среднее значение в обследованной группе составило $0,51 \pm 0,40$ нг/мл против $0,40 \pm 0,11$ нг/мл в контроле ($p < 0,01$). Что касается эстрадиола, то его повышение относительно нормативных значений было отмечено у 11 (24,4%), снижение – у 6 (13,3%) пациенток. Уровень эстрадиола у пациенток с тиреотоксикозом в среднем был выше относительно контроля и составил $93,84 \pm 44,59$ пг/мл в сравнении с $77,38 \pm 10,74$ пг/мл ($p < 0,01$) в контроле. Уровень прогестерона у 24 (53,3%) пациенток был ниже нормативных параметров и в среднем в обследованной группе составил $6,06 \pm 4,97$ нг/мл против $16,06 \pm 4,01$ нг/мл в контроле ($p < 0,001$). Результаты эхографического контроля за ростом доминантного фолликула свидетельствовали о нарушении процессов фолликулогенеза: у 21 (46,7%) женщин диагностирована недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла, у 18 (40,0%) ановуляция и у 6 (13,3%) пациенток синдром лютеинизации неовулированного фолликула. **Выводы:** Полученные нами данные позволяют предположить, что у пациенток с АИТ в стадии тиреотоксикоза дисфункция репродуктивной системы обусловлена нарушением продукции гонадотропных гормонов и как следствие стероидов яичников.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В I И ВО II ТРИМЕСТРАХ

Хожиева Г.Х., резидент магистратуры 2 года обучения, СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: проф. Негмаджанов Б.Б.

У подавляющего большинства женщин традиционная бессимптомная уроинфекция была впервые выявлена при первом посещении женской консультации у 52,3%. **Цель работы:** Ведение и лечение беременных женщин с бессимптомной бактериурией в I и во II триместрах беременности. **Материал и методы исследования:** Были исследованы 60 беременных женщин в роддоме №3 и поликлинике №12 г.Самарканда за период 2014-2016 гг. с бессимптомной бактериурией. Беременные были разделены на три группы в зависимости от возраста: 20-лет, 20-30лет, 30-40лет. Из них высокий процент 63% (38) ББ встречается у женщин 30-40 лет. **Результаты:** Бессимптомная бактериурия (ББ) у беременных ($n=60$) была установлена на основании количества бактериального числа из общего анализа мочи (++,+++), и 100%, количество лейкоцитов у 34%, и количество белка в моче у 28%. Были проведены анализы мочи по Ничепоренко у 37 (62%) в 1 мл мочи количество лейкоцитов 2000-4000, 4000-6000 у 23 (38,3%) женщин, эритроцитов 1мл мочи 1000-2000 у 44 (73%) женщин, 2000-3000 у 16 (27%) беременных женщин. Всем беременным женщинам провели УЗИ исследование. Из них у 28,3% установили

неспецифические структурные изменения почек, у 71,6% женщин никаких изменений не было выявлено. В мазке у беременных женщин было выявлено увеличенное количество эпителия у 7 (12%), смешанная микрофлора у 30 (50%), большое количество лейкоцитов у 15 (25%), кандиды у 8 (13%). **Выводы:** Встречаемость бессимптомной бактериурии у беременных 26% в основном у старшей возрастной группы 30-40 лет. Осложнениями ББ являются самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, маловесные новорожденные и высокий процент осложнений таких как пиелонефрит. Раннее выявление и лечение дает возможность уменьшить количество осложнений на 80-90 %.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Худайбергенова И.К., резидент магистратуры 1-го года обучения, ТМА
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф.- проф. Аюпова Ф.Р.)
Научный руководитель: д.м.н., доцент Саиджалилова Д.Д.

Цель работы: Изучить осложнения со стороны плода после перенесенной пневмонии беременной в различные сроки гестации. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ истории родов 62 женщин, перенесших бронхопневмонию в различные сроки гестации: в I триместре – 18 беременных с пневмонией, во II триместре – 23; в III – 21 беременная. Полученные результаты исследования подвергали статистической обработке, применяя пакет прикладных программ статистического анализа с вычислением средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения относительных величин (частота, %). **Результаты:** Анализ медицинской документации за 2014-2015гг. показал, что угроза прерывания беременности развилась у 68,1% беременных, перенесших пневмонию. Так, у 40,7% беременных, перенесших пневмонию в I триместре развилась угроза прерывания, во II триместре - у 22,2% беременных, и в III триместре у 5,2% беременных. По данным УЗИ внутриутробное инфицирование плода было заподозрено у 27,4% беременных, перенесших пневмонию в различные сроки гестации. Данное осложнение было заподозрено у 18,3% беременных, перенесших пневмонию в I триместре. У 22,9% - во II триместре и у 52,0% беременных, перенесших пневмонию в III триместре. После перенесенной пневмонии хроническая фетоплацентарная недостаточность развилась у 88,0% беременных. Из них у 41,2% беременных с пневмонией в I триместре, у 45,7% беременных – во II триместре и у 13,1% беременных – в III триместре. У 75,8% беременных перенесших пневмонию отмечалась внутриутробная гипоксия плода, из них у 68,8% беременных переболевших пневмонией в II триместре, у 88,9% беременных – во III триместре. Задержка внутриутробного развития плода была диагностирована у 30,4% беременной пневмонии. ЗВУР плода 1 степени развился у 15,6% беременной, 2 степени - у 14,8% беременных. **Выводы:** Наиболее частыми осложнениями со стороны плода у беременных, после перенесенной пневмонии, были выявлены ФПН - 62,9 %, внутриутробная гипоксия плода - 45,2%, ЗВУР различной степени тяжести – 26,7%, ВУИ плода – 27,4%.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Худойкулова О.Г., студентка 601-группы медико-пед. фак., СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (заф. каф. - проф. Зокирова Н.И.)
Научный руководитель: асс. Каримова Г.С.

Бактериальный вагиноз (БВ) - представляет собой дисбактериоз влагалища. Это достаточно распространенное заболевание у женщин молодого возраста. По статистике 25-35% женщин болеют вагинозом, из-за которого может развиться раннее прерывание беременности, послеоперационные осложнения у гинекологических больных, преждевременные роды, воспалительные заболевания малого таза у женщин, послеродовый и после абортные эндометриты, хориоамнионит, инфицирование ВИЧ инфекцией и другими половыми инфекциями. **Цель работы:** Изучить причины приводящие к бактериальному вагинозу. **Материал и методы исследования:** Нами были изучены 83 гинекологических больных с бактериальным вагинозом за последний год. Возраст женщин колебался от 18 до 45 лет. Диагноз бактериального вагиноза у 47 больных поставлен уже во время гинекологического осмотра, характера выделений, специфического запаха и в последующем на основании выявления в мазках «ключевых клеток». **Результаты:** Анализ причин возникновения бактериального вагиноза у женщин показал, что у 13(16%) были применены антибиотики различных спектров, у 38 (45%) ранее перенесены воспалительные заболевания урогенитального тракта, у 9 (11 %) нарушения гормонального статуса, сопровождающееся нарушением менструального цикла, длительное использование ВМС у 5(6%), использование таблетированных контрацептивов у 2 (2%), стрессовые воздействия на организм у 8(10%), нарушения функции толстого кишечника у 10(10%). **Выводы:** Таким образом, среди причин бактериального вагиноза первое место занимают воспалительные заболевания мочеполового тракта. В связи с этим необходимо вести профилактику воспалительных заболеваний женских половых органов, здоровый образ жизни и укреплять иммунитет.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТРЕПТАЗЫ ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

Худойкулова О.Г., студентка 601-группы медико-пед. фак., СамМИ
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (заф. каф. - проф. Зокирова Н.И.)
Научный руководитель асс. Каримова Г.С.

Цель работы: Определить эффективность применения дистрептазы при воспалительных заболеваниях матки и придатков, а также укорочения сроков лечения. **Материал и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 60 женщин в возрасте 18-45 лет, страдающие воспалительным процессом гениталий: 25 (42%) женщин с хроническим метроэндометритом, 15 (25%) женщин с хроническим сальпингоофаритом, 12 (20%) женщин с эрозией шейки матки, 8 (13%) женщин с функциональными кистами яичников со сроком лечения 7-10 дней. Для решения поставленной цели проводилась терапия Дистрептазой в виде свечей, которая обладает рассасывающей, противовоспалительной, болеутоляющей и иммуномодулирующей действиями, совместно с другими противовоспалительными препаратами. Лечение проводилось в виде свечей в прямую кишку в зависимости от тяжести процесса. При тяжелом случае: 1 св x 3 раза x 3 дня, затем по 1 св x 2 раз в день 3 дня, затем по 1 св x1 раз 3 дня, при средней степени тяжести процесса по 1 св x 2 раза 3 дня, затем по 1 св x 1 раз 4 дня, при легкой степени по 1 св x 2 раза x 2 дня. **Результаты:** Нашими исследованиями выявлено что при лечении воспалительных процессов с включением свечей Дистрептаза купируется болевой синдром, в 3 раза быстрее ликвидируются дизурические явления, в 2 раза быстрее случаи дисменореи, улучшает и усиливает действие антибиотиков, уменьшает рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза. **Выводы:** 1. Дистрептаза эффективна как

при незначительных, так и при выраженных воспалительных процессах, улучшает кровообращение и микроциркуляцию в стенке воспаления. 2. Для полноценного лечения воспалительных процессов гениталий, помимо противовоспалительных препаратов, необходимо включать и местное лечение (ректально) в виде свечей Дисптретпаза. 3. Дисптретпаза повышает эффективность лечения воспалительных заболеваний органов малого таза, сокращает срок терапии, предупреждает и лечит спаечный процесс, бесплодие, обладает хорошей переносимостью, ускоряет реабилитацию перенесенных воспалительных процессов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Шукурова Л., студентка 706 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. каф. - проф. Негмаджанов Б.Б.)

Научный руководитель: проф. Негмаджанов Б.Б.

Среди различных гинекологических заболеваний опущение половых органов занимает одно из ведущих мест. У женщин репродуктивного возраста нередко является причиной временной и стойкой потери трудоспособности, вплоть до инвалидности, сексуальных расстройств и нарушений детородной функции. **Цель работы:** изучить эффективность хирургических методов лечения, применяемых для коррекции опущения половых органов. **Задачи:** определить частоту больных с опущением стенок влагалища; определить рациональную хирургическую тактику лечения. **Материал и методы исследования:** Нами было обследовано 50 больных поступивших в роддом № 3, за последние 2 года. Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 25 до 75 лет: в репродуктивном возрасте были - 21 (24%), в перименопаузальном возрасте были - 22 (44%), в сенильном возрасте были - 7 (14%); жительницы города составили - 22 (24%), сельской местности - 38 (76%); домохозяйки 52%; опущение стенок влагалища - 8 (16%); неполное выпадение матки и стенок влагалища - 33 (66%); полное выпадение матки - 9 (18%). Вероятными причинами развития опущения гинекологических органов, послужило: травмы родовых путей -16 (32%); тяжелый физический труд -12 (24%); крупный плод -10 (20%); ни с чем не связывают -7 (14%); многократные роды -5 (10%). По количеству беременностей в анамнезе больные распределены следующим образом: от 3 - 7 у 29 (58%); от 8 - 11 у 15 (30%); и более 12 - у 6 (12%). У 3 (6%) женщин пролапс возник после первых родов. У каждой пятой больной, т.е. у 10 (20%) женщин роды были крупным плодом, а у 6 женщин роды с тазовым предлежанием плода. При изучении характера родов было установлено, что травма промежности в анамнезе (оперативная или самопроизвольная) имела место у 16 (32%) женщин. Среди обследуемых женщин у 10 (20%) отмечен разрыв шейки матки и стенок влагалища; 5 (10%) разрыв промежности; у 1 (2%) родовой травматизм связан наложением акушерских щипцов; миоме матки у 6 (12%); генитальный эндометриоз у 1 (2%); киста яичника у 2 (4%); эрозия шейки матки у 3 (6%); старый разрыв промежности III степени у 1 (2%); ректо-вагинальный свищ у 1 (2%). При опущении стенок влагалища, которое выявлялось у 33 (66%) больных были сделаны следующие виды операций: передняя кольпоррафия и задняя кольпоперинеопластика в 13 (26%) случаях, задняя кольпоперинеопластика в 4 (8%) случаях, операция по Манчестеру в 6 (12%) и влагалищная гистерэктомия в 10 (20%) случаях. Из них влагалищная гистерэктомия с придатками в 7 (14%) случаях и в 3 (6%) без придатков. Неполное выпадение матки и стенок влагалища было обнаружено в 8 (16%) случаях; при этом были сделаны следующие виды операции: передняя кольпоррафия и задняя кольпоперинеопластика сочеталась с экстирпацией матки с придатками путём лапаротомии. **Выводы:** Радикальным и эффективным методом лечения пролапса органов малого таза является хирургический, так как консервативное лечение не предотвращает прогрессирование заболевания, а применение гормональной терапии ведёт к возникновению ряда осложнений.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

Эгамова С., Акпербекова И.С., студентки 504 гр. леч. факультета ТМА

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов (зав. каф. - проф. Аюпова Ф.М.)

Научный руководитель: асс. Акпербекова И.С.

Цель работы: Определить объем мероприятий, позволяющих предупредить материнскую смертность на основе анализа критических ситуаций. **Материал и методы исследования:** Нами был выполнен клинический анализ документации 20 женщин перенесших критические ситуации, произошедшие в акушерских стационарах разного уровня. **Результаты:** В изученной группе роженицы были в активном репродуктивном возрасте (40%) и большую долю составили первородящие (47%). Больше половины женщин имели доношенную беременность (67%). При изучении анамнеза было отмечено, что у 40% беременных был отягощен акушерско-гинекологический анамнез, во время данной беременности 33% перенесли в разные сроки ОРВИ, анемией во время беременности страдало 53% женщин. У всех женщин беременность носила патологический характер. При поступлении на роды выявлены следующие акушерские осложнения: преэклампсия (40%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (20%), предлежание плаценты (7%), неправильное положение и предлежание плода (20%), антенатальная гибель плода (13%), родовое излитие околоплодных вод (20%). В структуре акушерских кровотечений послеродовое гипотоническое кровотечение составило 67%, ДВС-синдром - 44.4%, ПОНРП - 33.3%, геморрагический шок - 22.2%. Причиной развития кровотечения была преэклампсия тяжелой степени: в 22% случаев - ПОНРП и в 22% - гипотонического послеродового кровотечения. Родоразрешение оперативным путем произошло в 60% случаев. Показаниями к кесареву сечению были ПОНРП, ягодичное и ножное предлежание, тяжелая преэклампсия, предлежание плаценты. Объем хирургической помощи женщинам с акушерскими кровотечениями заключался в следующем: в 20% произведена надвлагалищная ампутация матки, в 27% - перевязка трех пар магистральных сосудов, в 13% - перевязка внутренних подвздошных артерий. При родах через естественные родовые пути во всех случаях было произведено РОПМ. При этом возникновение кровопотери производилось вовремя и в должном объеме. При изучении структуры гипертензивных состояний - преэклампсия тяжелой степени составила 71,4%, преэклампсия легкой степени - 14,3% и хроническая гипертензия -14,3%. Женщины с тяжелой преэклампсией велись в большинстве случаев по протоколу, своевременное досрочное родоразрешение и адекватная магниевая терапия до родов и в послеродовом периоде привели к благоприятному исходу. **Выводы:** Проведенный клинический анализ критических ситуаций показал, что во всех акушерских стационарах должна быть организована круглосуточная высоко квалифицированная экстренная помощь, позволяющая правильно оценить тяжесть состояния женщины, своевременно родоразрешить, выбрать адекватный объем оперативного вмешательства и качественно его осуществить и тем самым предотвратить МС. Совершенствование условий для сохранения материнского здоровья должно быть направлено на сокращение числа предотвратимых смертельных исходов и достигнуто путем снижения частоты критических случаев у женщин, переживших «акушерскую катастрофу».

**ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ЖЕНЩИН
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

Юлдашева У.О., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. каф. - проф. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: к.м.н. Собирова С.Э.

Для пациенток с врожденным пороком сердца прерывание беременности производится по причине декомпенсации сердечнососудистой системы, нарастания сердечной недостаточности, легочной гипертензии - это еще и состояние, сопряженное с риском для жизни самой женщины. Женщины с ВПС, которым проводилось прерывание беременности по показаниям со стороны сердечнососудистой системы, были в возрасте от 18 до 24 лет. **Цель работы:** Разработать оптимальный метод прерывания беременности у женщин с ВПС. **Материал и методы исследования:** В нашем наблюдении их было 6 (10,7%) - с ВПС, которые успешно доносили беременность и были родоразрешены. Прерывание беременности производилось в гинекологическом отделении Клиники Самаркандского медицинского института. Основная часть женщин (5) были жительницами города Самарканда, одна была направлена на прерывание беременности из Самаркандского района Самаркандской области. Структура ВПС в нашем исследовании: ПМК, комбинированный митрально-аортальный порок, открытое овальное окно, ДМПП. Роды в анамнезе были лишь у 1 женщины, у четырех женщин данная беременность была первая, прерывание беременности в анамнезе по медицинским показаниям было у одной женщины. При поступлении в стационар у беременных диагностировалась легочная гипертензия в 5 случаях, сердечная недостаточность II степени тяжести у 1. **Результаты:** Прерывание беременности осуществлялось путем операции малого кесарева сечения и искусственного аборта методом вакуумной аспирации. Кесарево сечение выполнено у 4 женщин в сроке 20-21 неделя с одновременной добровольной хирургической контрацепцией - перевязкой маточных труб по Помероу. Медицинский аборт был произведен у одной женщины в сроке беременности 11-12 недель, после чего был назначен чисто протестинный контрацептив лактинет. Осложнений во время процедуры прерывания беременности мы не наблюдали. Пациентки получали соответствующую терапию в реанимационном отделении, затем переведены для дальнейшего наблюдения по месту жительства под наблюдением кардиолога. **Выводы:** Таким образом, беременные женщины с врожденным пороком сердца относятся к группе высокого риска перинатальной и материнской смертности. Своевременное определение противопоказаний к беременности и рациональное применение контрацептивов у данной категории пациенток является залогом сохранения жизни.

**ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРВИ**

Юсупова Г.И., Карабаева М.А., Аннакулов А.Ж., резиденты магистратуры СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии леч. факультета (зав. каф. - д.м.н. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: проф. Закирова Н.И.

В период беременности ОРВИ наблюдают у 2-9% пациенток. Особой предрасположенности к инфекции у беременных не существует, но респираторные заболевания инфекционной и вирусной природы у беременных нередко протекают тяжелее и дают больше осложнений (Долгушина Н.В., 2008). **Цель работы:** Изучить лабораторные изменения в системе кроветворения при беременности на фоне ОРВИ. Задачи: 1) Изучить показатели общего анализа крови; 2) Изучить состояние гемостаза. **Материал и методы исследования:** Исследования проводились на базе Областного перинатального Центра, города Самарканда и в женской консультации при семейной поликлинике №7 г. Самарканда. Проведено динамическое клинико-лабораторное обследование, с использованием дополнительных методов, УЗИ с учетом специфики каждого триместра. **Результаты:** Нормальный уровень эритроцитов отмечен у 4 (13,3%) беременных. В I триместре сниженное количество эритроцитов отмечено у 8 (30,8%) беременных и составило $3,1 \pm 0,5 \times 10^{12}$ /л; во II триместре - у 10 (38,5%) беременных - $2,8 \pm 0,6 \times 10^{12}$ /л.; в III триместре - у 8 (30,8%) беременных - $2,7 \pm 0,5 \times 10^{12}$ /л. Пониженный уровень гемоглобина так же имел похожую тенденцию: в I триместре - у 8 (30,8%) беременных - 100 ± 5 г/л, во II триместре - у 10 (38,5%) беременных - $92,1 \pm 3$ г/л, в III триместре - у 8 (30,8%) беременных - 85 ± 3 г/л. Такой важный показатель ответной воспалительной реакции организма беременной женщины при ОРВИ как уровень лейкоцитов имел четкую ориентацию. Лейкоцитоз отмечен у 21 (70,0%) беременных женщин, лейкопения отмечена у 1 (3,3%) беременной, что говорит об иммунодефиците во время беременности. I триместре лейкоцитоз имел место у 12 (40%) беременных, среднее значение составило - $13,5 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л, во II триместре - у 3 (10%) беременных - $12,1 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л, в III триместре - у 6 (20%) беременных - $12,0 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л. Лейкопения отмечена в сроке 30 недель и составила $3,4 \times 10^9$ /л у 2 пациенток. Тромбоцитопения отмечена у 23 (76,7%), что говорит о хроническом ДВС-синдроме. Кроме того, у 12 (40%) обследованных имелась тенденция к удлинению АЧТВ крови: в I триместре - у 2 (6,7%) беременных, среднее значение составило - 38 ± 2 сек, во II триместре - у 4 (13,3%) беременных - 40 ± 5 сек, в III триместре - у 6 (20%) беременных - 41 ± 1 сек. У 21 (70%) беременной отмечено удлинение (ПТВ), укорочение протромбинового времени отмечено у 9 (30%) беременных. **Выводы:** Таким образом, у беременных женщин, перенесших ОРВИ, отмечается ряд лабораторных изменений, которые позволяют оценить тяжесть состояния женщины, а также, способствуют прогнозированию исхода беременности и родов.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Юсупова Г.И., Карабаева М.А., резиденты магистратуры СамМИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. каф. - к.м.н. Закирова Н.И.)

Научный руководитель: проф. Закирова Н.И.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - широко распространённые заболевания и составляют около 90% всей инфекционной патологии (Шехтман, М.М., 2005). **Цель работы:** Изучение особенностей течения беременности и исход родов у женщин с ОРВИ. Задачи: 1) Клинический анализ течения беременности и родов у женщин с ОРВИ; 2) Изучение акушерские и перинатальные исходы родов. **Материал и методы исследования:** Исследования проводились на базе Областного перинатального Центра, города Самарканда и в женской консультации при семейной поликлинике №7 г. Самарканда. Проведено динамическое клинико-лабораторное обследование, с использованием дополнительных методов, УЗИ с учетом специфики каждого триместра. **Результаты:** Угроза прерывания беременности развилась у 21 (60%) беременных группы сравнения и у 8 (26,7%) беременных основной группы. У беременных, переболевших ОРВИ, в дальнейшем развивается в 8,6% случаях гестационный пиелонефрит. Легкой степени преэклампсия отмечена у 17 (48,6%) бе-

ременных, тяжелой степени – у 2 (5,7%). В основной группе на 1 месте среди осложнений беременности, была хроническая фетоплацентарная недостаточность -50,0% случаев. Вторым наиболее частым осложнением беременности в основной группе является внутриутробная гипоксия плода -30% случаев. Задержка внутриутробного развития плода развилась у 5 (16,7%) беременных. В основной группе роды через естественные родовые пути произошли у 20 (66,6%) беременных. Родоразрешение путем кесарева сечения произведено у 5(16,6%) беременных. Прерывание беременности по поводу патологии у плода имело место у 1 (3,3%) беременной, неразвивающаяся беременность – 2 (6,6%), самопроизвольный выкидыш – у 2 (6,6%) беременных. В основной группе родилось 25 живых новорожденных, что составило 83,3%. В основной группе рождение детей с массой менее 2500г составило 6 (20%) новорожденных. В нашем исследовании после рождения детей у матерей, перенесших ОРВИ во время беременности, через 1,5-2 часа отмечалось ухудшение состояния, нарастание сердечной и дыхательной недостаточности, признаков угнетения или возбуждения центральной нервной системы, что потребовало перевода 4 (16%) детей в отделение реанимации новорожденных для искусственной вентиляции легких. **Выводы:** Таким образом, для беременности на фоне ОРВИ характерны высокие показатели соматических и акушерских осложнений, что отрицательно влияет на состояние фетоплацентарной системы и ухудшает прогноз беременности и родов.

THE INCIDENCE OF SOME FORMS OF OBSTETRIC PATHOLOGY, AND THEIR IMPLEMENTATION IN PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF INFERTILITY

Abatova A.A., master of department of obstetrics and gynecology TMA

Department of obstetrics and gynecology for the preparation of gp (Head of a chair prof. Najmutdinova D.K.)

Research supervisor: associate professor Sadikova D.R.

Worldwide infertility is relevant. According to the WHO, worldwide 10 - 12% of couples are faced with this problem. Infertility in 45% of cases associated with disturbances in the sexual sphere of women, 40% - a man, in other cases, infertility is due to impairment of both spouses. The world average of 50-70% of marriages break up because of infertility. Currently, 70-80% of infertile couples after appropriate examination and treatment are the proud parents. It is known that the pregnancy was the result of infertility treatment; it is complicated in 80-100% of cases. The main complications are miscarriage, premature labor, hypertensive disorders, labor anomaly, and rare obstetric hemorrhage. **The aim of the study:** To determine the prevalence of obstetric pathology in women with infertility history (study group) and without reproductive disorders (control group). **Material and methods:** The study was conducted at clinic 2nd TMA. Studied 44 women. Of these, 24 women make up the group (retrospective analysis), 20 - control group. **Results:** According to a study in women with infertility as compared with the control group usually predicted the threat of termination of pregnancy (41.6% and 25.0%, respectively), anemia (45.9% and 35.0%, respectively), rarely - hypertensive disorders (16.7% and 10.0% respectively). The frequency of birth complications prediction in the comparison groups had no difference (20.5% and 19.0%, respectively), labor anomaly occurred in the risk group of women in 16.0% and 5.0%, respectively, bleeding - 4.0% and 0.5% respectively. **Conclusion:** The findings suggest that pregnancy and childbirth in women with a history of infertility have a high risk of complications and a higher rate of its implementation, which makes the need to improve the quality of care for women with a history of obstetric and gynecological history.

OUTCOMES OF PREGNANCY IN URINARY TRACT INFECTIONS

Abbosova U., 404 gr. med.ped. faculty TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses (prof. F.M. Ayupova)

Research supervisor: Asst. I.S.Akperbekova

Urinary tract infections (UTIs) during pregnancy are among the commonest health problems world wide, specially in developing countries. It has several adverse outcomes not only on the pregnant women and mother but also on the fetus as well. Pregnant women are at increased risk for UTIs, beginning in week 6 and peaking during weeks 22 to 24 of gestation. Ante-partum UTI has been implicated as a risk factor for adverse perinatal outcomes, premature birth and/or low birth weight and perinatal death. **Objective:** This study aims to determine the incidence of UTI during pregnancy, study the main risk factors associated with that problem, and find the impact of such infection on pregnancy outcome, namely the gestational age and the birth weight. **Material and methods:** This is a follow-up study on a group of pregnant women at different trimesters attending outpatient antenatal care clinic of Obstetrics and gynecological complex № 9 in Tashkent. They were recruited over a period from 1st of September to 30th of or November 2015. The outcome could be recorded for 54 of them. The inclusion criteria were age between 20-35 years, free from bacteriuria by a laboratory test no hypertension, diabetes or pelvic inflammatory disease (PID), as well as had no previous adverse pregnancy outcome (abortion, perinatal deaths, prematurity or low birth weight) by history and clinical examination for PID. The sample was collected by attending the ante-natal care clinic on alternate day of the two working days of the clinic/week throughout the study period. **Results:** Data were collected through a pretested questionnaire, repeated urine analyses and recording of outcome of pregnancy. The study revealed that the incidence of UTIs during pregnancy was 31.3%. The commonest microorganisms were Klebsiella (45.8%) and E-coli. Several socio-demographic characteristics were found significantly associated with UTIs, age being 30 years and more, illiterates and low educational level, low socio-economic level and those with unsatisfactory personal hygiene and those using underwear clothes other than cotton. Significant associations with UTIs were also found in multigravida 4th and more, those having more than one child and those who previously suffered UTIs. The only predicting variable with UTIs was low socio-economic level. The study revealed that the probability of delivering premature infants and low birth weights was significantly higher among those who experienced UTIs during pregnancy. Multivariate analysis revealed that UTI was one of the main contributors to pre-mature deliveries. **Conclusion and Recommendations:** Urinary tract infections with pregnancy still constitute a big problem with high incidence. It has a great impact on pregnancy outcome mainly pre-mature labor. That urinary tract infection is still one of the commonest problems during pregnancy, low socio-economic level plays a significant role in occurrence of such infection. As randomized trials proved that antibiotic treatment for UTI during pregnancy decreases the incidence of preterm birth and LBW infants, the study recommends: 1. Health education about personal hygiene should be emphasized by the antenatal care physician to all pregnant females, specifically those of low socio-economic level. 2. Urine culture must be done at the first antenatal visit, and repeated cultures should be obtained at different trimesters, because the urine of treated patients may not remain sterile for the entire pregnancy. 3. Pregnant women should be treated when bacteriuria is identified with appropriate antibiotic therapy based on sensitivity test so as to avoid maternal-fetal complications.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL DISEASES
IN ADOLESCENT GIRLS OF SURKHANDARYA REGION

Ahmedova G.S., Sattarova K.A. TMA

Department of obstetrics and gynecology IV-V year students (M.D. Bekbaulieva G.N.)

Research supervisor: M.D. Professor. Ayupova F.M.

Objective: to study the frequency and structure of gynecological morbidity of adolescent girls of Surkhandarya region.

Material and methods: To study the course of adolescent girls, we carried out clinical and laboratory examination of 1756 girls admitted to outpatient hospital №23 at Surkhandarya. Age of the girls surveyed ranged from 14 to 18 years. **Results and discussions:** in 57.1% of examined adolescent girls we revealed gynecological diseases, with each fifth having a combination of two or more disorders. Among the number of identified disorders during the study disruption of menstrual ovarian cycles (DMOC) was dominant – 81.0%, among them algomenorrhea, which accounted for more than half of all identified gynecological diseases (53.0%). Hypomenstrual syndrome was second among all identified diseases (22.1%). Within the structure of gynecological diseases, inflammation of the genitals is ranked third (17.9%) and was found in every tenth woman. An analysis of gynecological morbidity in women of different age groups showed the highest frequency of disorders in 18 year olds (75.8±8.7%), while the lowest - in 14 year olds (57.5±7.8%) and 17 year olds 56.8±3.1% ($p<0.05$). However, in the context of individual diseases, there are some age specific features. Thus, algomenorrhea is more common in 14-15 year olds and less frequent in 17 year olds. The detection of hypomenstrual syndrome gradually increases with age of women from being 7.5 among 100 women age of 14 to 15.5 among 100 women 18 years of age (correlation coefficient $r=+1.0$) it should be noted that inflammatory diseases of the genitals were more frequent in 18 year old girls (22.4±5.4% per 100 surveyed). Primary health care workers, including gynecologists should make healthier girls in this particular age group, since they will soon get married. Attention is drawn to the correlation of gynecological diseases to past somatic diseases. For example, among those who had infectious diseases during prepubertal period (measles, mumps, hepatitis, etc.) or inflammatory extragenital diseases (urinary tract infection, sore throat, chronic tonsillitis, undergone tonsillectomy, appendectomy, etc.) damage to the reproductive system occurred more frequently (73.5±2.7%) compared to those who did not have these diseases in their medical history (56.7±2.3%), $p<0.01$. This figure was even higher in girls who at the time of examination were on the dispensary observation for chronic somatic diseases (93.6±1.7% per 100 on the dispensary observation). **Conclusion:** 1. High gynecological morbidity of adolescent girls in Surkhandarya region, which is dominated by irregular menstrual cycles, ovarian and inflammatory diseases of genitals. 2. Factors that increase the incidence of gynecological disorders are current and past infectious and chronic inflammatory diseases occurred in prepubertal age.

PRE-ECLAMPSIA CHARACTERISTICS OF LABORATORY DATA IN PRE-ECLAMPSIA

Ashirova M.N., Tashmatova I.H., Sattarova K.A., TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses. (M.D. professor. Ayupova F.M.)

Research supervisor: M.D. professor. Ayupova F.M.

Objective: To study the laboratory data in pregnant women with pre-eclampsia admitted to maternity home 9. **Sources**

and methodology: We examined 30 pregnant women at 32-37 weeks of gestation, aged 20 to 34 years. Primigravidas – 18, multiparous – 27. Mild pre-eclampsia was diagnosed in 20, severe – in 10 pregnant women. The contingent of women in labor has been subjected to rigorous laboratory tests. Women in childbirth were carried out a general analysis of blood, urine, secretions from the cervix, vagina, urethra. Group and Rh affiliation of blood was determined, a blood test for HBsAg, RW, with the consent of women-HIV. Also determined some biochemical indices of pre-eclampsia peripheral blood: total protein, ALT, AST, coagulation. On demand samples were carried out under Zimnitsky, Nechiporenko, electrocardiogram. The localization of the placenta and fetal size was determined by ultrasound. Mild pre-eclampsia in pregnant women was characterized by an increase in average systolic blood pressure (SBP) to $130,0 \pm 10,0$ mm Hg, diastolic (DBP) - $98 \pm 2,2$ mm Hg, heart rate (HR) - $85,2 \pm 4,5$ beats / min. The second sign of pre-eclampsia were the presence of protein in urine of greater than 0.3 g / l. Usually pregnant women did not have any clinical complaints. In pregnant women with severe pre-eclampsia average SBP was $150,0 \pm 10,0$ mm Hg, diastolic blood pressure - up to $115 \pm 2,2$ mm Hg. Women have been complaining of stuffy nose, headache, nausea, generalized edema, decreased daily urine output. An objective examination and ultrasound often showed development retardation. The data were subjected to statistical analysis with pre-eclampsia criteria (t) student. **Results and discussion:** Comparative analysis of laboratory data held by us among 30 pregnant women with pre-eclampsia. The data indicated that pre-eclampsia has evolved due to lower hemoglobin level $84,1 \pm 1,5$ ($P < 0,05$) and quantity of erythrocytes $2,8 \pm 0,20$ ($P < 0,05$). The survey showed that general analysis of the blood of pregnant women with pre-eclampsia SIA indicated slight deviation in leucocyte count, which was reflected in a slight increase in the number of neutrophils in the severe pre-eclampsia ($P < 0,05$) to $74,3 \pm 2,1\%$ and $78,6 \pm 2,7\%$, respectively, reduction in the number of lymphocytes and eosinophils ($P < 0,05$). Clinical and biochemical parameters in pregnant women with pre-eclampsia were within normal limits, and did not differ from the pre-eclampsia criteria figures of women with normal pregnancy ($P > 0,05$). Some changes in biochemical indicators of blood were observed in the main study group patients, such as increase of ALT to ULN $-0,8 \pm 0,03$ mmol / ml, reducing the total protein content to $56,4 \pm 2,8$ g / l, glucose - up to $3,2 \pm 0,1$ mmol / l, increased bilirubin to $16,2 \pm 0,38$ mmol / l; urea up to $4,4 \pm 0,1$ mmol / l. Analysis of coagulation parameters of pregnant women with pre-eclampsia showed that with an increase in the severity of pre-eclampsia there is a slight increase in IPT to $80,0 \pm 2,43$ ($P < 0,05$) and a decrease in platelet count to $144 \pm 35 \times 10^3$ / l. In comparative pre-eclampsia performance assessment urinalysis showed a significant increase in urine protein from $0,33 \pm 0,024$ g / l to $0,99 \pm 0,07$ g / l ($P < 0,05$) and leukocytes in pre-eclampsia severe. **Conclusions:** Evaluation of laboratory data in dynamic monitoring of pregnant women with preeclampsia allows time to recognize the threat of complications such as the HELLP syndrome (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count) surge arresters, DIC (disseminated intravascular coagulation) syndrome.

CLINICAL AND BIOCHEMICAL KIDNEY'S FUNCTIONAL CONDITION PARAMETERS OF
PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Dikal M.V., associate professor, department bioorganic and biological chemistry and clinical biochemistry,

BSMU, Cherniukh O.G., laboratory doctor, assistant, Maternity Home №1, Chernivtsi, Ukraine

Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry

Goal of the work: Creatinine clearance (CC) by Reberg-Tareyev test has been analyzed with essential condition to take urine analysis during 24 hours from pregnant women with various degree of preeclampsia. To characterize the renal excretory function in the regulation of nitrogen balance the indices of proteinemia and proteinuria have been used. **Materials and methods:**

To examine renal excretory function the concentrations of urea, creatinine, volume of daily proteinuria was detected, and CC monitoring was conducted (to estimate glomerular filtration rate and tubular reabsorption). In general 61 examinations of CFR (glomerular filtration rate) and CC estimation were performed. The concentration of creatinine in urine and blood serum was detected by means of the kinetic method by Jaffer's reaction without deproteinization. The method of calculation of $GFR = (U_p \times V_n) / (C_p \times T)$, where V_n – urine volume for 24 hours; C_p – creatinine concentration in the serum; U_p – creatinine concentration in the urine; T – time of taking urine in minutes (1440 min per 24 hours). Daily proteinuria was detected quantitatively by the turbidity reaction with sulfasalicylic acid. **Results:** Preeclampsia of various severity was diagnosed in the patients who were examined concerning the characteristics of GFR level. The value of daily proteinuria ranged from 0,3 to 5,4 g, in the three cases the test of negative. We divided the patients into four groups depending on the volume of diuresis. Average values of daily proteinuria were the highest for two diametrically opposite groups by the volume of daily diuresis: in the group with high polyuria (more than 3100 ml) and in the group with diuresis lower than 1000 ml. Considering our practical experience the norm of creatinine in the blood for physiological pregnancy is 40-60 $\mu\text{mol/L}$. In case its value reaches more than 80 $\mu\text{mol/L}$ without apparent causes, it may serve as the sign of regression of nitrogen balance and changes of renal filtration function. Comparison by one-side dispersive Craskell-Wallis analysis of all the groups did not find a reliable difference in the values of proteinuria and creatinemia which proves the hypothesis concerning individuality of these signs for every patient. Non-parametric statistical Wilcoxon-Mann-Whitney criterion, applied to estimate the difference between both samplings by level of any properly measured sign, enables to find differences in the meaning of the parameter between small samplings. In groups possess 100% difference by the value of tubular reabsorption and minute diuresis which indicative of correct choice of diuresis sign as a criterion of the intergroup comparison. The values of tubular reabsorption norm constituting 98-99 % should be revised, but it is the difference within the limits of the present that might be prognostic and informative for the pregnant with preeclampsia of various degrees. **Conclusions:** The functional renal condition in pregnant woman with preeclampsia is estimated with an essential condition to take urine analysis during 24 hours, which enables to make maximally accurate evaluation of creatinine and protein excretion with urine during 24 hours. The comparison of all the groups found a reliable difference in the indices of minute diuresis ($p < 0,01$), urine creatinine ($p < 0,01$), GFR ($p < 0,01$) and tubular reabsorption ($p < 0,05$). The groups with moderate and pronounced polyuria differ reliably by these indices from group with normal daily diuresis (1100 to 2000 ml). The values of proteinuria and concentration of blood creatinine are only individual characteristics for every patient.

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF ANTIANEMIC THERAPY IN PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM ANEMIA

Muxammadieva M.I., Sattarova K.A. TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses. (M.D. Professor. Ayupova F.M.)

Research supervisor: M.D. professor. Ayupova F.M.

Objective: To study the effectiveness of antianemic therapy in pregnant women who has been accepted to maternity home number 9 of Uchtepa district in Tashkent. **Materials and methodology:** 33 anemic pregnant women were under observation, aged 16-45 ($21 \pm 0,1$), registered in antenatal clinics and treated in the department of pathology of pregnant midwifery complex number 9 in Tashkent. The criteria for selection of pregnant women in the group were hemoglobin content of 90 g / l or less gestational period 20 weeks or more, the absence of other blood diseases. The contingent of women in labor has been subjected to thorough clinical and laboratory survey. The clinical examination included the study of complaints, life, obstetric and gynecological history, taking into account conditions endured before and during this pregnancy. There was a general and a special OB: external palpation, auscultation of fetal examination in mirrors at the prenatal rupture of membranes, and the outpouring of water, vaginal examination, to determine the degree of cervical dilatation. General analysis of blood, urine, secretions from the cervix, vagina, and urethra were carried out women in childbirth. Group and Rh affiliation of blood was determined, a blood test for NVsAg, RW, with the consent of women-HIV / AIDS. Pregnant women received Ferrovir 5 ml / m daily for 5 days. **Results and discussions:** Women were mostly in the age range of 21-30 years (40%), characterized as an active reproductive age. Primigravidae were 9 (27.3%). Re-pregnant women were 24 (72.7%) had a history of pregnancy 2 8 (24.2%), 3 pregnancy - 7 (21.2%) of 4 or more pregnancies - 9 (27.2%). Among the surveyed groups dominated multigravida and multiparous women with a second or third pregnancy, which did not significantly differ. There were women in obstetric history with: medical abortion - 5 women (15%), spontaneous miscarriage- 4 women (12.1%), nondeveloping pregnancy - 2 women (6%), fetal death-1 (3%). 4 out of 33 pregnant women (12.1%) started receiving Ferrovir during 20-27 weeks of pregnancy, 17 (51.5%) - after 28-32 weeks, 12 (36.4%) - after 33-40 weeks. The average level of hemoglobin (Hb) before treatment was $86,3 \pm 2,2$ g / l. Allergic reactions, increased blood pressure and increase of platelet count during treatment were observed. The Hb levels increased to $120 \pm 1,5$ g / l in all pregnant women after the end of therapy. **Conclusion:** From the above mentioned it can be concluded that in women receiving antianaemic therapy with Ferrofer hemoglobin levels increased significantly, which had its impact on the general condition of the pregnant woman, as well as on the results in these clinical - laboratory tests. Normalization of hemoglobin levels in the blood is a key approach in the prevention of complications in childbirth and the postpartum period.

ASPECTS OF DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN PREGNANCY

Nuriddinov H.Z., 405 gr. of treatment faculty TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses (prof. F.M. Ayupova)

Research supervisor: asst. I.S. Akperbekova

The purpose: To study of the manifestations of acute respiratory infections of pregnant women, access to diagnosis, etiological diagnosis verification. **Material and methods:** There were observed 68 pregnant women who were undergoing treatment in obstetric complex № 9 of Tashkent with acute respiratory pathology in 2013-2014 year. The survey was conducted according to clinical protocols provide inpatient medical care of infectious patients. The criterion for inclusion of patients in the study was the presence of symptoms of ARI (fever, symptoms of intoxication and catarrhal inflammation of the respiratory tract). Verification of the pathogen was carried out by PCR in real time in the first two days after the onset of symptoms or admission of the patient to the hospital. The criterion for exclusion from the study was the presence of chronic obstructive pulmonary disease. All women included in the study underwent a standard physical examination: collection of medical history, physical examination, analysis of the clinical picture in comparison with the data of laboratory and instrumental methods (general blood and urine tests, x-ray examination of the chest cavity). In the presence of the patient for signs of pneumonia according to x-ray examination of the

chest cavity was additionally appointed biochemical blood analysis. **Results:** The average age of the observable pregnant patients was 24.5±0.62 year. Pregnancy: first trimester - 29.4% of women, and the second- 50%. the third - 20.6%. 63.2% of hospitalized women's pregnancy was the first. With a diagnosis of ARVI was directed 60.2% patient, ARI - 30.8%, flu - 1.5%, adenovirus infection - 3.0%, acute tracheitis - 1.5%, lacunar angina - 1.5%. 72.1% of pregnant women are studied of mucus from the nasopharynx to the antigens of pathogens ARVI. Taking into account the results of a survey of diagnoses was as follows: adenovirus infection - 23.5% of patients, influenza A - 11.8%, flu B - 5.9%, influenza A - 2.9%, parainfluenza - 5.9%, RS (respirator-syncytial-infection) - 11.8%, ARVI mixed - 8.8 %. Complications as the form of focal pneumonia was observed in 5 women diagnosed with ARVI mixed. In most cases, the disease began acutely with fever, which was registered in all patients, while at 30.1% of cases the body temperature is increased to 38.0 °C and above. The duration of fever ranged from 1-2 to 3-4 days. Symptoms of intoxication is manifested also in the form of weakness, malaise, was observed in all patients, severe headache in 34.1% of cases. Concomitant pathology was detected in 27.9 % of pregnant women. **Conclusion:** The diagnosis of ARI among pregnant women is quite complex, both prehospital and in hospital. Experience, however, the application of PCR in the diagnosis of respiratory viral pathogens demonstrates great opportunities and prospects for the use of this method in relation to different categories of patients, including pregnant women in the epidemic period. The obvious advantage of this method compared to the previously used traditional immunoassay analysis is its high speed of execution and the informativeness of the results obtained, which together allow clinicians as soon as possible to begin holding not empirical, but rather etiopathogenetic therapy aimed at combating the pathogen.

VAGINAL BACTERIA OVERGROWTH IN PREGNANT WOMEN. SYMPTOMS AND SIGNS OF VAGINAL FLORA

Kozhabek G.B., student of 2nd course of KSMU
Department of the microbiology (the head of the department- Akhmetova S.B.)
Scientific instructors-Akhmetova S.B.

We are studying the microflora of the vagina in order to understand how the bacteria involves the normal microflora of the vagina, and some anaerobes predominate in it. From the microbiological position remains relatively unexplored question of the extent to which conditionally pathogenic microorganisms can be considered as a component of the normal vaginal flora, and under what conditions, opportunistic microorganisms act now as agents of the inflammatory process. **Objective:** To define the etiological structure of vaginal flora in pregnant women and antibioticograms isolates from women with different clinical manifestations of the state of the vagina dysbiotic. **Materials and Methods:** The study included results of a study microecology vagina in women who have applied to receive a local gynecologist at the antenatal clinic with complaints of abnormal discharge from the genital routes- itching, dysurical disorder. Microbiological studies (microscopic, mycological, serological and molecular genetic methods) underwent vaginal discharge 30 women. Specimen - discharge from the posterior vaginal fornix microscopy, elective plated on nutrient medium and cultured anaerobically and with subsequent identification. Screening for bacterial vaginosis and chlamydia urogenital conducted serological (ELISA) and molecular genetic (PCR) methods. **Results:** All samples (except 6.9% gave no growth) of flora were dominant bacteria of the genus Lactobacillus, the share of transient microflora had an average of 22.5% of the total number of colony forming units. The etiological structure of opportunistic pathogens presented: coccal flora Staphylococcus epidermidis, Streptococcus agalactiae (17,2 %), Corynebacterium spp. (13.8%), fungi of the genus Candida (6,9%). When analyzing antibiotic strains experimental group showed 100% of strains sensitive to meropenem, clindamycin; Antibiotic sensitivity control strain did not differ from the experimental strains. **Conclusions:** Analyzing the results we can say, the study of the microflora of the vagina revealed the role of opportunistic microflora in violation of the ratio of vaginal contents, their isolation in moderate or abundant amount of growth that makes it possible to prove their etiological role in the development of state dysbiotic vaginal microflora.

STATE OF BLOOD COAGULATION OF PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME Muminjonova I.F., 1st year student of masters degree of the department of obstetrics and gynecology, TMA Obstetrics and gynecology department for GPs (head of the department - professor Najmutdinova D.K.) Scientific leader - professor Magzumova N.M.

One of the causes of infertility, miscarriage, missed abortion, premature birth - is antiphospholipid syndrome (APS). Frequency of APS among patients with recurrent miscarriage is 27-42%. We examined the state of the blood coagulation system in 28 pregnant women with burdened obstetric anamnesis (infertility, recurrent miscarriage), who had autoantibodies to phospholipids (anticardiolipin of IgG, IgM, an increase of lupus anticoagulant, lengthening of activated partial thromboplastin time). The average age of pregnant women was - 27,3 ± 0,6 years. In all pregnant women were found deep disorders in blood coagulation system: in 89.3% of pregnant had hypercoagulation; 43% of patients - an increase of platelet aggregation; 36% - found thrombocytopenia. Having considered obtained results, pregnant were prescribed antithrombotic therapy (anticoagulants, antiplatelet agents, anti-oxidants) under the control of the analyzes every 2 weeks. Against the background of the therapy pregnancy was preserved in 64% of women, among them labors without complications were in 42%, and the average blood loss was - 500 - 600ml. Studies show that early screening and diagnosis of APS in pregnant women with burdened obstetric history are the basis for the prevention of miscarriage and complications associated with APS.

THE INCIDENCE OF BRONCHOPNEUMONIA COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN Solieva U.X., first year master of the department obstetrics and gynecology. Maternity hospital № 9 in Tashkent

Department of obstetrics and gynecology IV-V year students (head of department- professor. Ayupova F.M.)
Scientific advisor: d.m.s. Saidjalilova D.D.

Bronchopneumonia is one of the most dangerous diseases during pregnancy. According to statistics during the last 7-8 years in Uzbekistan occurrence of this pathology gets high rates, especially in pregnancy. The actuality is also the widespread complications because of bronchopneumonia. **The aim:** to study complications of pregnancy caused by bronchopneumonia during different stages of gestation. **Materials and Methods:** A retrospective analysis of 62 women's history diseases was performed. All the 62 women had bronchopneumonia in different stages of their gestation period: 18 women had pneumonia during the first trimester, 23 - during the second trimester, and 21 - during the third trimester of their pregnancy. The results were subjected to a statistical analysis study, using a software package statistical analysis to calculate the arithmetic mean (M) and standard deviation

of relative values (frequency, %). **Research Results:** The study of labor histories of women contracting bronchopneumonia in different stages of their pregnancy has shown that the incidence of complications is associated with gestational age. When pregnant women suffered from pneumonia, complications totaled 30.3%, 25.6%, and 20.5% during the first, second and third trimesters respectively. In the group of pregnant women with bronchopneumonia, 55.5% of pregnant women developed mild preeclampsia. The percentage made up 68.8% for the first trimester and 66.6% for the second trimester. A high 25.9% of pregnant women who had suffered from bronchopneumonia developed severe preeclampsia: 29.3% in the first trimester, 34.3% in the second trimester, and 36.4% in the third trimester ($p < 0.05$). UTI (urinary tract infection) was found in 19.6% of pregnant women who had had pneumonia in different stages of their gestation period. Meanwhile, 6.67% of pregnant women suffered from pneumonia of varying severity in the second trimester ($p < 0,05$). The threat of abortion occurred in 68.1% of pregnant women who had had pneumonia. So, 40.7% of pregnant women who had had pneumonia in the first trimester developed threatened abortion. The figures for the second trimester and the third trimester stood at 22.2% as opposed to 5.2% of pregnant women. Thus, we can conclude that there is a significant association between the frequency of complications and the gestation trimester in which a pregnant woman suffered from bronchopneumonia. **Conclusion:** The most frequent complications in pregnancy after pneumonia were hypertensive disorders - 81.4%, UTI gestational pyelonephritis - 19.6%, and the threat of miscarriage - 68.1%.

PRENATAL ANTIBIOTIC TREATMENT IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND NEONATAL OUTCOME

Tairova D., 401 gr. med. ped. faculty TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses (head of department- professor. Ayupova F.M.)

Scientific advisor: asst. Akperbekova I.S.

Premature rupture of membranes (PROM) is defined as rupture of membranes before onset of labor. The most significant maternal risk of term PROM is intrauterine infection the risks of which increases with the duration of membrane rupture. Fetal risks associated with PROM include umbilical cord compression and ascending infection. For patients with preterm PROM the most likely outcome is preterm delivery within one week with its associated morbidity and mortality risks such as respiratory distress, necrotizing enterocolitis, intraventricular hemorrhage and sepsis. Many antibiotics were started to reduce maternal chorioamnionitis and neonatal complications, the most widely used ones were ampicillin, erythromycin and cephalosporin's. **The aim** of the study was carried out to see the effect of prenatal antibiotic use in mothers with history of PROM on their newborns and to compare them with the newborns of mothers with the same problem who did not receive treatment. **Material and methods:** This study was carried out at Tashkent maternity home №9 between January 2015 to December 2015, 125 newborns were included in this study, each was born to a mother with PROM for at least 18 hours and the following information were recorded age, parity, history of chronic illness, preterm labor, neonatal death, duration of amniotic fluid leak, gestational age, mode of delivery and history of antibiotic use before labor. Each neonate was admitted to neonatal intensive care with septic work up done including CBC, ESR, blood film, CRP (on admission and third day of life), blood culture and CXR. All of them received intravenous antibiotic (ampicillin) for 3-4 days then continued oral augmentin drops till blood culture result. Except for those who showed clinical or laboratory evidence of sepsis IV antibiotics were continued accordingly. The age of mothers: included was between 16-36 years. The gestational age included was between 28-42 weeks. For the sake of studying and comparing laboratory results and complications of prematurity, we divided them into two groups on the basis of positive or negative history of taking antibiotics prenatally. **Results:** The total number of neonates included in the study was 125. The maternal age 25 + 10 years. 78 cases (62%) were premature with gestational age ranging between 28-36 weeks, and 48 (38%) were full term. Neonatal death occurred in 18 cases (14%) due to severe prematurity and its complications. Duration of PROM 18-72 hours in 93 cases (74%), 72 hours -1 week in 24 cases (19%) and >1week in 9 cases (7%). History of antibiotic intake before labor was positive in 61 cases (49%), (68 (54.5%) of them had premature labor), and negative in 64 cases (51%), 87 (69.6%) of them had premature labor. The risk of neonatal infection in our study was 4.4% in babies with maternal history of antibiotic intake compared with 11% in those whose mothers didn't. **Conclusion:** Antibiotic treatment of women with history of PROM improves neonatal outcome by increasing pregnancy latency and in association with early detection of sepsis and its aggressive management leads to significant improvement in neonatal outcome.

PREGNANCY OUTCOME AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY

Turdimurotova K., 405 gr. of treatment faculty TMA

Department of obstetrics and gynecology for 4-5 courses (head of department- professor. Ayupova F.M.)

Scientific advisor: asst. Akperbekova I.S.

In the event of pregnancy after laparoscopic myomectomy (LM), vaginal birth after laparoscopic myomectomy (VBALM) is possible in 42.9% to 80.6% of patients according to some reports. Although it has been reported that uterine rupture occurred at a frequency of 5.3% during delivery after open myomectomy, 10 there have been only a few reports on the indications and operative findings of LM and their impact on the possibility of VBALM. **Study objective:** To assess the factors influencing pregnancy outcome and evaluate vaginal birth after laparoscopic myomectomy. **Material and methods:** We performed retrospective study in Obstetrics and Gynecological Complex №9 in Tashkent of the 186 patients who had LM in our hospital from January 2015 through December 2015 and were followed up for at least 6 months, we reviewed the clinical records of 108 patients who wished to have a child after LM. **Measurements and main results:** Forty-seven pregnancies occurred in 40 patients. As for the factors considered to contribute to pregnancy after LM, analysis showed that pregnancy after LM correlated positively with the diameter of the largest myoma and negatively with the age of the patient at the time of LM and the number of enucleated myomas. Vaginal birth after LM was managed in accordance with the standard management of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in our hospital. There were 47 pregnancies, and the mean interval between LM and the first pregnancy was 13-7 months. Repeated pregnancy occurred in six patients: twice in five patients and thrice in one patient. Spontaneous pregnancy was achieved by 40 (85.1%), and by assisted-reproduction technology (ART) in 7 (14.9%). Delivery was achieved in 32 (68.1%) of 47 pregnancies. Thirty-one deliveries took place after 37 weeks of gestation, and one delivery took place at 36 weeks and 2 days. Two pregnancies were terminated by induced abortion due to fetal malformation at 17 weeks of gestation in one patient and due to onset of schizophrenia at 8 weeks in another patient, and 11 pregnancies were spontaneous miscarriages. One out of 40 patients had an ectopic pregnancy, and follow-up of one patient was lost. Vaginal birth after laparoscopic myomectomy was attempted in 23 pregnancies (71.9%) and vaginal birth successful in 19 (82.6%) of these 23 pregnancies. Vaginal birth after LM was unsuccessful in four patients, as labor did not

occur during more than 2 weeks after the expected date of delivery in two patients, and cesarean section was performed to prevent fetal asphyxia during the course of delivery in two patients. In the 18 patients (19 pregnancies) with successful VBALM, the diameter of the largest myoma at LM was 68.7-18.4 mm, the number of enucleated myomas was 2.9 - 2.1, and the number of hysterotomies was 2.5-1.8. As for the depth of the largest myoma, this was intramural in 12 patients, submucosal in 2 patients and subserosal in 4 patients. None of the patients, regardless of whether they had a successful VBALM or not, suffered uterine rupture during or after delivery. **Conclusions:** Compared with laparotomy, LM requires a shorter hospital stay, and there are less intraperitoneal adhesions after the operation. As demonstrated by many reports, LM in infertile patients complicated with uterine myoma is expected to improve the postoperative pregnancy rate as observed with laparotomy. In addition, our results suggest that vaginal delivery can be accomplished safely by the same suturing procedure as employed in laparotomy and by sufficient patient management as employed in VBAC.

RELATIONSHIP COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND DELIVERY IN FEATURES TORCH-INFECTION

Yuldashov S.I., 403 student groups medical faculty of education TashPMI

Ambulatory medicine, clinical radiology department (Head of department DM, professor Shamansurova E.A.)

Supervisor: DM, Professor S.A. Agzamova

The presence of TORCH-infections in women of childbearing age will undoubtedly affect both during pregnancy and fetal development, as well as the peculiarities of delivery and neonatal viability. Therefore, the study of interrelations between complications of pregnancy and delivery features with TORCH-infections is not only scientific but also of practical interest. **The purpose of the study:** The aim of the study was to determine statistically significant relationships complications of pregnancy and delivery features in the presence of markers of TORCH-infections in pregnant women and newborns. To achieve this goal we consistently meet the challenges of obtaining objective characteristics of pregnancy and childbirth, the definition of markers TORCH-infection in the mother and newborn, Correlation analysis and objective interpretation of the results. **Materials and methods:** We used the results of a comprehensive survey of some 68 cases of delivery in women aged 18 to 42 years. Markers TORCH-infections in pregnant women and mothers were determined by ELISA, and for newborns - PCR in samples of umbilical cord blood. To investigate the relationships used correlation analysis method Kendall. In this case, we considered only statistically significant connection. **The results of the study:** Congenital chlamydial infection as a result of the implementation mechanism of the vertical (or path) of infection, should be reflected and manifested in the form of objective evidence of violations of the processes of pregnancy and childbirth. Since we observed a positive correlation with views of delivery and markers of Chlamydia in samples of umbilical cord blood ($R_k = +0.342, p < 0.001$). In this case, between the time of delivery and overlooking the tendency existence of negative correlation ($R_k = -0.238, p = 0.004$). A similar pattern was found correlation for the first half of pregnancy complications with the parameters of the newborn head circumference ($R_k = -0.261, p = 0.002$), presence of complications of the second half of pregnancy ($R_k = -0.239, p = 0.004$) and the presence of Chlamydia EIA markers in the blood childbirth ($R_k = -0.217, p = 0.009$). Interestingly, the first half of pregnancy complications were positively correlated with the presence of markers of toxoplasmosis ELISA ($R_k = +0.219, p = 0.008$), whereas for the second half of pregnancy complications with these characteristics are determined by a statistically significant negative correlation ($R_k = -0.356, p < 0.001$). Second half of pregnancy complications were negatively correlated with the floor newborns ($R_k = -0.202, p = 0.015$), and estimates on a scale Apgar V. ($R_k = -0.218, p = 0.009$). Type of delivery was positively correlated with ultrasound signs of vascular disorders in the "uterus-placenta-fetus" (fetoplacental complex) ($R_k = +0.234, p = 0.005$). **Summary and conclusions:** Thus, the definition and interpretation of statistically significant relationships complications of pregnancy and delivery features with TORCH-infections has revealed a number of laws and phenomena that characterize the impact of infection with chlamydia and toxoplasmosis.

НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИН КЎЧИШИДА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Аннакулов А.Ж., Юсупова Г.И., магистратура резидентлари СамМИ

Даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири - проф. Зокирова Н.И.)

Илмий раҳбар: доц. Элтазарова Г.Ш.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши (НЖПВОК) жами ҳомиладорлик ҳолатларининг 0,5-1,5% ида учрайди (Макаров И.О., 2008). Жами НЖПВОК ҳолатларининг 1/3 ида кучли қон кетиши кўзатилади, бу хатто геморрагик шок ва ДВС-синдроми ривожланишига олиб келади (Денисов И.Н., 2001). **Мақсад:** Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши билан асоратланган туғруқнинг кечиш хусусиятлари ва перинатал натижаларни урганиш. **Вазифалар:** 1) Самарқанд Вилоят перинатал марказига (ВПМ) НЖПВОК билан келган аёлларда туғруқнинг кечиши ва унинг натижаларини таҳлил этиш; 2) ВПМ да 2013-2016 йиллар давомида НЖПВОК билан қабул қилинган аёлларда ультратовуш ва лаборатор текшириш. **Тадқиқот материали ва усуллари:** Самарқанд ВПМ 2013-2016 йилларда НЖПВОК билан қабул қилинган 40 нафар ҳомиладор аёл кузатилди. Лаборатор, инструментал ва гистологик текшириш усуллари утказилди. **Тадқиқот натижалари.** ВПМ га НЖПВОК ташхиси билан қабул қилинган аёлларнинг 77,5% и қишлоқ жойларидан, 22,5% шаҳардан келган. Аёлларнинг ўртача ёши $27,6 \pm 3,2$ ни ташкил этди. Мазкур беморларнинг 72,5% ўртача оғир ахволда, 27,5% оғир ахволда келган. Қон йўқотиш даражасига қараб, аёллар 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳда 22 нафар (55%) аёл қон йўқотиш миқдори ОЦҚ га нисбатан 10% дан кам, геморрагик шок белгилари йўқ; 2-гуруҳда 13 нафар аёлда (%) қон йўқотиш ОЦҚ га нисбатан 10-15%, геморрагик шок 1-даражаси бўлган аёллар; 3-гуруҳда 5 та аёлда (%) қон йўқотиш ОЦҚ га нисбатан 15-35%, геморрагик шок 2-3 даражаси бўлган аёллар киритилган. Биринчи гуруҳдаги аёлларнинг 14 нафарида туғруқ йўллари тайёрлиги ва қон кетиш камлиги туфайли амниотомия қилиниб, табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ яқунланди. Қолган аёлларнинг ҳаммасида қон кетиш интенсивлиги, умумий аҳоли оғирлиги учун шошилинч кесар кесиш операцияси утказилди. Аёлларнинг 5 нафарида (12,5%) кесар кесиш билан бирга бачадон экстирпацияси ҳам бажарилди, шундан 3 таси кювелер бачадони, 1 тасида эса бачадон гипотонияси ва қон кетиш, яна бир кишида ДВС-синдром туфайли коагулопатик қон кетиш экстирпацияга кўрсатма бўлган. **Хулосалар:** НЖПВОК билан келган аёлларни эффе́ктив перинатал парвариш принциплари буйича, умумий аҳоли ва қон йўқотиш даражасини ўз вақтида тўғри баҳолаб, дифференциал тарзда олиб бориш акушерлик асоратларини камайитиришга, оналар ўлимининг олдини олишга ёрдам беради.

ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИДА ПРОСТАГЛАНДИН E2 САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Бабаджанова Г.С., т.ф.д, профессор, Узокова М.К., ассистент ТТА

4-5 курслар учун акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири - профессор Аюпова Ф.М.)

Илмий раҳбар: т.ф.д., профессор Бабаджанова Г.С.

Туғруқ индукцияси акушерликда энг кўп қўлланиладиган туғруқ муолажаларидан бўлиб, акушерлик муаммолари ортиши билан индукцияга талаб ҳам ортиб бормоқда. Хозиргача оптимал дори воситаси ишлаб чиқилган бўлмасда, фармакологик усуллар орасида окситоцин ва простагландин энг кўп қўлланиладиган усуллардир. **Мақсад:** Простагландин E2 самарадорлигини окситоцин билан таққослаш. **Материал ва методлар:** 20 та индукцияга мухтож хомилдор аёллар Тошкент шаҳар 9 туғруқ комплекси акушерлик бўлимида кузатилди. Туғруқ индукциясига кўрсатмалар хомилдорликни муддатидан ўтиши (41-42 ҳафта) – 8 нафар, қоғоноқ пардасини туғруқдан олдинёрилиши – 10 нафар, хомилани антенатал ўлими – 2 нафар. Хомилдор аёллар индукция турига қараб 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ 10 нафар хомилдорлар простагландин E2 (Гландин E2) ёрдамида, 2-гуруҳ 10 нафар аёллар окситоцин+амниотомия ёрдамида индукция қилинди. Барча аёллар 22-31 ёш ораллиғида бўлиб, биринчи ва қайта туғувчи аёллар сони бир хил тақсимланди. Индукция ўтказилаётган аёлларда бачадон бўйни ҳолати етилган (Бишоп шкаласи бўйича 5-6 баллар атрофида) бўлиб, хавф гуруҳидаги аёллар йўқ. Простагландинлар билан хар 6 соатда қин орқали кўйилиб туғруқ дардлари қақирилган бўлса, окситоцин амниотомия билан бирга вена ичига жўнатилади. **Натижалар:** Гуруҳларда она ва бола ўлими кузатилмади. Бачадон гиперстимуляцияси фақат 2- гуруҳда 2 нафар аёлда кузатилди. 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши фоизи 1- гуруҳда юқори, 70% ва 50% тегишлича. Латент давр эса 1- гуруҳда 6 соат, 2-гуруҳда 13 соатни ташкил этди. Туғруқда хомила ноаниқ ҳолати 2-гуруҳда кузатилди (10%). Кесар кесиш учраш частотаси 1-гуруҳда 10% (индукция самарасизлиги оқибатида), 2-гуруҳда 40% (хомила ноаниқ ҳолати -1, индукция самарасизлиги -2 та ва НЖПБК -1) кузатилди. **Хулоса:** Туғруқ индукциясида простагландинлар қўлланилиши окситоцинга нисбатан латент фаза ва умумий туғруқ давомийлигини қисқартиради. Шунингдек жаррохлик аралашувлари ҳам камроқ учрайди. Простагландин E2 ёрдамидаги туғруқ индукцияси бошқа усулларга нисбатан самараси юқори, ноинвазив ва хавфсиз усул деб аниқланди.

ТОНГИ ВА ТУНГИ ИНДУКЦИЯНИ НАТИЖАСИГА ҚАРАБ ҚИЁСИЙ ҲАММИНИ

Узокова М.К., ассистент, ТТА

4-5 курслар учун акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири - профессор Аюпова Ф.М.)

Илмий раҳбар: т.ф.д., профессор Бабаджанова Г.С.

Туғруқ индукцияси акушерлик амалиётида кўп қўлланиладиган амалиётлардан бири хисобланади. Анъанага биноан кўпгина шифохоналарда дори воситалари эрта тонгда иш вақти бошланиши билан қўлланилади. Одамлар ва хайвонларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатдики, циркад ритми сабабли индукцияни кечқурун бошлаш туғруқни табиий кечилишига ёрдам беради. **Мақсад:** Туғруқ жараёнини яхшилаш учун иш куни бошланиши билан индукцияни тонгда бошлаш ёки циркад ритмга боғлиқ равишда индукцияни тунда бошлашни самаралироқ эканлигини қиёсий ҳаммини. **Материал ва методлар:** Текширув Тошкент шаҳар 9 т.к. да 2015 йил февралдан 2016 йил мартгача олиб борилди. Индукция ўтказилаётган аёллардан 40 таси танлаб олинди. Барча аёллар қайта хомилдорлар бўлиб, ёши 22-32 ёш атрофида. Танлаб олинган аёллар 2 та катта гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳ аёллар 20 нафар етилмаган бачадон бўйни билан 2 та кичик гуруҳчаларга бўлинди. Улардан 10 нафар аёл простагландин E2 (Гландин E2)ни тонгда соат 6-00 қабул қилган бўлса, қолган 10 нафари кечки 18-00 да қабул қилган. 2 гуруҳ 20 та аёл етилган бачадон бўйни ва қоғоноқ пардаси ёрилиши билан 2 та кичик гуруҳчаларга бўлинди. 1-гуруҳча окситоцинни тонги 6-00 да қабул қилган бўлса, 2-гуруҳча кечки 18-00 да бошлади. **Натижалар:** Простагландин E2 қабул қилган гуруҳларда эрталаб бошланган индукцияда туғруқ давомийлигида тунги бошланган индукция билан фарқ сезилмади, аммо перинатал натижалар яхшироқ. Окситоцин қабул қилган гуруҳларда эса кечқурун қабул қилганда туғруқ давомийлиги тонги қабул қилгандагига нисбатан қисқароқ. Перинатал натижалар эса иккала гуруҳчада ҳам бир хил. **Хулоса:** Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, кечқурун циркад ритм сабабли эндоген окситоцин рецепторларига сезгирлик ошиши хисобига окситоцин тунда қабул қилиш самаралироқдир.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ОКСИТОЦИН ВА АТОСИБАННИ ЮРАК УРИШИ СОНИГА ТАЪСИРИНИ ҲАММИНИ

Узокова М.К., асс. ТТА

4-5 курслар учун акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудири - профессор Аюпова Ф.М.)

Илмий раҳбар: т.ф.д., профессор Бабаджанова Г.С.

Туғруқ индукцияси акушерлик амалиётида кўп қўлланиладиган усуллардан бўлиб, бачадон бўйни етилганда окситоцин қўлланилади. Окситоцин антогонисти атосибан эса бачадон контракциясини камайтириш мақсадида қўлланилди. Кўп ҳолларда окситоцин қўлланганда аёллар қон томир тизимида ўзгаришлар рўй беради. **Мақсад:** Хомилдор аёлларда бачадонни муддатидан олдин қисқаришини олдини олиш учун атосибан ва туғруқ индукцияси учун окситоцин қўллаганда юрак уришини баҳолаш. **Материал ва методлар:** Проспектив 10 нафар хомилдорларга муддатидан олдин бачадон контракциясини даволаш учун атосибан берилди. Ва 2 гуруҳ 10 нафар хомилдорларга туғруқ индукцияси учун окситоцин берилди. Иккала гуруҳ аёлларда ҳам электрокардиограмма билан бирга спектрал таҳлиллар ўтказилди. **Натижалар:** Олинган натижалар шуни кўрсатдики, атосибан юрак уриш сони ва таҳлилларга таъсир курсатмади. Окситоцин эса дозасига боғлиқ равишда юрак уриш сонини камайтирди ва барча спектрал вариабелликни оширди. **Хулоса:** Атосибан юрак қон томир тизимига ёки юрак уриши камайтиришга ҳеч қандай нонуя таъсир кўрсатмади. Бошқа томондан окситоцин дозага боғлиқ равишда юрак қон томир тизимига брадикардик таъсир кўрсатди ва спектрал кучларни оширди. Шунинг учун ҳам хомилдор аёлларда окситоцинни эҳтиётлик билан қўллаш мақсадга мувофиқдир.

НOMILADORLAR SEMIZLIGI- ONA VA BOLA UCHUN XAVF OMILLARINI OSHIRADI

Abdurakhmonov A., davolash fakul'teti 404-guruh talabasi TTA

4-5 kurslar akusherlik va ginekologiyasi kafedrasi (kaf. mudiri-prof., t.f.d. Ayupova F.M.)

Ilmiy rahbar: ass.Abdieva M.O.

Xozirgi zamon ma'lumotlariga ko'ra, onalar semizligi epidemiyasi darajasiga yetib bormoqda va bu ko'rsatkich, 20-39 yoshli ayollar o'rtasida Yevropada o'rtacha 30-37%, O'zbekistonda 31,9% tashkil etadi. Onalar semizligi homiladorlik boshlangan vaqtda onaning tana vazni ko'rsatkichi 30 kg/m² ga to'g'ri keladi (sog'lom ayollarda bu ko'rsatkich 18,5-24,9 kg/m²) va homiladorlikda, tug'ilish va tug'ruqdan keying davrda ona va bola uchun xavfli oqibatlar olib kelishi mumkin. Sog'lom homiladorlar bilan

taqqoslanganda ortiqcha vaznga ega bo'lgan homiladorlarda gestatsional diabet, yuqori qon bosimi, pre-eklampsiya, tug'ruqda instrumental va xirurgik usulda kesarcha kesish bilan tug'ilish darajasining yuqoriligi, infeksiyalanishning ko'pligi bilan kuzatilish ehtimolligi yuqoridir. **Maqsad:** Homiladorlikda semizlik holatini baholash va uni homiladorlik davrida ona va bola salomatligiga xavf soluvchi omillarini oshirishida ta'sirini aniqlash. **Material va metodlar:** Tadqiqotda qandli diabetli va qandli diabeti bo'lmagan semizligi bo'lgan 56 nafar homiladorlarda lipid, qand metabolizmi baholash o'rganildi. 23-36 yoshdagi ayollar olindi. Homiladorlik davri semizlik bilan kechgan homiladorlar tug'ruq tarixidagi anamnezi va kliniko-biokimyoviy ko'rsatkichlari bo'yicha 3 guruhga bo'lindi. 1-guruhda 18 nafar faqat onalar semizligi bo'lgan homiladorlar, 2-guruhda 14 nafar homiladorlar surunkali gipertenziya va biroz ortiqcha tana vazni bilan va 3-guruhda 8 nafar pre-eklampsiya bilan semizligi bor homiladorlardan tashkil topdi. Nazorat guruhi sifatida gestatsion diabet va semizligi bo'lgan 16 nafar homiladorlar o'rganildi. **Natija:** 1-guruhdagi homiladorlardan semiz bolalarning tug'ilishi, 2-guruhdagi homiladorlarning bolalarida gipotrofiya belgilariva yoki qon bosimida o'zgarishlar bilan tug'ildi. 3-guruhdagi homiladorlarning bir nechtasida homiladorligi davomida platsentani ko'chishi kuzatildi. Nazorat guruh homilador ayollaridas urunkali buyrak yetishmovchiligi kuzatildi. **Xulosa:** Natijalar shuni ko'rsatdiki, semizlik bir qancha homilador ayollar va tug'ilajak bolalar kasalliklarining eng katta xavflaridan biridir. Homiladorlikda semizlikning yashirin asoratlari gospitalizatsiya vaqtini uzayishiga va xarajatlarning ko'payishiga olib keladi. Semizlik bilan homiladorlikda kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlardan kelib chiqqan holda ularga ortiqcha tana vaznidan qutilish uchun yordam berish va ularni bunga o'rgatish ona va bola sog'ligi uchun xavf omillarini kamayishiga olib keladi.

MENOPAUSAL OSTEOPOROZNI DAVOLASHDAGISAMARADOR USULLAR

Abdurakhmonov A., davolash fakul'teti 404-guruh talabasi TTA

4-5 kurslar akusherlik va ginekologiyasi kafedrasida (kaf. mudiri-prof., t.f.d. Ayupova F.M.)

Ilmiy rahbar: ass.Abdieva M.O.

Osteoporoz suyak zichligining kamayishi va sinish xavfining ortishi bilan xarakterlanadigan kasallikdir. Buning oqibatida 35-40 yoshli ayollarda 1 yilda 0,5-1% suyak massasi yo'qotiladi, menopausaning boshlanishi bilan bu chastota 3-7% ga oshadi, menopausaning birinchi 3-5 yilida suyak massasining 9-35% yo'qotilishi kuzatiladi. Afsuski, menopausadagi ayollarda esterogen yetishmovchiligi ko'plab patologik osteoporotic simptomlarning oshishiga sabab bo'ladi. Qo'shimcha ravishda tuxumdon funksiyasining asta-sekin kamayib borishi orqali esterogen ishlab chiqarilishi kamayadi va bu menopausadagi ayollarda suyak yo'qotilishiga olib keladi. **Izlanish maqsadi:** Perimenopausal osteoporozni davolashdagi samarador va xavfsiz usullarni ishlab chiqish. **Material va metodlar:** Tadqiqotga 45-55 yoshdagi 60 nafar ayollar olindi. Perimenopausal ayollarda osteoporozni davolash usuliga ko'ra 3 guruhga bo'lindi:1-guruhda 20 nafar ayol alternative gormonal terapiya oldi, 2-guruhdagi 20 nafar ayol lalternativ gormonal terapiya va kalsiy qabul qildi, 3-guruhdagi 20 ta ayol alternative gormonal terapiya ham, kalsiy ham qabul qilmadi. **Natija:** 1-guruxdagi ayollarda monoterapiya sifatida esterogendan (0.625mg) foydalanildi va sinishlar soni 38% dan 28% gacha xavfi kamayganligi kuzatildi. 2-guruxdagi ayollarda estrogen va kalsiyning aniq pozitiv effektlari kuzatilib, sinishlar miqdori 38% dan 13% gakamaydi. 3-guruxdagi davolanish dorilariniqabulqilmagan ayollarda yildan yilga sinishlar xavfi ortib borishi kuzatildi. **Xulosa:** Perimenopausa davridagi ayollarda patologik simptomlarning xilma-xilligi, ayniqsa, mavjud ekstragenital patologiyalarning holatiga kura, osteoporozni davolash va oldini olishda qo'llaniladigan doriturlari hamda miqdorlari turlicha bo'ladi. Shuning uchun, o'rinbosuvchi gormonal terapiya bilan kalsiyning uyg'unligi osteoporotic asoratlarning oldini olishda birinchilar qatoridagi samarador davolash usuli bo'lib hisoblanadi.

HOMILADORLIKNI KO'TARA OLMAYDIGAN AYOLLARDA AUTOIMMUN QALQONSIMON BEZ KASALLIGI VA QONDAGI ANTIFOSFOLIPID ANTITELOLAR O'ZARO BOG'LIQLIGI

Uzoqova M.K., assistent TTA

4-5 kurslar akusherlik va ginekologiyasi kafedrasida (kaf. mudiri-prof., t.f.d.Ayupova F.M.)

Ilmiy raxbar: assistent Uzoqova M.K.

Oxirgi yillarda AQBK, trombofiliya va homila tushish sindromi dunyoda ko'p o'rganilayotgan muammolardan biri. O'tkazilgan ko'p tajribalardan shu ma'lum bo'ldiki, AQBK va homila ko'tara olmaslik, trombofiliya o'zaro bog'liqligi tajribalarda tasdiqlangan. **Maqsad:** Xomiladorlikni ko'tara olmaydigan ayollarda autoimmun qalqonsimon bez kasalligi (AQBK) va qondagi antifosfolipid antitelolar o'zaro bog'liqligini aniqlash. **Material va uslublar:** Anamnezida homila tushish sindromi bo'lgan 28 ta ayol tekshirildi. Shulardan 14 tasi autoimmun qalqonsimon bez kasalligi (diffuz toksik buqoq, autoimmun tireoidit, tug'ruqdan keying tireoidit) aniqlandi. Birinchi bosqichda ayollardan trombotik va reproduktiv anamnez olindi. Bemorlar anamnezidan shu aniqlandiki, 14,5%- antenatal homila nobud bo'lishi, 41,2%- gestoz, 15,7%- homila o'sishdan kechikish sindromi, 12,9%- o'lik tug'ilishi, 48,2%- homiladorlik turli xil muddatlarida o'z-o'zidan homila tushishi, 42,4%- abortlar, 14,1%- normal joylashgan yo'ldoshni muddatdan oldin ko'chishi. 47,1% (p=0,299) bemor oilaviy anamnezidan trombotik anamnez (infarktlar, insultlar, trombozlar, tromboembolik kasalliklar yaqin qarindoshlar o'rtasida) va 22,4% (p=0,139) oilaviy reproduktiv anamnez (homilatushish, patologik tug'ruqlar, normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ajralishonasi, buvisi, singillarida) aniqlandi. Anamnezdan 9,4% bemorlarda trombotik kasal borligi aniqlandi. Tajribaning ikkinchi bosqichida barcha guruh bemorlar qonidagi $\beta 2$ glikoprotein I, IgG/IgM ($\beta 2$ -GPI), anneksin V, protrombinga nisbatan BA, AFA (antifosfolipid antitela) bor yo'qligi aniqlandi. **Natijalar:** Bizning tekshiruvlarimiz shuni ko'rsatdiki, anamnezida AQBK va homila ko'tara olmaslik kuzatilgan bemorlarda AFAning miqdorini yuqoriligi aniqlandi. AQBK bilan kasallangan bemorlarning 25% da qondagi AFA ning yuqori miqdori, kontrol guruhdagilarning 3% da bu antitelaning past va o'rta titri aniqlandi. Turli guruhdagi bemorlarda AFA miqdori taqsimlanishi: Greyvs kasalligi bo'lgan ayollarda 33,5% da antitela aniqlandi, gipotereoz bemorlarda 37,2% da, autoimmun tug'ruqdan keying tireoidit bo'lgan bemorlarda 44% da antitela aniqlandi. Tekshirilayotgan guruhdagi ayollarning 18% da BA sirkulyatsiyasi aniqlandi, bu ko'rsatkich kontrol guruhning 2% iga to'g'ri keladi. $\beta 2$ glikoprotein I ga antitela tekshiriluvchi guruhda 23% va kontrol guruhda 2% aniqlandi. Homiladorlikni ko'tara olmaslik vaAQBK bo'lgan ayollarning 10% ida anneksinVga, 6% da protrombinga antitela aniqlandi, bu ko'rsatkichlar kontrol guruhda 1% ni tashkil etadi. **Xulosa:** Antifosfolipid sindrom ko'p akusherlik muammolari kelib chiqishiga jiddiy sabablardan biri hisoblanadi. AQBK gi va homila ko'tara olmaydigan ayollarda AFA ning qonda aniqlanishi bu bemorlarda umumiy autoimmun jarayon rivojlanayotganligini bildiradi. Autoimmun kasalligi bor bemorlarda trombotik asoratlarni oldini olish maqsadida AFA ning qondagi miqdorini aniqlashni tavsiya qilamiz.

МОРФОЛОГИЯ

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КАРБОГИДРАЗ КРЫСЯТ, ПОЛУЧАЮЩИХ НИЗКОУГЛЕВОДНЫЙ РАЦИОН, ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Абдуллаева С.Х., студентка 204 группы леч. факультета ТашПИИ

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф. - Абдумажидов А.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Ахраров Х.Х.

Известно, что проблема адаптации пищеварительных желез к характеру пищи разрабатывается довольно длительное время, в частности это касается возрастных особенностей индивидуальной адаптации к качеству пищи. **Цель работы:** Исходя из этого, нами было предпринято изучение адаптивных возможностей поджелудочной железы крысят при воздействии перегревающей, содержащихся на низкоуглеводной диете. **Материал и методы исследования:** Исследования проводились на ювенильных крысатках линии Вистар с исходной массой тела $48 \pm 3,1$ г 30-дневного возраста. Использовали 180 животных, проведено 3000 измерений и биохимических анализов. Применяли два рациона. Сбалансированный (контрольный) рацион содержал по калорийности белка 31%, углеводов 36% и жиров 33%. В низкоуглеводном рационе на долю белков приходилось 60%, углеводов-22%, жиров-18%. Исследования проводились с 30-й по 60-й день крыс, т.е. с момента их полного перехода на дефинитивное питание до начала периода полового созревания, в препубертатном возрасте. В соответствии с задачами экспериментов половина крысят (90 особей) содержалась при комнатной температуре ($22-24^\circ$), другая же большую часть суток находилась в таких же условиях, но ежедневно в течение 8 часов экспонировалась в тепловой камере при $37-38^\circ\text{C}$. В гомогенате поджелудочной железы определяли активность альфа - амилазы по Смит-Роу в модификации А.М.Уголева, мальтазную и сахаразную - по Далквисту (1968). У крысят, получавших сбалансированный рацион, общая амилазная активность увеличилась только к 30-му дню опыта. В этот срок исследования она составила 4540 ± 200 мг/мин против исходных 2800 ± 130 мг/мин. При использовании низкоуглеводного рациона общая амилазная активность поджелудочной железы к концу эксперимента уменьшилась до 850 ± 60 мг/мин, что примерно в 3 раза меньше исходного уровня, это уменьшение явилось результатом резкого снижения удельной активности альфа - амилазы в ткани железы. **Результаты:** Полученные результаты показывают, что кормление крысят рационом с низким содержанием полисахаридов приводит к прогрессивному снижению альфа - амилазной активности поджелудочной железы. Это снижение выявляется уже на 4-й день экспериментов и сохраняется до конца исследований. На 30-й день применения низкоуглеводной диеты величина удельной альфа-амилазной активности ткани железы составляет всего 21% от исходной. Мальтазная активность в первые 4 дня опытов независимо от количества углеводов в рационе также повышалась. В последующем она резко уменьшилась. Сахаразная активность нарастала независимо от количества полисахаридов в рационе. Тем не менее, она отчетливо реагировала на недостаток крахмала в пище. На низкоуглеводном рационе она была ниже, чем при скормлении сбалансированного рациона. **Выводы:** Таким образом, можно констатировать, что у крысят препубертатного возраста уже с момента перехода на дефинитивное питание поджелудочная железа четко реагирует на рационы с различным содержанием углеводов. Обращает на себя внимание очень отчетливое снижение активности панкреатических карбогидраз у ювенильных животных, получающих низкоуглеводный рацион.

ВЛИЯНИЕ НАНОДИСПЕРСНОГО КРЕМНЕЗЕМА НА ГЕНЕРАЦИЮ СУПЕРОКСИДНОГО АНИОН-РАДИКАЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ СОЧЕТАННОЙ НИТРАТНОЙ И ФТОРИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Акимов О.Е., соискатель кафедры патофизиологии, ВУЗ Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия»

Кафедра патофизиологии (зав. каф.- профессор д.мед.н. Костенко В.А.).

Научный руководитель: проф. д.мед.н. Костенко В.А.

Супероксидный анион-радикал является одним из факторов, который может запустить процессы окислительного стресса (свободнорадикальное повреждение биологических полимеров). Однако важно отметить, что генерация свободных радикалов происходит постоянно даже в физиологических условиях в митохондриях. **Цель работы:** Определение генерации супероксидного анион-радикала слизистой оболочкой желудка крыс при сочетанной фтористой и нитратной интоксикации. **Материал и методы исследования:** Исследование было проведено на 62 белых крысах марки Вистар. Животные были распределены на 5 групп: 1 - контрольная 10 животных; 2 - фторидная интоксикация 10 мг/кг 30 дней; 3 - нитратная интоксикация 14 животных 500 мг/кг 30 дней; 4 - сочетанная интоксикация 15 животных 30 дней; 5 - введение на фоне сочетанной интоксикации 100 мг/кг суспензии нанодисперсного кремнезема 10 животных. Определение генерации супероксидного анион-радикала проводилось с помощью НСТ-теста в модификации О.И. Цебржинского. Результаты поддавались статистической обработке методом дисперсионного анализа (англ. ANOVA) с последующим анализом по Геймсу-Ховелу (англ. Games-Howel), используя расширение Microsoft Excel Real Statistics, разницу считали статистически значимой при $p < 0,05$. **Результаты:** После анализа результатов установлено, что сочетанная интоксикация увеличивает базовую генерацию супероксидного анион-радикала на 93%, НАДФН стимулированную на 12%, НАДН стимулированную на 66%, от макрофагов тканей на 33%. При применении суспензии нанодисперсного кремнезема базовая генерация снизилась на 27%, НАДФН стимулированная на 10,6%, НАДН стимулированная на 24,9% , от макрофагов на 25,4%. **Выводы:** суспензия нанодисперсного кремнезема эффективна для коррекции избыточной генерации супероксидного анион-радикала при сочетанной фторидной и нитратной интоксикации.

РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ГЕЛЕВЫЕ ПЛЕНКИ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА

Аззамов Ж., студент 3-го курса леч. факультета

Научный руководитель: Байкулов А.К.

Кафедры биологической химии: (Заведующий кафедрой: Советов К.Т.)

Человек не обладает способностью к быстрому и полному восстановлению поврежденных участков органов или тканей, из которых они состоят. Однако в ходе развития науки медицины врачи научились ускорять механизм заживления ран. Не последнюю роль в процессе регенерации играют перевязки. До недавнего времени для этих целей использовали исключительно марлевые бинты, которые при подсыхании раны намертво вросли в нее, превращая каждую перевязку в пытку. Изобретение и внедрение в хирургию новых перевязочных средств на основе различных полимерных ма-

териалов не только ускорили процесс выздоровления, но и облегчили страдания пациентов. Материал или продукты его распада не должны быть канцерогенами и мутагенами, у них должна отсутствовать острая и хроническая токсичность, материал не должен вызывать раздражение и аллергию. Кроме этих медико-биологических требований был определен и целый ряд физико-химических параметров. К ним относятся механические характеристики, паро- и влагопроницаемость. Иными словами, материал обязательно должен «дышать», но при этом не пропускать микроорганизмы, обладать способностью сорбировать («очищать») кровь и раневое отделяемое, легко и плотно прилегать к ране, моделируя любой профиль, легко отделяться от раневой поверхности, не разрушая вновь образовавшуюся живую ткань. Ведь именно грубый перевязочный материал – одна из главных бед, замедляющих процесс выздоровления, когда при удалении бинта травмируется «свежий» эпителий и повреждаются кровеносные сосуды. Всем этим требованиям отвечает хитозановые гели. В эксперименте с термическом ожогом, нами были регенеративные свойства гелевых пленок хитозана. Моделирование ожоговой раны проводили погружением, заранее депилированного участка нижней поверхности спины, в кипящую воду. Время экспозиции – 10 секунд. При указанном режиме достигалось повреждение всех слоев кожи в зоне ожога, что соответствует ожогу III степени. Для получения более наглядного представления о динамике течения репаративного процесса мы вычисляли также коэффициент регенерации (Кр), который получали путем деления площади раны перед началом экспериментов площадь раны после применения препаратов через соответствующие сроки наблюдения. Скорость эпителизации ожогового дефекта (V) определяли по формуле предложенной Л.Н. Поповой: $V=S/t$. Высокая эффективность местного применения производных хитозана – нового стимулятора репаративной регенерации – позволяет рекомендовать данный препарат для включения в комплекс медикаментозных средств для лечения травматических, воспалительных ожогов эпителиальных тканей.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ЗЕВА СТУДЕНТОВ

Аликулов Х., студент 205 гр. леч. фак. СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. каф. - доц. Вохидова А. М.)

Научный руководитель: ст. преп. Шайкулов Х. Ш.

Цель работы: изучение микробного пейзажа зева студентов. **Материал и методы исследования:** При обследовании слизистой зева 96 студентов в возрасте 17-22 лет в СамМИ в марте 2016 г. первичный посев с транспортных систем со средой шоколадный агар и на специальные среды для выделения бактерий рода *Haemophilus*: на шоколадный агар с добавлением факторов роста и бацитрацина (300 мкг/мл). **Результаты:** В 96 анализах выделено и изучено 218 культур условно патогенных микроорганизмов, принадлежащих к грам(+) (31,8%) и грам(-) (29%) коккам, грам(+) (10%) и грам(-) (29,2%) палочкам. При этом из 66 выделенных штаммов (38,8%), относящихся к роду *Staphylococcus*, 60,6% Р коагулазоположительные штаммы, а из 36 штаммов (8,4%) рода *Streptococcus* 8 штаммов Р *S.pyogenes*. Из других грам(+) кокков 5,6% и 1,9% относятся соответственно к родам *Enterococcus* и *Gemella*. Из 218 штаммов грам(-) кокков к родам *Neisseria* и *Branhamella* относятся соответственно 89,5% и 10,5% штаммов. В связи с трудностью выделения в повседневной лабораторной практике бактерий рода *Haemophilus* особое внимание заслуживают 95 выделенных штаммов грам(-) палочек, относящихся к этому роду и к видам *H.aphrophilusi* и *H.segnis*. Штаммы других видов этого рода не обнаружены. При сравнении высеваемости этих штаммов на шоколадном агаре, шоколадном агаре с бацитрацином она составляет, соответственно, 9,8%, 65,8% и 87,8%. **Выводы:** При изучении микробного пейзажа зева студентов в возрасте 17-22 лет выявлено, что в спектре микрофлоры преобладают бактерии, относящиеся к родам *Staphylococcus* (коагулазоположительные), *Neisseria*, а также *Haemophilus*.

МОРФОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАССАЖИРОВ ПЕРЕДНЕГО СИДЕНЬЯ ПРИ ТРАВМЕ ВНУТРИ САЛОНА ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ

Бахтиёров Б.Б., резидент магистратуры 1-года обучения СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. - профессор Индияминов С.И.)

Научный руководитель: Индияминов С.И.

Повреждения при автомобильной травме отличаются большим морфологическим разнообразием, особенно при травме внутри салона автомобиля. Это связано с разнообразием конструктивных особенностей салона современных автомобилей. При травме внутри салона автомобиля одним из сложнейших вопросов является установление места нахождения пассажиров, особенно при отсутствии свидетелей дорожно-транспортного происшествия. **Цель работы:** Изучение морфологических особенностей повреждений у пострадавших пассажиров, находившихся на переднем сиденье при травме внутри салона легковых автомобилей. **Материал и методы исследования:** Изучали характер, локализацию, форму и другие особенности повреждений у 17 лиц (5 трупов, 12 живых лиц) пострадавших пассажиров, находившихся на переднем сиденье, при травме внутри салона легковых автомобилей марки DAEWOO-CHEVROLET. Также были изучены данные протоколов осмотра места происшествия, осмотра автотранспорта, данные медицинских документов. В процессе судебно-медицинской экспертизы выявленные повреждения на теле пострадавших были описаны по принципу «словесного портрета», и в ряде случаев наружные повреждения были исследованы стереомикроскопически, с помощью микроскопа МБС-10. **Результаты:** Смерть 5-ти пострадавших пассажиров наступила от тяжелой черепно-мозговой травмы, сопровождавшейся переломом костей свода, основания черепа, ушибом головного мозга. При этом переломом костей свода в виде линейных, вдавленных и дырчатых, переломов были расположены справа и очаги ушибов головного мозга охватывающих две и более извилины и борозды, в виде скоплений крови, были обнаружены на правом большом полушарии, соответственно теменной и правой височной области. В мягких тканях лобной и правой височной области были обнаружены множественные кровоподтеки и ссадины, а также ушибленно-рваные раны, которые имели овальную и удлиненную форму. На лице у пострадавших выявлены множественные ссадины и кровоподтеки соответственно области носового треугольника и подбородочной области, неопределенной и удлиненной формы. Аналогичные повреждения отмечались и на правой половине шеи. В трех случаях отмечали переломы-вывихи 1-2 шейных позвонков с повреждением в спинной мозг. В отдельных случаях были обнаружены двухсторонние переломы ребер, с повреждением сердечной сорочки, а также переломы правой ключицы, первого-второго ребра справа, шейки правой плечевой кости переломы верхней и нижней челюсти. У пострадавших пассажиров живых лиц, также повреждения были расположены по правой половине тела. Отметили сочетанные повреждения головы, груди, верхних и нижних конечностей. Также были обнаружены множественные ссадины, расположенные в волосистой и лицевой части головы справа, неправильно-удлиненной и овальной формы. В отдельных случаях отметили оскольчатые переломы нижней трети правой плечевой кости. Часто выявлялись переломы

основной фаланги второго пальца правой кисти и множественные ушиблено-рваные раны лобной, височной-теменной области нижних конечностей. Отмечались часто повреждения, а также кровоподтеки в области правого плечевого сустава. Переломы костей носа и верхних шейных позвонков также отмечались весьма часто. **Выводы:** Таким образом, у пострадавших пассажиров переднего сиденья при травме внутри салона автомобиля наиболее часто наблюдается тяжелая черепно-мозговая травма и повреждается верхняя часть туловища. Разнообразные по характеру повреждения мягких тканей, костей и внутренних органов преимущественно наблюдаются по правой половине тела, в результате соударения об деформированных внутренних деталей салона автомобиля.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭЛЕМЕНТАРНОГО АНАЛИЗА В ЛИСТЯХ ШЕЛКОВИЦЫ И ВЫДЕЛЕНИЯХ ТУТОВОГО ШЕЛКОПРЯДА

Бегматова Д.А., асс., Бегматова Д.А., студентка 509 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра бионеорганической, биоорганической и биологической химии (зав. каф. – доц. Советов К.Т.)
Научный руководитель: профессор, д.х.н. Аскарров К.А.

Цель работы: Узбекистан является крупнейшим в мире после Китая и Индии производителем шелка. Известно тутовый шелкопряд, который является монофагом и кормится только листьями тутового шелкопряда. Природа вложила в листья шелковицы полный ассортимент всех необходимых для нормального развития гусениц питательных веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных элементов и воды. Но содержания макро- и микроэлементов в листьях тутового шелкопряда в зависимости от места произрастания и природно-климатических условий могут колеблется, поэтому элементный анализ листьев шелковицы имеет практический интерес, так как он может влиять на производство шелка. **Материал и методы исследования:** При определении химических компонентов в пробах использовали нейтронно-активационный и атомно-абсорбционный методы анализа. В процессе подготовки проб к анализу образцы гомогенизировали; экскременты и лист размельчали на кофейной мельнице до однородного состояния, оболочку коконов мелко нарезали лезвием, куколок растирали в ступке. **Результаты:** В общей сложности в листьях шелковицы и выделениях тутового шелкопряда было определено 22. Изученные элементы можно подразделить условно на три группы. Это, во-первых, элементы-органогены, к которым можно отнести углерод, кислород и азот, составляющие в сумме около в 90% воздушно-сухой массы листа. Вторая группа – макроэлементы, суммарная концентрация которых колеблется в пределах 6-12%. К этой группе относятся кальций, калий, магний, кремний, фосфор, натрий, и хлор. Остальные 12 элемента относятся к числу микроэлементов, количество которых измеряется миллиграммами на кг. Их, в свою очередь, можно подразделить на микроэлементы, жизненная необходимость которых установлена - это железо, марганец, цинк, медь, кобальт и хром, токсичные элементы – свинец, сурьма, кадмий, мышьяк и элементы, жизненная необходимость которых не доказана - бром, скандий, европий, рубидий. Среди макроэлементов в количественном отношении преобладает калий, содержание которого составляет 40% от суммарного содержания макроэлементов, что является благоприятным для тутового шелкопряда. Вторым по количественному содержанию макроэлементом является кальций. Его концентрация близка к оптимальной и равна – 2,5%. Жизненно необходимый микроэлемент железо превышен в 8,5 раз по сравнению с марганцем. Поскольку существует физиологический антагонизм между данными элементами, это может отрицательно сказаться на усвоении последнего в пищеварительном тракте гусеницы. **Выводы.** Приведенные данные свидетельствуют, что в наибольшем количестве из листа усваивается азот, входящий в состав белка. Кажущееся усвоение последнего достигает 73%, но если исключить из общего количества азота его содержание в конечных продуктах азотистого обмена, то и в состав плохо перевариваемой клетчатки, усваиваются организмом гусеницы в 1,5 – 2 раза хуже, чем азот. В общей сложности сухое вещество листа переваривается на 56% или, примерно на половину. Полученные данные находят свое применение для использования отходов шелководства как кормовая добавка.

МОРФОЛОГИЯ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАН КОЖИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧЕЛОВЕКА

Бойманов Ф.Х., Махмудов О.И. СамМИ
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. - профессор Индиаминов С.И.)
Научный руководитель: профессор Индиаминов С.И.

Вопросы морфологии колото-резаных повреждений достаточно освещены в многочисленных работах. В то же время морфология колото-резаных ранений, в зависимости от локализации повреждений изучены недостаточно. **Цель работы:** Выявление особенностей колото-резаных ран кожи грудной клетки. **Материал и методы исследования:** Исследованы 24 случая смерти лиц, связанной с колото-резанными ранениями в области грудной клетки, причиненных распространенными колюще-режущими орудиями – ножами. **Результаты:** Установлено, что колото-резанные раны в области груди чаще располагались на передне-боковых поверхностях груди, соответственно уровню II-V ребер. Относительно оси тела раны имели косопоперечное (18), реже вертикальное (6) расположение. При этом раны расположенные продольно по отношению линии Лангера имели линейную или серповидно-линейную, а раны расположенные поперечно по отношению линии Лангера - овальную форму с ровными краями, гладкой поверхностью стенок, острыми концами с одной стороны, П-образными – с другой (противоположной) стороны. На кожных ранах грудной клетке чаще (в 7 случаях) наблюдались микроразрывы первого типа, имеющие вид нависающего над просветом раны лоскута эпидермиса треугольной формы, размерами от 0,1x0,1мм до 2,5x2,5мм. На противоположном крае раны обнаружена выемка по форме и размеру соответствующая лоскуту эпидермиса. В отдельных случаях микроразрывы состояли из двух (5 ран) или трех (1 рана) лоскутов эпидермиса, компактно располагавшихся либо на одном крае раны, либо на двух краях одновременно. Микроразрывы отметили в 8 ранах, которые характеризовались небольшим отклонением от оси раны, протяженность микроразрывов достигала до 2-7 мм, края ран в микроразрывах были осадненными и неровными. Обушковые разрезы встретились в 3 ранах. След вкола в повреждениях располагался на некотором удалении от обушкового конца, при этом обушковой разрез отклонялся от направления оси основного разреза не более чем на 10-20 градусов. Протяженность разрезов этого типа варьировала от 0,2 до 20мм. Длина раневых каналов при колото-резанных ранениях грудной клетки зависела от анатомо-физиологических особенностей поврежденных органов. В шести случаях от общего наблюдения раневой канал оказался меньше длины клинка. Это было отмечено, когда раневой канал слепо оканчивался в легком, что вызывало уменьшение объема этого органа под влиянием развившихся гемо- или гемопневмоторакса. В остальных случаях причина несоответствия размеров канала и клинка была обусловлена тем, что невозможно было проследить раневой канал до конца, так как он заканчивался в полых органах (в сердце, аорте, нижней полой вене), объем которых уменьшался вследствие кровопоте-

ри. **Выводы:** Таким образом, морфологические особенности колото-резанных ран области груди зависят от их расположения относительно линий Лангера и анатомо-физиологических особенностей поврежденных органов. В колото-резанных ранах в области груди чаще наблюдались микроразрывы первого типа, имеющие вид нависающего над просветом раны лоскута эпидермиса.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОЦИТОВ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Боднарчук Ю.В., асс. кафедры ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. каф. д.м.н. - Попович Ю.И.)

Научный руководитель: профессор Жураковская О.Я.

Цель работы: Установление патоморфологических изменений гепатоцитов печени 3-мес. крыс на 14-е сутки развития экспериментального сахарного диабета поскольку количество больных сахарным диабетом (СД) с каждым годом растет, в частности, среди детей и подростковраспространенной является диабетическая гепатопатия. **Материал и методы исследования:** Исследовано печень восьми 3-месячных крыс-самцов линии Вистар, которые были поровну разделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную. Сахарный диабет моделировали путем одноразового внутривентриального введения стрептозотоцина «Sigma» (США) (6 мг на 100 гр массы тела) и забирали материал на 14-е сутки эксперимента. Контрольным животным в эквивалентной дозе вводили 0,1 М цитратный буфер с pH 4.5. Уровень глюкозы определяли по капле крови из хвостовой вены с помощью тест-полосок на глюкометре фирмы «Ассу Чес» (Германия). Использовали гистологические (гематоксилин-эозин, шифф-йодная реакция, судан III) и электронно-микроскопический методы исследования. Морфометрию осуществляли с помощью программного обеспечения NIH USA «Image J» в ручном режиме с учетом увеличений. **Результаты:** На 14-е сутки от начала моделирования экспериментального сахарного диабета уровень сахара в крови увеличивается до $(15,35 \pm 0,21)$ ммоль/л (контроль - $3,75 \pm 0,17$ ммоль/л, $p < 0,001$). На субмикроскопическом уровне дольковое строение печени сохранено, однако отдельные дольки имеют признаки дисконфлексии трабекул гепатоцитов. По данным морфометрического анализа, во всех зонах печеночной дольки наблюдается уменьшение площади гепатоцитов в перипортальных до $(179,04 \pm 53,49)$ мкм² (контроль - $(212,13 \pm 43,18)$ мкм², $p = 0,0001$), в промежуточной - в $(198,74 \pm 37,32)$ мкм² (контроль - $(209,48 \pm 52,54)$ мкм², $p = 0,0099$), в центральной - в $(172,02 \pm 37,71)$ мкм² (контроль - $(186,38 \pm 41,37)$ мкм², $p = 0,0063$). При этом площадь ядер в различных зонах достоверно не изменяется и составляет в перипортальной зоне $(42,12 \pm 11,81)$ мкм² (контроль - $(45,83 \pm 8,68)$ мкм², $p = 0,3472$), в промежуточной - $(47,44 \pm 8,92)$ мкм² (контроль - $(49,69 \pm 10,32)$ мкм², $p = 0,1273$), в центральной - $(42,11 \pm 10,65)$ мкм² (контроль - $(42,94 \pm 9,61)$ мкм², $p = 0,3598$). Такие морфометрические изменения гепатоцитов сопровождаются достоверным ростом ядерно-цитоплазматического индекса во всех зонах печеночной дольки. У 40% клеток наблюдается просветление ядер и признаки вакуольной дистрофии. В отдельных портальных трактах наблюдается незначительная лимфоцитарная инфильтрация. Синусоидные капилляры расширены и переполнены эритроцитарными сгустками. На субмикроскопическом уровне ядра гепатоцитов приобретают фестончатую форму, а гранулы хроматина располагаются вдоль внутренней поверхности ядерной оболочки в виде отдельных глыбок. Канальцы гранулярной эндоплазматической сети и цистерны комплекса Гольджи расширены. Наблюдаются просветление матрикса митохондрий и дисконфлексия их крист, разрывы внутренней мембраны. В цитоплазме гепатоцитов уменьшается количество гликогена и возле ядра образуется просветленная зона без оргanelл, тогда как у контрольной группы животных гранулы гликогена образуют скопления в виде розеток и располагаются по всей цитоплазме. **Выводы:** Таким образом, на 14-е сутки развития экспериментального сахарного диабета у 3-месячных крыс наблюдается уменьшение площади гепатоцитов всех зон печеночной дольки за счет гликогенолиза. В большинстве гепатоцитов прослеживаются морфологические изменения по типу вакуольной дистрофии, вследствие усиления выведения его гепатоцитами и потерей ими гликогеннакопительной функции.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНЕГО ЯГОДИЧНОГО НЕРВА У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Васильчишина А.В., асс. кафедры, Хмара А.Б., студентка 19 группы 2 курса мед. фак. № 2,

Никорич Д.М., студентка 6 группы 2 курса мед. фак. № 1

Кафедра анатомии человека им. Н.Г. Туркевича (зав. каф. - профессор Кривецкий В.В.)

«Буквинский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Хмара Т.В.

Цель работы: Выявить особенности иннервации средней и малой ягодичных мышц у плодов человека. **Материал и методы исследования:** Топографо-анатомические особенности верхнего ягодичного нерва изучены на 48 препаратах плодов человека 186,0-375,0 мм теменно-копчиковой длины (ТКД) с помощью обычного и тонкого препарирования под контролем бинокулярной лупы и морфометрии. **Результаты:** Установлено, что ветви верхнего ягодичного нерва, как правило, направляются к заднему краю внутренней поверхности средней ягодичной мышцы, при этом не достигают верхнего и переднего краев мышцы. Большинство разветвлений верхнего ягодичного нерва проникает в толщу средней ягодичной мышцы по дугообразной линии, параллельно верхнему краю мышцы, на расстоянии 7,5-11,5 см от него. В передних и задних отделах средней ягодичной мышцы между внутримышечными нервами обнаруживаются соединительные ветви, количество которых варьиabelно. У 21 плода обнаружен рассыпной тип ветвления верхнего ягодичного нерва, при этом его ветви (5-8) имеют преимущественно восходящее направление. При магистральном типе (у 27 исследованных плодов) ветви верхнего ягодичного нерва следуют как в восходящем направлении, так и в направлении к плоскому сухожилию средней ягодичной мышцы, пересекая при этом мышечные пучки под острым углом У 6 плодов к средней ягодичной мышце от крестцового сплетения самостоятельно отходит короткий ствол, которому свойственный магистральный тип ветвления. У 2 плодов (195,0 и 240,0 мм ТКД) вышеупомянутый ствол дихотомически делится и между его отдельными ветвями определяются соединительные ветви. К наружной поверхности малой ягодичной мышцы следует ветвь от верхнего ягодичного нерва, которая у большинства (36) исследованных плодов в области его задне-верхнего угла делится на верхний и нижний стволы. Верхний ствол следует параллельно верхнему краю малой ягодичной мышцы, при этом пересекает мышечные пучки под острым углом и ветвится преимущественно по магистральному типу. Рассыпной тип ветвления верхнего стволика обнаружен у 11 плодов. Нижний ствол, как правило, делится на переднюю и заднюю ветви. При этом разветвления нижнего стволика в правой и левой малых ягодичных мышцах характеризуются значительными индивидуальными отличиями. Ветви нижнего стволика преимущественно располагаются в задних отде-

лах верхней и средней трети малой ягодичной мышцы и только у одного плода они выявлены в пределах нижней трети мышцы. Между отдельными нервами в пределах средней трети малой ягодичной мышцы обнаруживаются отдельные соединительные ветви. **Выводы:** Таким образом в толще средней и малой ягодичных мышц верхний ягодичный нерв разветвляется по магистральному или рассыпному типу. Разветвления верхнего ягодичного нерва расположены неравномерно, поскольку они не достигают краев средней ягодичной мышцы, а также нижней трети малой ягодичной мышцы. Средняя ягодичная мышца характеризуется большим количеством разветвлений верхнего ягодичного нерва. В толще ягодичных мышц между отдельными разветвлениями верхнего ягодичного нерва обнаруживаются соединительные ветви, которые обуславливают образование мелкопетлистых сплетений.

ПРОТИВОГРИБКОВОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕРАСТВОРИМОЙ КОМПОЗИЦИИ НИТРАТА СЕРЕБРА И 1-НАФТИЛ-5-(2-НИТРОВИНИЛ)-4-ХЛОРО-1Н-ИМИДАЗОЛ

Войтко М.Я., студент 4 группы, 4 курса, медицинский факультет №4 БГМУ
Кафедра микробиологии и вирусологии (зав. каф. - д.м.н. Дейнека С.Е.)
Научный руководитель: доцент, к.м.н. Яковичук Н.Д.

Соединения ионного серебра - нитрат серебра (AgNO_3) являются хорошими антимикробными препаратами и давно применяются в медицине. В 1884 году акушер Карл Креде (CarlSiegmondFranzCredé) предложил использовать 1% раствор нитрата серебра для лечения случаев Ophthalmia neonatorum, вызванных Neisseria gonorrhoeae. Ещё в начале прошлого века с 1930г., было изучено, что «серебряная вода» активнее хлора, хлорной извести и других сильных окислителей, а позже показано, что сильнее карболовой кислоты и в 3,5 раза - сулемы (в одинаковой концентрации). Практическое медицинское использование серебра как бактерицида использовали в первую очередь для консервирования питьевой воды крупных морских сухогрузных судов. Помимо питьевой воды серебро использовали для стерилизации фруктовых и виноградных соков, а также вина, для пастеризации молока, при производстве сливочного масла, для борьбы с плесневением мяса в холодильниках. Кроме пищевой промышленности серебро использовали для стабилизации микстур, настоев, глазных капель, для консервирования органолептических препаратов, для приготовления различных вакцин (например, тифозной). Непосредственно медицинское использование электрохимической «серебряной воды» практиковалось при желудочно-кишечных заболеваниях, язвенной болезни и холециститах, воспалительных процессах зева, носа, глаз, поверхностных язвах и ранах, а Белецкий использовал серебряную воду в дозе 20 мг/л после тонзилэктомии в виде полосканий или орошений, Коломийченко показал, что сроки заживления ран после тонзилэктомии при лечении их серебряной водой наступают на 1-2 дня раньше, чем при применении других средств (риванол, фурациллин, перманганат калия). Успешно применялось серебро в дерматологии и венерологии, в качестве наружного средства (примочки и ванночки) при лечении дерматозов вирусного, дрожжевого, стрепто-стафилококкового и трофического происхождения и при лечении ожоговых ран (0,6% азотнокислого серебра). Володкина применяла анодную «серебряную воду» в виде орошений и аппликаций для лечения язвенного гингивостоматита, многоформной экссудативной эритемы, длительно незаживающих язв, острого стоматита, грибковых стоматитов, воспалительно-дистрофической формы пародонтоза. Однако после появления антибиотиков широкого спектра действия, медицинское использование препаратов серебра неуклонно снижалось. **Цель работы:** Изучение противогрибкового действия нерастворимой композиции нитрата серебра и 1-нафтил-5-(2-нитровинил)-4-хлоро-1Н-имидазола к некоторым штаммам дрожжеподобных грибов. **Материал и методы исследования:** Определяли противогрибковое действие нерастворимой композиции нитрата серебра и 1-нафтил-5-(2-нитровинил)-4-хлоро-1Н-имидазола модифицированным методом двукратных серийных расведений, так как исследуемое соединение плохо растворяется в демитилсульфоксиде. **Результаты:** В результате исследования обнаружили, что указанное вещество обладает сравнительно низкой противокандидозной активностью, и подавляет рост *S. Albicans* в концентрации 31,25 мкг/мл. **Выводы:** Потенциальные возможности этого класса веществ и внедрение их в медицинскую практику возможны после дальнейшего изучения производных 1-нафтил-5-(2-нитровинил)-4-хлоро-1Н-имидазола.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ ДИСБАЛАНС У ПОТОМСТВА

Вородеева Ю.И., ассистент Запорожского Государственного медицинского университета
Кафедра патологической физиологии (зав. каф. - проф. Колесник Ю.М.)
Научный руководитель: проф. Ганчева О.В.

Цель работы: Установить влияние внутриутробной гипергликемии на нейроэндокринный баланс у самцов крыс препубертатного возраста. **Материал и методы исследования:** Исследования проводились на 30 крысах самцах линии Вистар 3-х месячного возраста, потомках самок с экспериментальным гестационным диабетом. Контролем служили 15 самцов линии Вистар, потомков самок с нормально протекающей беременностью. Животные находились на стандартном рационе при свободном доступе к воде и пище. Для выведения из эксперимента крыс декапитировали под этиминаловым наркозом (40 мг/кг, внутривенно). В экспериментальных группах учитывали вес животного, определяли концентрацию инсулина, лептина, кортикостерона с использованием коммерческих наборов (для определения инсулина DRG, США, кат. №104-2935D; лептина (DRG, США, кат. № 104-2395D; кортикостерона DRG, США, кат. № 1124164D). Проведение исследований строго соответствовало инструкции фирмы-производителя наборов и проводилось на микропланшетном фотометре DigiScan-400. Полученные экспериментальные данные обрабатывали параметрической t-статистикой Стьюдента, считая достоверными отличия в сравниваемых группах при $p < 0,05$. **Результаты:** Сегодня считают, что одним из ключевых факторов изменения направленности метаболизма являются пренатальный период, рассматриваемый как этап программирования, и пубертатный период, во время которого происходил запуск и развертывание «программы метаболических сдвигов». Возможно, предпосылки нарушений проявляются еще на этапе препубертатного периода, установление которых позволит осуществлять раннее прогнозирование и диагностику болезней, в патогенезе развития которых лежат метаболические нарушения – это сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, артериальная гипертензия. В ходе проведенных нами исследований было установлено, что уже в препубертатном периоде вес самцов экспериментальной группы в 3-х месячном возрасте в два раза превышал показатели контроля, концентрации исследуемых гормонов: лептина в два раза, инсулина на 46 % ($p < 0,05$), кортикостерона на 49 % ($p < 0,05$) достоверно превышали значения группы сравнения. **Выводы:** Таким образом, в ходе проведенного исследования нами было установлено, что у самцов крыс, перенесших внутриутробную гипергликемию, уже в препубертатном периоде наблюдаются нарушения нейроэндокринного баланса. Выявленные сдвиги гормонального баланса развиваются на фоне существенного увеличения массы живот-

ных. Установленный факт существования нейроэндокринного дисбаланса у потомков самок с экспериментальным гестационным диабетом можно рассматривать как важный прогностический показатель формирующихся метаболических нарушений еще в препубертатном периоде.

ПОЗДНИЕ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ганчев К.С., ассистент Запорожского Государственного медицинского университета
Кафедра патологической физиологии (зав. каф. - проф. Колесник Ю.М.)

Научный руководитель: проф. Абрамов А.В.

Цель работы: выявить в эксперименте основные группы поздних постэкстракционных осложнений, установить зависимость их возникновения от степени тяжести сахарного диабета у крыс. **Материал и методы исследования:** Исследование было проведено на 50 крысах-самцах линии Вистар, возрастом 9-10 месяцев, распределенных на две экспериментальные группы. Первую группу составили 20 здоровых самцов, которым удалили первый нижний моляр справа. Вторая группа была представлена 30 крысами самцами со стрептозотоциновым диабетом, которым на 21-й день течения патологического процесса также проводили экстракцию первого нижнего моляра справа. Для моделирования экспериментального сахарного диабета (ЭСД) стрептозотцин (SIGMA Chemical, США) вводили крысам внутрибрюшинно в дозе 50 мг/кг, растворенный в 0,5 мл 0,1 М цитратного буфера (рН 4,5) ex tempore. Экстракцию первого нижнего моляра в экспериментальных группах крыс осуществляли под тиопенталовым наркозом (доза 40 мг/кг) с дополнительной местной инфильтрационной анестезией убиستيном. **Результаты:** Поздние постэкстракционные осложнения наблюдались преимущественно, со 2-х – 3-х суток – это отсроченные кровотечения, альвеолит, абсцедирование, образование флегмоны, остеомиелит нижнечелюстной кости. Сравнительный анализ выбранных нами показателей в разные временные сроки постэкстракционного периода показал, что сочетание двух патологий (сахарного диабета и экстракции зуба) существенно отягощает состояние животных. Отмечено было прогрессивное увеличение уровня гликемии, снижение веса крыс, повышение уровня креатинина и мочевины в плазме крови, развитие ацидоза. От степени тяжести диабета напрямую зависела динамика снижения веса и увеличение уровня гликемии, тогда как степень ацидоза, концентрации креатинина и мочевины в плазме не имели достоверных отличий в экспериментальных группах. **Выводы:** Постэкстракционные осложнения зависят от степени тяжести сахарного диабета. Поздние осложнения, связанные с альвеолярной раной, чаще развиваются при тяжелом течении сахарного диабета, характеризуются тяжелым течением и высокой вариабельностью осложнений (остеомиелит, флегмона, абсцесс). Утяжеление течения основного заболевания и прогрессирование симптоматики сахарного диабета отмечаются при тяжелом его течении, что сопровождается прогрессивным снижением веса крыс и повышением уровня гликемии. Выраженность ацидоза, повышение концентраций креатинина и мочевины, выявленные нами у крыс с экспериментальным сахарным диабетом, не зависят от степени тяжести патологического процесса, но при этом вносят свой вклад в ухудшение состояния животного.

АКТИВНОСТИ СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И Н⁺-АТФ-АЗЫ В ДЕСНАХ КРЫС ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Гилюк О.В., студентка 6 группы II курса леч. факультета №1, Ференчук Е.А., ассистент БГМУ
Кафедра биоорганической и биологической химии и клинической биохимии (зав. каф. – к.б.н. Григорьева Н.Ф.)

Научный руководитель: доц. Яремий И.Н.

Цель работы: выяснить характер изменений активностей таких показателей энергетического обмена, как сукцинатдегидрогеназы и Н⁺-АТФ-азы в деснах крыс при аллоксановом сахарном диабете. **Материал и методы исследований:** Эксперименты проведены на 18 половозрелых самцах нелинейных белых крыс весом 0,18 - 0,20 кг, содержащихся в стандартных условиях и на рационе вивария. Опытных животных разделили на две группы (по 9 крыс в каждой): 1) контрольная группа (интактные крысы); 2) аллоксандиабетические крысы (базальная гликемия ≥ 10 ммоль/л). Аллоксановый сахарный диабет (одна из классических моделей повреждения бета-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы и развития сахарного диабета I типа) у крыс вызывали путем введения животным 5%-го раствора аллоксана моногидрата внутрибрюшинно в дозе 170 мг/кг массы.). Декапитацию крыс проводили согласно норм Европейской конвенции по защите экспериментальных животных (86/609 ЕЕС) на 7-е сутки после введения животным аллоксана моногидрата. Десна крыс сразу же после декапитации отбирали на холоде и использовали для получения митохондриальной фракции путем дифференциального центрифугирования. Активности сукцинатдегидрогеназы определяли по интенсивности восстановления феррицианида, Н⁺-АТФ-азную активность – по нарастанию уровня неорганического фосфата; содержание белка в митохондриальной фракции десен – по методу Лоури. Уровень базальной гликемии у крыс определяли перед декапитацией в крови из хвостовой вены с помощью прибора OneTouch Ultra Easy. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента. **Результаты:** В митохондриях десен аллоксандиабетических крыс наблюдали снижение активности сукцинатдегидрогеназы и Н⁺-АТФ-азы (на 38 и 36% соответственно по сравнению с показателями интактных крыс). Полученные результаты указывают на снижение интенсивности аэробного окисления субстратов, в частности янтарной кислоты в цикле Кребса, а также на нарушение процессов биологического окисления и окислительного фосфорилирования в дыхательной цепи митохондрий на уровне функционирования Н⁺-АТФ-азы. **Выводы:** в митохондриальной фракции десен аллоксандиабетических крыс наблюдается снижение активности сукцинатдегидрогеназы и Н⁺-АТФ-азы, что указывает на существенные нарушения аэробного обмена в деснах крыс при аллоксановом сахарном диабете.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Грицюк М.И., доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения БГМУ
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав. каф. – профессор Бойчук Т.Н.)

Научный руководитель: профессор Бойчук Т.Н.

Цель работы: Целью нашего исследования было выяснить изменения показателей некоторых почечных функций, а также исследовать клубочковую фильтрацию на разных сроках развития экспериментального сахарного диабета. **Материал методы исследования:** Эксперимент проведен на 25 половозрелых нелинейных самцах белых крыс, массой 0,18 – 0,20 кг. В течении 1 месяца до начала и в течение эксперимента животных содержали в виварии в условиях постоянной температуры (20-21⁰ С) и влажности воздуха (52-55 %) в отдельных клетках со свободным доступом к воде и пище, с учетом положе-

ний предусмотренных Европейской конвенцией о защите лабораторных животных. По окончании эксперимента животных выводили из опыта под легким эфирным наркозом. Животных делили на три группы. Первая – контрольная группа (n=9), пребывающая на стандартном рационе, питьевом режиме и освещении. Для моделирования сахарного диабета животным экспериментальных групп (II – n=8 та III – n=8) однократно внутрибрюшинно вводили стрептозотоцин (Sigma, США) в дозе 70 мг/кг. Во второй группе забой животных и соответствующие исследования проводили через 31 сутки после введения препарата, показатели третьей группы изучали через 41 сутки. Для оценки функции сосудисто- клубочкового аппарата почки, животным проводили водную нагрузку в объеме 5% массы тела, забор мочи проводили через 2 часа. Результаты обрабатывали статистически. **Результаты:** У экспериментальных животных отмечали падение уровня диуреза с $3,60 \pm 0,19$ мл/2 чв контрольной группе до $2,92 \pm 0,29$ мл/2 чна 31 сутки и $2,29 \pm 0,25$ мл/2 ч ($p < 0,01$) на 41 сутки соответственно. По нашему мнению, снижение диуреза связано с повышением уровня относительной реабсорбции воды $91,81 \pm 0,77$ % в контрольной группе животных до $98,55 \pm 0,13$ % ($p < 0,001$) на 31 сутки и $98,57 \pm 0,17$ % ($p < 0,001$) на 41 сутки соответственно, на фоне роста скорости клубочковой фильтрации $378,64 \pm 27,24$ мкл/минв контрольной группе животных до $1725,21 \pm 150,21$ ($p < 0,001$) мкл/мин на 31 сутки и $1463,72 \pm 252,75$ ($p < 0,001$) мкл/мин на 41 сутки. Приведенные значения скорости клубочковой фильтрации вызывали изменения концентрации креатинина в плазме крови. Повышение его концентрации в моче $0,72 \pm 0,04$ ммоль/л в контрольной группе до $2,03 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,001$) в экспериментальной группе при исследовании на 31 сутки и до $3,14 \pm 0,40$ ммоль/л ($p < 0,001$) в группе животных при изучении показателей на 41 сутки при снижении в плазме кровикоррелирует с возрастом реабсорбции воды. **Выводы:** Скорость клубочковой фильтрации возрастает, как приспособительная реакция почек на повышение уровня глюкозы крови, молекулы которой вызывают клеточную гипогидратацию, которая тянет за собой возрастание уровня относительной реабсорбции воды. Вероятно, происходит изменение внутрипочечного механизма транспорта белка и распределения натрия. Этот период можно условно назвать периодом компенсации приспособительной перестройки функций почек.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИТОХОНДРИЯХ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУЛЕМОЙ

Дикал М.В., доц., Ференчук Е.А., асс. БГМУ

Кафедра биоорганической и биологической химии и клинической биохимии (зав. каф. – доц. Григорьева Н.Ф.)

В экспериментальной медицине «сулемовая почка» рассматривается как классический вариант некронефроза в эксперименте. Введение лабораторным животным сулемы вызывает развитие острой почечной недостаточности, сопровождающейся азотемией, олигоурией и снижением скорости клубочковой фильтрации. Главными мишенями токсического воздействия сулемы на организм являются печень и почки. **Цель работы:** Поскольку основные окислительные процессы и аккумуляция энергии сосредоточены в митохондриях (в этих органеллах образуется 90% всей необходимой для организма энергии), целью нашей работы стало изучение процессов биоэнергетики при интоксикации сулемой: определение сукцинатдегидрогеназной и содержания АТФ-азной активности в митохондриях гепатоцитов при отравлении сулемой. **Материал и метода исследования:** Острую интоксикацию сулемой моделировали на беспородных крысах-самцах массой 180-200 г. Сулему вводили внутрибрюшинно в дозе 10 мг/кг. Митохондриальную фракцию получали методом дифференциального центрифугирования. Активность сукцинатдегидрогеназы определяли по интенсивности восстановления феррицианида калия, АТФ-азы – по накоплению неорганического фосфата. Статистическую обработку данных проводили по критерию Уилкоксона. Результаты считались достоверными при $p < 0,01$. **Результаты:** Наши исследования подтверждают, что на фоне сулемовой нефропатии у белых крыс развивается окислительный стресс с нарушением энергетического баланса. Сукцинатдегидрогеназная активность митохондрий печени снизилась в два раза по сравнению с показателями интактной группы крыс. АТФ-азная активность печени также проявляет тенденцию к понижению (в 1,5 раза). Цитотоксичность сулемы обусловлена взаимосвязанными механизмами: усилением перекисного окисления липидов в клетках за счет снижения антиокислительной защиты и путем непосредственной прооксидантной активности; угнетением митохондриального дыхания в результате изменения мембранного потенциала митохондрий и нарушения активности ферментов дыхательной цепи и цикла Кребса; ухудшением кальциевого гомеостаза клетки путем изменения внутриклеточного потока кальция. Установлено, что ионы ртути поступают в клетки проксимальных канальцев в виде их конъюгатов с цистеином. Токсическое действие ртути на организм обусловлено блокадой кальциевых каналов, сульфгидрильных, фосфатных, аминных и карбоксильных групп ферментных и структурных белков. **Выводы:** Таким образом, снижение ферментативных активностей митохондрий влияет на энергетическое обеспечение клеток. С угнетением митохондриального дыхания тесно связано развитие окислительного стресса, что усугубляет патологические процессы в организме и вызывает гипоксию.

ОЦЕНКА МУТАГЕННОЙ ОПАСНОСТИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Досмаганбетова Б.А., Бауыржан Х., Каргина Г.К., студенты 6-044 группы факультета общей медицины КГМУ

Кафедра общей врачебной практики №1 (зав. каф. - д.м.н., доцент Мулдаева Г.М.)

Научный руководитель: профессор Байманова А.М.

Исследование содержания микроядер в клетке считается скрининговым цитогенетическим индикатором степени загрязнения природной среды и его опасности для здоровья человека. Преимуществом данного метода является быстрота выполнения и независимость его от кариотипа. Микроядра легче всего определить в клетках, лишенных основного ядра. Традиционно для микроядерного анализа используются эритроциты периферической крови, поскольку это наиболее доступная ткань. **Цель работы:** оценить чувствительность микроядер в эритроцитах на воздействие факторов экологической среды. **Материал и методы исследования:** Для микроядерного теста используют мазки периферической крови. Каплю крови наносят на чистое сухое предметное стекло. Препараты высушивают на воздухе в течение нескольких часов. Свежие высушенные мазки фиксируют 90-70% этиловым спиртом 3 мин. Сухие препараты окрашивают в растворе азур-эозинового красителя Романовского-Гимза 1:5 на дистиллированной воде pH 6,8 20 минут и хорошо промывают. Для исследования уровня эритроцитов с микроядрами осматривают по 1-2 препарата от каждого человека. В каждом случае анализируют 20000 эритроцитов. Число эритроцитов с микроядрами выражают в %, за нормальное значение принято 0,01-0,025% (Кассирский А.И.). Микроядерный тест исследован у жителей основного района, проживающих на территории, подвергающейся распылению ракетного топлива (близлежащие районы космодрома «Байконур») и контрольного-сельские районы Акмолинской области. Микроядерный тест исследован у здоровых лиц до 45 лет, у 69 мужчин, 39 жен-

цин, 29 детей контрольного и 84 мужчин, 54 женщины, 34 детей основного районов. **Результаты:** В основном районе у мужчин уровень эритроцитов с микроядрами составил $0,03 \pm 0,004\%$, у женщин $0,03 \pm 0,004\%$. В контрольном районе уровень эритроцитов с микроядрами у мужчин составил $0,013 \pm 0,003\%$, ($p < 0,05$), у женщин $0,04 \pm 0,005\%$. У обследованных детей в основном районе нормальный уровень микроядер в эритроцитах выявлен у 29% обследованных, повышенный уровень у 48% детей, среднее содержание микроядер составил $0,03 \pm 0,003\%$. В контрольной группе повышение нормального уровня микроядер в эритроцитах установлено у 42% обследованных, среднее значение $0,02 \pm 0,001\%$ ($p < 0,05$). Для уточнения характера изменений теста у здоровых женщин, микроядра в эритроцитах определялись у женщин с неблагоприятным биологическим анамнезом и женщин с различной гинекологической патологией. В этих группах показатели эритроцитов с микроядрами, превышающими нормальные величины были аналогичны в группе здоровых женщин. Можно предположить влияние на микроядерный тест в женском организме физиологических факторов помимо экологических. **Вывод:** Достоверно повышенный уровень эритроцитов с микроядрами у здоровых мужчин и детей основного района свидетельствует о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды и может быть использован цитогенетическим индикатором загрязнения окружающей среды.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА ARTEMISIA

Жантлесова Т.Б., Бережной В.В., студенты 2 курса, факультета общей медицины и стоматологии КГМУ

Кафедра микробиологии (зав. каф. доцент Ахметова С.Б.)

Научный руководитель: доцент Ахметова С.Б.

В настоящее время лекарственные растения продолжают оставаться одним из перспективных источников получения эффективных лекарственных препаратов. Препараты растительного происхождения обладают широким фармакологическим спектром, и в лечебно-профилактических дозах не оказывает побочных эффектов. Эфирные масла относятся к терпеноидам и являются смесью большого количества различных летучих органических соединений, компонентов, обладают специфическим, большей частью ароматным запахом и используются как самостоятельно действующие препараты или для улучшения запаха и вкуса лекарственных препаратов, рыночные цены на препараты растительного происхождения ниже, чем на препараты синтетического происхождения. Поэтому сегодня они доступны практически всем слоям населения, включая малообеспеченные. В АО «МНПХ Фитохимия» МОН РК проводятся многоплановое изучение биологически активных веществ природной флоры Казахстана. Проблемы поиска биологической активности среди эфирных масел флоры Казахстана обоснованна, не угасая интересом к этой группе источников природных финтоцидов и не вызывает сомнения актуальность вопроса. Объектом исследований явились эфирные масла – *Artemisiakazakorum*, *Artemisialatifolia*, *Artemisiahipoliti* растения произрастают на территории Казахстана, они наработаны в АО «МНПХ Фитохимия» г. Караганда, и предоставленные профессором Атажановой Г.А. Представленные образцы эфирных масел проявляют умеренно-выраженную активность в отношении грамположительных штаммов (*S.aureus*, *B. subtilis*). Цель работы: Образцы представлены на изучение противогрибковой активности с определением минимальной подавляющей концентрации (МПК). Материал и методы исследования: Антифунгальную активность исследовали в соответствии с методикой изучения спектра антифунгального действия противогрибковых препаратов методом серийных разведений с определением МПК. Препараты сравнения: эфирное масло эвкалипта, нистатин, контроль ДМСО. **Результаты:** Противогрибковую активность показали эфирное масло *Artemisiakazakorum*, *Artemisialatifolia*, *Artemisiahipoliti* МПК составила от 0,16-0,64 мг/мл, эфирное масло *Artemisiakazakorum* проявило антифунгальную активность в концентрации 2,5 мг/мл действовал на *T. rubrum*, 2,0 мг/мл *T. mentagrophytes var. gypseum*; 2,0 мг/мл - *M.canis*, для *C.albicans* фунгицидный титр составил 2,0 мг/мл, эфирное масло *Artemisialatifolia* проявило фунгицидные свойства в отношении *T. rubrum* - 3,0 мг/мл, для *M.canis* и *C.albicans* 2,0 мг/мл. **Выводы:** Впервые изучена антимикробная и противогрибковая активности эфирного масла *Artemisiakazakorum*, *Artemisialatifolia*, *Artemisiahipoliti* в условиях *invitro*. Установлено, что исследуемые образцы в жидких средах в диапазоне концентраций 2,5-10 мг/мл обладает фунгицидным действием в отношении *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton rubrum*, *Candida albicans*. Таким образом, представленные эфирные масла эфирные масла – *Artemisiakazakorum*, *Artemisialatifolia*, *Artemisiahipoliti* рекомендованы к дальнейшему доклиническому изучению для создания перспективных лекарственных противогрибковых препаратов, так как это эфиромасличные растения, широко распространенные во флоре Казахстана, представляют интерес как возобновляемое сырье для получения новых биологически активных соединений и создания на их основе оригинальных фитопрепаратов. В данной работе приведены результаты изучения на биоскрининг полыней произрастающих в Казахстане.

РЕАКЦИЯ ИНСУЛИНОЦИТОВ ОСТРОВКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА МЕДИКАМЕНТОЗУЮ КОРРЕКЦИЮ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Иванцев О.Р., аспирант кафедры ИФНМУ

Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. каф. - д.м.н. Попович Ю.И.)

Научный руководитель: профессор Попович Ю.И.

Цель работы: Установить особенности морфометрических изменений поджелудочной железы крыс при лечении экспериментального сахарного диабета инсулином. **Материал и методы исследования:** обследовали 20 половозрелых крыс-самцов линии Вистар, которым был смоделирован экспериментальный сахарный диабет путем внутрибрюшинного введения стрептозотоцина. Животных разделили на две группы: 1) контрольную (животные со стрептозотоциновым СД) 2) исследовательскую (животные, которым с 14 суток развития СД подкожно вводили пролонгированный инсулин гларгин 1 раз в сутки). Пересчет среднетерапевтической лечебной дозы, рекомендованной для человека на 1 кг массы тела, на массу тела крысы проводился за константой биологической активности. Развитие ЭСД контролировали за уровнем глюкозы крови, который определяли глюкометром «AccuChec» (ФРГ). После завершения срока эксперимента на 56 сутки животных в условиях наркоза декапитировали и проводили забор поджелудочной железы. Фиксацию материала, изготовление парафиновых и эпоновых блоков выполняли в соответствии с унифицированными методиками. Гистологические препараты изучали под световым микроскопом МС 300, фотографирование микропрепаратов поджелудочной железы происходило с помощью DigitalcameraformicroscopeDCM 900, электронномикроскопические исследования проводили на микроскопе ПЭМ-125 К (с напряжением 75 кВ). Оценивали среднее количество островков на 1 мм², среднюю площадь островков (мкм²), среднее количество инсулиноцитов, глюкогоноцитов и их соотношение. **Результаты:** Установлено, что на 56 сутки эксперимента у животных контрольной группы, не получавших лечения, среднее количество островков на 1 мм² составляло $1,50 \pm 0,18$; средний размер островков - $(5314,31 \pm 393,54)$ мкм²; а соотношение инсулиноцитов / глюкогоноцитов - 2,70

$\pm 0,14$. У животных, получавших лечение инсулином, эти показатели достоверно не отличались от контроля и были меньше соответственно на 0,7%; 0,4% и 3%, что, по нашему мнению, обусловлено незначительным снижением гипертрофии эндокриноцитов островков исследовательской группы. У животных, получавших инъекции инсулина, уровень глюкозы на 56 сутки эксперимента был в 1,73 раза ниже, чем в контрольной группе без лечения, что свидетельствует об улучшении углеводного обмена при заместительной инсулинотерапии. Электронномикроскопически в этот срок эксперимента в некоторых эндокриноцитах контрольной группы отмечали признаки баллонной дистрофии. Тогда как при медикаментозной терапии инсулином отмечали замедление дистрофических процессов, уменьшение вакуолизации цитоплазмы, которые отвечали предыдущему сроку эксперимента без лечения. **Выводы:** Таким образом, лечение крыс с стрептозотоциновым сахарным диабетом методом заместительной инсулинотерапии с использованием пролонгированного инсулина гларгин позволило уменьшить темпы роста гликемии, по сравнению с таковыми у нелеченных животных в 1,73 раза. Нами не было выявлено достоверного различия морфометрических показателей у крыс с ЭСД и при его лечении инсулином гларгин в соответствующие сроки эксперимента. Однако гистологически в структурной организации островков поджелудочной железы отмечали значительное замедление дистрофических процессов. Таким образом, монотерапия сахарного диабета инсулином гларгин обеспечивает замедление прогрессирования и стабилизацию заболевания.

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СЕСКВИТЕРПЕНОВЫХ ЛАКТОНОВ SAUSSUREA PORCII DEGEN

Ивасюк С.Н., резидент магистратуры БГМУ

Кафедра фармацевтической ботаники и фармакогнозии (зав. каф. – профессор Захарчук О.И.)

Научный руководитель – профессор Захарчук О.И.

Цель работы: Установление антимикробной активности сесквитерпеновых лактонов с редкого растения *Saussurea porcii* Degen, культивируемой *in vitro*. Нашей задачей было установить характер влияния хлороформной смолки и индивидуальных фракций с максимальным содержанием сесквилактонов *S. porcii* на музейные штаммы микроорганизмов – *Bacillus subtilis*, *Bacillus megaterium*, *Sarcina flava*, *Corynebacterium glutamicum*. **Материал и методы исследования:** При анализе хроматограмм хлороформных смолкок *S. porcii*, культивируемых в условиях *in vitro*, нами было установлено наличие в их растительном сырье 9 фракций с *Rf*: 0.14, 0.26, 0.36, 0.48, 0.53, 0.6, 0.75, 0.9, 0.95, что за специфическим окрасом соответствуют сесквитерпеновым лактонам. Фракции с *Rf* 0,36 и 0,95 характеризовались максимальной интенсивностью окраски на хроматографии. Исходя из результатов исследования, можно предположить, что именно эти фракции, характеризующиеся высоким содержанием сесквилактонов, будут обладать максимальным биологическим действием. Поэтому следующим этапом нашей работы было определение характера влияния сесквитерпеновых лактонов *S. porcii* на микроорганизмы различных морфологических типов. Для установления антимикробной активности липофильных фракций растительного сырья нами был применен метод диффузии в агар с использованием лунок. Суммарная смолка сесквилактонов вносилась в лунки в концентрации 50, 75 и 100 мг/л в смеси 40% этанола: ДМСО (1:1). В качестве контроля использовали смесь 40% этанола и ДМСО (1:1). Для всех сред культивирования мы определяли параметры задержки роста микроорганизмов через сутки культивирования. **Результаты:** Максимальное влияние сесквилактонов в концентрации 100 мг/л отмечено на микроорганизмы *B. subtilis* и *B. megaterium*. Так, при этой концентрации сесквилактонов показано резкое увеличение диаметра зон задержки роста микроорганизмов в 5,5 и 8,2 раза соответственно. Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о сравнительно высокой чувствительности к биологически активным веществам *S. porcii* микроорганизмов *B. subtilis* и *B. megaterium*. Из изучаемых микроорганизмов более чувствительными к действию индивидуальных компонентов спектра сесквилактонов оказались *S. flava*. Для них отмечен резкий рост показателей диаметра зон задержки роста по сравнению с контрольными показателями в 4 - 6 раза. Для *S. flava* зафиксировано критическую задержку роста клеток при действии обоих индивидуальных соединений (до 17 - 22 мм). В то же время, данный показатель для *Cor. glutamicum* составляет для обеих фракций около 10 - 12 мм. Итак, оба штамма оказались чувствительными к индивидуальным компонентам спектра сесквилактонов *S. porcii*. **Выводы:** Таким образом можно предположить, что *S. porcii* содержит сесквитерпеновые лактоны, которые обладают антимикробной активностью. Биологическая роль сырья *S. porcii* в большей степени обусловлена наличием двух компонентов сесквитерпеновых лактонов с *Rf* 0,36 и 0,95, характеризующееся максимальным содержанием в растительном сырье *S. porcii*, культивируемому *in vitro*. Именно поэтому исследуемый вид растений может быть использован как потенциальный источник соединений с антибиотической активностью.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТИЗАЦИИ КОЛЛАГЕНА ИЗ СУХОЖИЛИЙ МАРАЛА

Имирова Г.Н., резидент магистратуры КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Модуль фармацевт-технолог (зав. каф.- д.фарм.н. Сакипова З.Б.)

Научный руководитель: доцент Устенова Г.О.

Цель работы: Получение коллагена из животного сырья- сухожилий марала, проведение контроля качества полученной субстанции. **Материал и методы исследования:** Материалом для получения коллагена являлись сухожилия маралов. Процесс получения состоял из стадий: подготовка и обработка сухожилий, кислотный гидролиз, гомогенизация и фильтрация коллагена, ферментативная обработка коллагена, составление серии и расфасовка, маркировка, упаковка, а также хранение. Технологический процесс производился в специальном помещении, в спецодежде, с использованием фартуков, перчаток и масок. Получение коллагена началось со стадии очистки и подготовки сухожилий, отделения от лыток, очищения от пленок, а также других прилежащих тканей. После обработки сухожилия измельчили с помощью ножа до мелких кусочков, а после в электрической мясорубке. Полученный фарш залили деминерализованной водой в соотношении 1:50, добавили концентрированную уксусную кислоту до получения 0,1 н раствора. Полученный раствор перемешивали с определенной периодичностью, после была проведена стадия гидролиза, проводимая в термостате в течение 48-72 часов при температуре 36,6°C Цельсия. Послеокончания гидролизаполученный материал перелили в емкости для гомогенизатора. Стадия гомогенизации проводилась в течении 10-15 минут при скорости 3-5 тыс. об/мин. Полученный гель отфильтровали через сетчатый материал. Часть материала, не прошедшая стадию фильтрации, возвратилась на повторный гидролиз. Полученный коллаген был отправлен на расфасовку, упаковку, маркировки далее на контроль его качества. **Результаты:** Был получен коллаген из сухожилий марала в виде однородной гелеобразной бесцветной массы, с легким запахом и легким кислым привкусом. **Выводы:** Проводится стандартизация коллагена из сухожилий марала в виде порошка согласно ГФ РК по следующим показателям: описание, идентификация, рН, сыпучесть, однородность, количественное определение и др.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН
Исламов Т.Ш., студент 212 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра судебной медицины (зав. каф. – проф. Индиаминов С.И.)
Научный руководитель: к.м.н. Исламов Ш.Э.

Определение срока заживления ран, является важным в судебно-медицинской практике. При этом необходимо учесть ряд факторов, влияющих на процесс заживления. Как известно, в настоящее время существуют три классических типа заживления: заживление первичным натяжением; заживление вторичным натяжением; заживление под струпом. **Цель работы:** Установление факторов, влияющих на процесс заживления ран. **Материал и методы исследования:** Освидетельствовано 20 живых лиц в возрасте от 10 до 60 лет с ушиблено-рваными и резаными ранами, причиненными тупыми и острыми предметами, расположенными на голове и конечностях, размерами от 1,0x1,5см до 1,5x3,5см, в амбулаторном отделе Самаркандского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы в феврале-апреле 2016г. Применяли визуальный метод, стереомикроскопии, «словесного описания», статистические. **Результаты:** Выявлено, что на заживление ран оказывают влияние следующие факторы: возраст больного; состояние питания и масса тела; наличие вторичного инфицирования раны; иммунный статус организма; состояние кровообращения в зоне поражения и организма в целом; хронические сопутствующие заболевания (заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарный диабет, злокачественные опухоли и пр.); некоторые виды терапии (приём противовоспалительных препаратов, лучевая терапия и пр.). Как известно, наибольшими репаративными возможностями обладает детский организм, у детей (8 лиц – 40,0%) в связи с преобладанием анаболических процессов, заживление различных повреждений происходит в более короткие сроки и с более благоприятным исходом. В старческом возрасте (6 лиц – 30,0%), напротив, раны склонны к длительному течению с образованием непрочных рубцов. Снижение массы тела, кахексия (3 лиц – 15,0%) ведут к нарушению обменных процессов и затрудняют нормальное заживление ран, так как организму крайне необходимы источники энергии и пластический материал. У больных, имеющих избыток подкожной жировой клетчатки (5 лиц – 25,0%), чаще возникают осложнения раневого процесса, так как жировая клетчатка имеет значительно худшее кровоснабжение, чем другие ткани, меньшую сопротивляемость к развитию инфекции. Возникновение нагноения раны существенно удлиняет сроки и ухудшает результат заживления. Повышенному риску развития инфекционных осложнений подвержены пациенты с ослабленным иммунным фоном после перенесённых инфекционных заболеваний (3 лиц – 15,0%). Важное значение имеет интенсивность кровообращения в зоне повреждения. Снижение перфузии тканей в результате нарушения системной гемодинамики или вследствие поражения магистральных сосудов в области повреждения (атеросклеротическое сужение или закупорка артерии, венозный тромбоз и пр.) существенно замедляет течение всех фаз раневого процесса и способствует развитию осложнений. Хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем (6 лиц – 30,0%) оказывают влияние на оксигенацию и обеспечение питательными веществами местных тканей и всего организма. При недостаточности этих систем (например, при бронхиальной астме, пневмонии, эмфиземе и других хронических заболеваниях лёгких; артериальной гипертензии, распространённом атеросклерозе и др.) нарушается синтез необходимых белков и углеводов, энергетический обмен, замедляются процессы репарации. При сахарном диабете (3 лиц – 15,0%), кроме развития микро- и макроангиопатии, страдает углеводный обмен в тканях, возникают нарушения иммунитета, течение раневого процесса. Замедление раневого процесса вызывают глюкокортикоиды, нестероиды, лучевая терапия, вызывающие облитерацию мелких сосудов дермы, что приводит к местной ишемии тканей. **Выводы:** Таким образом, заживление ран зависит от ряда факторов, в частности характер ранения, степени развития микрофлоры, особенностей нарушения иммунного ответа и др., которые необходимо учитывать при производстве судебно-медицинских экспертиз.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ЗАЩИТА ПРИ ЛЕГОЧНЫХ МИКОЗАХ

Исламова З.Б., Балаян Э.В., Джуманова Н.Э., Мамурова Г.Н., асс. СамМИ
Кафедра медицинской биологии и генетики (зав. каф. - доцент Вахидова А.М.)
Научный руководитель: доцент Мухитдинов Ш.М.

Цель работы: Как известно, воспалительный процесс в легких определяется вирулентностью, длительностью персистенции возбудителя и иммунным статусом организма. Нельзя рассматривать отдельно инфекцию и макроорганизм, так как любой инфекционный процесс представляет собой цепь сложных реакций, протекающих между инфекционным началом и макроорганизмом. Иммунология легочных микозов является еще малоизученным разделом иммунологии, и многие проявления и механизмы иммунного ответа либо совсем не изучены, либо находятся в стадии изучения. Инфекции, вызываемая патогенным грибом, почти всегда сопровождается иммунным ответом больного, который поддается определению. Как и все остальные микроорганизмы, грибы иммуногены, причем степень, продолжительность и характер иммунного ответа зависят от вирулентности гриба, степени его инвазии и длительности периода персистенции в организме больного. **Методы и результаты исследования:** Определение состояния специфических и неспецифических реакций организма, при развитии клинически выраженного заболевания. Неспецифические механизмы защиты, представленные непроницаемостью кожных и слизистых покровов для большинства микробов и способностью нейтрофилов к фагоцитозу. Фагоцитоз одноклеточного возбудителя, осуществляемый поли-морфоядерными лейкоцитами, мононуклеарными макрофагами, составляет первую линию защиты макроорганизма от внедрившегося инфекционного агента. Фагоцитоз, являясь филогенетически более древним, созревает и участвует в защитно-приспособительных реакциях, опережая иммунные факторы и берет на себя основную функцию защиты до окончательного созревания более совершенных иммунных механизмов, что имеет важное значение у детей раннего возраста. Фагоцитоз играет важную роль при грибковых поражениях, в частности, при кандидозе, аспергиллезе, мукомикозе. Альвеолярные макрофаги, хотя и захватывали клетки *S. albicans*, не могли их разрушать и через 12 часов 40%, макрофагов погибало вследствие того, что большинство клеток *Candida* пенетрировали фагоцитирующие клетки макрофагов, что приводило к их разрушению. Способность развивать иммунный ответ не является общим свойством всего организма. Иммунную функцию выполняет специальная система клеток, тканей и органов, обладавшая уникальной способностью вырабатывать сугубо специфические молекулы антител. Глубина и прочность иммунной защиты во многом определяется иммунной активностью к природой грибковых антигенов. В силу большого разнообразия возбудителей легочных микозов, их биологических особенностей, антигенных свойств, химического состава существуют большие затруднения в отношениях антигенов, Антигенные свойства у многих патогенных грибов носят групповой характер: положительные серологические реакции отмечены не только с антигенами их возбудителей данного заболевания, но и родственных грибов. **Выводы:** Таким образом, фагоцитоз многих грибов носит незавершенный характер, нередко грибы сами разрушают фагоциты, что приводит к угнетению развития иммунного ответа. А поскольку у детей фагоцитоз, являясь очень лабильным, быстро ис-

тощаается, все это обуславливает возможность дальнейшего размножения грибов, проникновение их в кровь и диссеминацию по всему организму. И данные литературы свидетельствуют о том, что иммунологическое исследование легочных микозов находится на стадии изучения, а некоторые вопросы почти не изучены, особенно отсутствуют данные исследований, проведенных у детей. В связи с этим чрезвычайно важно не только расширение знаний о регуляции иммунной системы при микозах, но также разработка рациональной терапии для коррекции иммунных нарушений.

ПОРАЖЕНИЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ И ОЖОГОВОГО ШОКА

Кадиркулов Ш.У., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф.- профессор Индияминов С.И.)

Научный руководитель: Расулова М.Р.

Отравление угарным газом является наиболее частой в практической деятельности судебно-медицинского эксперта. Особую актуальность приобретает данная проблема при сочетании отравления угарным газом с термической травмой. **Цель работы:** Выявление особенностей морфологических изменений коры головного мозга при смерти от острого отравления СО и ожогового шока. **Материал и методы исследования:** Исследовали головной мозг 52 трупов лиц, погибших от острого отравления СО и 10 трупов лиц погибших от ожогового шока на месте происшествия. Возраст пострадавших от 17 до 65 лет. **Результаты:** Кровенаполнение ткани мозга не имело существенных различий в зависимости от причины смерти, однако следует отметить, что полнокровие ее наблюдалось не всегда. В 16% случаев отравления СО и 30% случаев ожогового шока кровенаполнение мозга было умеренным. Стазы в капиллярах отмечались во всех случаях обеих групп, гиалиновые тромбы были более типичны для отравления СО (56%), чем для шока (30%). Диапедезные кровоизлияния в веществе мозга тоже чаще встречались при отравлении СО, чем при ожоговом шоке (соответственно в 38% и 10%, $p<0,05$). Фибриноидный некроз сосудов наблюдался только при отравлении СО в двух наблюдениях. Во всех случаях в обеих группах в области коры имелся периваскулярный и периделлоулярный отек. Однако у 20% погибших от отравления СО коллоидный отек был выражен очень резко, что способствовало деструкции вещества мозга вокруг сосудов и образованию острых округлых микрокист с неровными стенками, имеющих тенденцию к слиянию. При ожоговом шоке подобная картина не наблюдалась ($p<0,05$). В 36% отравлений СО микрокисты вещества мозга в области коры появлялись в виде округлых очагов отека, где ткань мозга изменяла свои тинкториальные свойства, при окрашивании гематоксилином и эозином проявлялась базофилия. Отек в области этих очагов нарастал и приводил к разрушению ткани. Различие состояло лишь в их соотношении и выраженности. Преобладание острого набухания над другими формами дистрофий отмечалось в 14% при отравлении СО и в 50% - при ожоговом шоке ($p<0,05$). Соответственно, выраженный хроматолит встречался при отравлении СО и термической травме соответственно в 44% и 70% случаев; кариолиз (тяжелые изменения) - в 30% и 60%; цитолиз (образование клеток-теней) - в 28% и 50%. Гиперхромные (ишемические) изменения в 16% наблюдений отравления СО практически отсутствовали, тогда как при смерти от ожогового шока они всегда наблюдались в заметном количестве ($p<0,05$). Выраженный кариопикноз обнаруживался в 50% случаев термической травмы и только в 10% отравлений СО ($p<0,05$). Сморщенные (пикноморфные) нейроны обнаруживались только при ожоговом шоке в 70% случаев ($p<0,05$). Сателлитоз обнаруживался в обеих группах примерно с равной частотой - в каждом втором случае, выраженная нейронофагия выявлялась только при отравлениях СО в 10%. **Выводы:** Таким образом, признаки, характерные для отравления СО включают, особенности гемодинамики: отсутствие шоковой перестройки кровотока, фибриноидный некроз сосудов, деструктивный отек, очаги базофильной дегенерации вещества коры и образование острых микрокист, которые представляют собой раннюю стадию некрозов ядер и выявляются микроскопически только при поздней смерти от отравления СО. В нервных клетках при ожоговом шоке преобладают их острое набухание, а гиперхромные и сморщенные нейроны практически отсутствуют, что, говорит об обратимом функциональном истощении нервных клеток.

ЭТНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Калдыбай Д.Н., студент 13-001-1К общественного здравоохранения КазНМУ им. Асфендиярова С.Д.

Кафедра гигиена труда (зав. каф. - проф. Тогузбаева К.К.)

Научный руководитель: проф. Тогузбаева К.К.

Этнографические особенности дополняют картину социального здоровья сельского населения. В последние десятилетия во всем мире растет научный интерес к изучению вопросов влияния национальных традиций и обычаев, быта на здоровье населения. **Цель работы:** Целью явилось изучение влияния этнографических и социально - гигиенических факторов на состояние здоровья сельского населения. **Материал и методы исследования:** Были проведены интервью ключевых лиц и населения исследуемых населенных пунктов. Проведена работа по коллективному видео. В ходе полевых исследований была проведена серия обучающих семинаров для разных групп сельского населения по освоению методики коллективного видео. **Результаты:** Анализ данных анкетирования, в части употребления алкоголя и курения выявил некоторую связь наличия и силы этих вредных привычек этнической принадлежностью. Установлено что среди русской и казахской этногруппы наличие вредных привычек наиболее высокое и составляет 56%, а среди турок и уйгуров наиболее низкое 42%. Данные соотношение лиц, курящих, бросивших курить и никогда не куривших, в зависимости от этнической принадлежности показывают, что самая высокая доля некурящих, равная 56%, найдено среди лиц уйгурской этногруппы и группы других этносов, самая низкая, в 42% - среди лиц казахской этнической принадлежности. В турецкой и уйгурской этнических группах процент курящих сельчан составила 34 и 36% соответственно. Данные опроса показали, что существует этнические и гендерные различия на физическую активность населения. Так показатель низкой физической активности зафиксирован среди женщин казашек и турчанок (25,4% и 20,2%) против женщин русской и другой этногруппы (11,3% и 13,2%). В результате проведенных фотоснимков и видео - интервью с жителями разных национальностей и возрастных групп выявлено, что они по - разному оценивают те или иные факторы, образы жизни. **Выводы:** Таким образом, анализ данных анкетирования, в части употребления алкоголя выявил некоторую связь наличия и силы этой вредной привычки с этнической принадлежностью. Вероятно, это объясняется культурными традициями русского народа в целом, особым местом алкогольных напитков в национальном меню. Относительно высокий процент употребления алкоголя и курения у лиц казахской этнической группы, по данным опроса, по видимому являются следствием высокой толерантности казахского этноса к религии, и к исламу, в частности. В противоположность последнему, уйгурский и турецкий народы отличаются высокой религиозностью и является строгими приверженцами ислама, запрещающего употребление алкогольных напитков и курения.

ХАРАКТЕР КОЛОТО-РЕЗАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Камалов Т.М., студент 506 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. – профессор Индияминов С.И.)

Научный руководитель: старший преподаватель, к.м.н. Исламов Ш.Э.

При нанесении повреждений острыми предметами, наиболее часто применяются объекты-предметы бытового или производственного назначения, а также оружия специального предназначения или же случайные острые предметы. **Цель работы:** Установление характерных признаков колото-резанных повреждений в зависимости от их локализации на теле. **Материал и методы исследования:** В качестве материала изучены 60 заключений судебно-медицинских экспертиз трупов, проведенных в Самаркандском областном Бюро СМЭ в 2014-2015гг. Наряду с общепринятыми применялись специальные методы исследования медико-криминалистического отдела (стереомикроскопический, метод графического изображения). **Результаты:** При анализе результатов исследования кожных лоскутов по локализации повреждения выявлено, что колото-резанные повреждения наиболее часто локализируются в области груди 25 (41,7%), меньше в шейной 9 (15%), реже в верхней 8 (13,3%) и нижней конечностях 6 (10%), в области живота 6 (10%) и поясничной области 6 (10%). В частности колото-резанные раны располагались чаще на наружной поверхности средней трети плеча, в косо-поперечном направлении относительно оси тела, часто линейной, реже линейно-овальной формы. При этом на конечностях они имели зияющий характер, из-за сокращения хорошо развитых мышц в зависимости от развития подкожно-жировой клетчатки и глубины погружения клинка. Края их ровные, поверхность стенок имеет гладкую поверхность, концы с одной стороны – острые, с другой стороны Г-, П-образные. При их расположении над и между линиями Лангера, они имеют одинаковую полуоткрытую форму; а расположенные горизонтально относительно линии Лангера, имеют овальную форму, края открытые. Наряду с этим наблюдалась их взаимосвязь с расположением и направлением находящихся в этой области мышц. Раны в области груди расположенные над линиями Лангера имели линейную форму, а расположенные между ними овальную, с ровными краями, гладкой поверхностью стенок, острыми концами с одной стороны, П-образными – с другой (противоположной) стороны. Раны, расположенные в области живота, из-за большого расстояния между линиями Лангера, имеют более выраженную овальную форму с ровными краями, стенки гладкую поверхность, концы остроугольную форму – с одной стороны, М-образную – с другой стороны. **Выводы:** Выявленные морфологические и метрические свойства колото-резанных ран кожи, свидетельствуют о зависимости их от локализации на теле человека, расположения линий Лангера и конструктивных особенностей орудия.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО БИОПСИЯМ

Камбаров Ё., студент 308 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. курсом - доцент Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель: асс. Амонова Г.У.

Цель работы: Новообразования молочной железы является одним из распространенных патологий в Узбекистане. Среди женщин фертильного возраста по частоте распространения они являются лидирующими. Целенаправленный анализ отдельных форм новообразований молочной железы в регионе может послужить подспорьем в решении вопросов ранней диагностики и планировании мероприятий в борьбе с ним. Мы изучили частоту распространения и эпидемиологических особенностей новообразований молочной железы по биопсийным материалам клиники СамМИ, за последнее 5 лет. **Материал и методы исследования:** Материалом для анализа послужили биопсии от 147 больных в возрасте 31-67 лет. Основная масса больных были в возрасте 31-49 года (129 женщин). Срезы окрашивались гематоксилин – эозином. **Результаты:** По результатом биопсии в наибольшем количестве - у 78 больных (53,2%), выявлены различные формы кистозной мастопатии. У 35 больных (23,7%) установлена периканаликулярная и интраканаликулярная фиброаденома. У 34 больных (23,1%) по биопсиям выставлены разные формы рака молочной железы. Структура и морфология рака была чрезвычайно разнообразной. Полиморфизм клеток был манифестирующим при неинфильтрирующих формах рака. В 21 случае диагностирована инфильтрирующая форма внутрипротокового угревидного рака, сосочковая цистаденокарцинома и внутрипротоковый криброзный рак. В 13 случаях распознана неинфильтрирующая карцинома в виде солидного и железистого рака и внутриэпидермальный рак соска (болезнь Педжета). Изучение анамнеза показало, что внутрипротоковый угревидный рак чаще всего развивался на фоне пролиферирующей мастопатии и у 5 незамужних женщин. У 32 женщин новообразования молочной железы сочетались с миомой матки. Неинфильтрирующий рак чаще отмечено в возрасте 31-42, а инфильтрирующий рак – 35-49 летних. **Выводы:** Проведенный анализ эпидемиологических особенностей новообразований молочной железы показало, что в больше половине случаев (78 больных) наблюдалась мастопатия, у четвертой части больных распознаны фиброаденомы и рак молочной железы. Сравнительно чаще отмечена инфильтрирующая форма рака, что является показателем запущенности опухолевого роста и с возможностью наличия метастазов. В наших наблюдениях внутрипротоковый угревидный рак чаще развивался на фоне пролиферирующей мастопатии.

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У КРЫС ЛИНИИ SHR

Кравцова Н.Ю., ассистент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии ЗГМУ

Кафедра патологической физиологии (зав. каф. - проф. Колесник Ю.М.)

Научный руководитель: профессор Ганчева О.В.

Цель работы: Определить параметры биохимических показателей углеводного и липидного гомеостаза у гипертензивных крыс линии SHR. **Материал и методы исследования:** Исследование проведено на 20 самцах крыс линии Wistar и 47 крысах линии SHR возрастом 5-6 мес. Систолическое артериальное давление (АД) измеряли на хвостовой артерии тонометром с модифицированной манжетой. Инсулин и лептин в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью наборов производства DRG (США), а концентрацию глюкозы - глюкозоксидазным методом. Тест толерантности к глюкозе проводили однократным внутрибрюшинным введением глюкозы в дозе 2 г на 1 кг массы животного. Концентрацию липидов, триглицеридов и холестерина определяли с помощью наборов производства Lachema (Чехия) на спектрофотометре Libra S32PC (Biochrome, Великобритания). Полученные данные обрабатывали пакетом статистических программ, для оценки достоверности различий в группах применяли t-критерий Стьюдента. **Результаты:** Определение уровня гликемии натощак, после предварительного 16-часовой пищевой депривации, показало, что исследуемую группу крыс линии SHR можно разделить на три примерно равные группы: животные с нормогликемией (n=15, 32%), с нарушенной толерантностью к глюкозе (n=18, 38%) и с гипергликемией (n=14, 30%). У нормогликемических крыс

линии SHR масса тела не отличалась от таковой у крыс линии Wistar, а показатели АД были на 48% выше (155,7±0,9 мм рт. ст.), чем у нормотензивных крыс линии Wistar (105,0±1,1 мм рт. ст.). Вместе с тем, концентрация глюкозы и инсулина в крови у нормогликемических крыс линии SHR была на 10,9% и 27,7%, соответственно, выше, чем у нормотензивных крыс линии Wistar, и это приводило к повышению у них индекса инсулинорезистентности НОМА-IR до верхней границы нормы. Проведение теста толерантности к глюкозе у этих животных показало существенное его изменение по сравнению с нормотензивными крысами линии Wistar: пик гликемии достигал позже (к 30-й минуте) и значительно превышал порог почечной реабсорбции; на 90-й минуте теста показатели гликемии не достигали нормогликемического диапазона. Следовательно, эугликемические показатели глюкозы натощак у крыс линии SHR нельзя рассматривать как показатель физиологического состояния углеводного гомеостаза. Кроме того, у нормогликемических крыс линии SHR отмечались более высокие показатели концентрации в крови липидов, триглицеридов и холестерина, что в определенной мере отражает наличие метаболических нарушений, ранее отмеченное в работах. **Выводы:** У гипертензивных крыс линии SHR наблюдаются признаки инсулинорезистентности на фоне как нормо-, так и гипергликемии. Гипертензивные крысы линии SHR характеризуются нарушением показателей углеводного и липидного гомеостаза, характерных для сахарного диабета 2-го типа.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТУДЕНТОВ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННЫХ СТАФИЛОКОККОВ

Кувандикова Х., Тангиров А., студенты 211 группы леч. фак. СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. каф. - доц. Вохидова А.М.)

Научные руководители: Шайкулов Х.Ш., Сабирова Д.Ш.

Цель работы: Целью нашего исследования являлось проверка на носительство патогенных стафилококков у студентов Медицинского института. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в марте 2016 г у студентов 2 курса лечебного факультета СамМИ. Обследовано 13 студентов в возрасте от 17 - 22 лет. Стерильным тампоном материал взят из носоглотки, из зева и из кожи рук студентов. Взятый материал засеяли на 5% кровяной агар и сахарный агар. У всех выделенных чистых культур стафилококков изучали морфологические, культуральные, гемолитические и биохимические свойства, а также продукцию фермента патогенности – плазмакоагулазы. Всего у обследованных лиц выделено и изучено 20 штаммов стафилококков. У всех выделенных культур стафилококков проверялись наличие фермента плазмакоагулазы. Для этого стафилококковую культуру пересеяли на плазму крови и пробирки с посевом поставили в термостат на 2-3 часа при 37° С. Кроме того все штаммы стафилококков пересеяли также на среду Гисса для изучения биохимических свойств и поставили на 18 часов в термостат при 37° С. **Результаты:** Все изученные штаммы коагулировали плазму крови и были маннитположительными, то есть разлагали маннит с кислотообразованием. У 9 обследованных выделено гемолитические стафилококки в чистой культуре. Все выделенные штаммы стафилококков выделенные из кожи рук и из зева были патогенными – они давали гемолиз на кровяном агаре, разлагали маннит и продуцировали ферменты плазмакоагулазы. **Выводы:** Таким образом, среди студентов выявлено носители патогенных стафилококков, они возможно могут быть источником инфекции гнойно - воспалительных процессов, так как они проводят занятие и в хирургическом отделении.

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ССАДИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Куралин И.С., студент 310 группы пед. факультета СамМИ

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

Научный руководитель: старший преподаватель, к.м.н Исламов Ш.Э.

Установление давности образования повреждений является одним из основных вопросов при проведении судебно-медицинских исследований. Однако, сроки заживления ссадин могут сильно различаться в зависимости от глубины повреждения и его размера, от локализации (интенсивности кровоснабжения областей тела), возраста, состояния иммунной системы, сопутствующих повреждений. **Цель работы:** Определение срока заживления ссадин при различной локализации в зависимости от их глубины. **Материал и методы исследования:** Обследовано 20 живых лиц в амбулаторном отделе Самаркандского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы в феврале-апреле 2016г. Применяли визуальный метод, стереомикроскопии, «словесного описания», статистические. **Результаты:** При освидетельствовании различали поверхностные и глубокие ссадины. В поверхностной ссадине отсутствуют верхние и частично средние слои эпидермиса или полностью верхние, средние и частично ростковый (базальный) слои; последний обычно сохраняется в углублении между сосочками собственно кожи. На поверхности поверхностной ссадины наблюдается скопление лимфы. Последняя смешивается с частицами разрушенного эпидермиса и посторонними включениями и быстро подсыхает, образуя тонкую розовую корочку. В глубокой ссадине отсутствует либо весь эпидермис с вершинами сосочков, либо и верхние слои дермы. В таких случаях наблюдается массивное скопление крови и лимфы на поверхности ссадины. Смешиваясь с остатками разрушенного эпидермиса и посторонними частицами, кровь свертывается, образуя вначале влажную, а затем подсыхающую корочку красного цвета. При нормальном течении все ссадины к концу первых суток после их возникновения покрыты корочками, на вторые сутки - поверхность ссадин приподнимается над неповрежденной кожей. Установлено, что ссадины не возвышались над поверхностью на лице, верхних конечностях (поверхностные 1-2 сутки, глубокие 1-3), нижних конечностях (поверхностные 1-2 сутки, глубокие 1-5); ссадины возвышались над поверхностью на лице (поверхностные 2-5 сутки, глубокие 2-8), верхних конечностях (поверхностные 2-6 сутки, глубокие 2-10), нижних конечностях (поверхностные 2-7 сутки, глубокие 2-12); края корочки приподняты на лице (поверхностные 5-6 сутки, глубокие 6-9), верхних конечностях (поверхностные 6-8 сутки, глубокие 6-15), нижних конечностях (поверхностные 5-8 сутки, глубокие 6-15); корочка частично отпала на лице (поверхностные 6-8 сутки, глубокие 7-15), верхних конечностях (поверхностные 7-12 сутки, глубокие 11-18), нижних конечностях (поверхностные 7-12 сутки, глубокие 11-12); корочка полностью отпала на лице (поверхностные 7-11 сутки, глубокие 12-18), верхних конечностях (поверхностные 9-13 сутки, глубокие 16-23), нижних конечностях (поверхностные 8-13 сутки, глубокие 15-24); следы ссадин выявлялись на лице (поверхностные, глубокие до 30 суток), верхних конечностях (поверхностные, глубокие до 50 суток), нижних конечностях (поверхностные, глубокие до 120-150 суток). **Выводы:** Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что на различных участках тела сроки заживления поверхностных и глубоких ссадин различны, что необходимо учитывать при освидетельствовании живых лиц в процессе проведения судебно-медицинских исследований по установлению давности повреждений.

МОРФОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ

Курбаниязова Ф.З., студент 213 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф. - к.м.н., доцент Хусанов Э.У.)
Научный руководитель: ассистент Коржавов Ш.О.

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. **Цель работы:** Изучение морфометрических характеристик печени в зависимости от телосложения, пола и типа строения воротной вены. **Материал и методы исследования:** 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 ТТЦ 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:** Установлено, что толщина правой доли печени у мужчин с долихоморфным телосложением была $126,67 \pm 13,14$ мм при $p < 0,01$, с мезоморфным - $130,9 \pm 9,93$ мм при $p < 0,001$ и с брахиморфным - $123,9 \pm 5,86$ мм при $p < 0,001$. У женщин этот показатель составил: $136 \pm 9,58$ мм при $p < 0,001$, $123,73 \pm 7,68$ мм при $p < 0,001$ мм и $122,55 \pm 5,32$ мм при $p < 0,001$ соответственно. Толщина левой доли печени у мужчин с долихоморфным телосложением была $85,8 \pm 17,9$ мм при $p < 0,05$, с мезоморфным - $89,3 \pm 13,37$ мм при $p < 0,05$ и с брахиморфным - $82,5 \pm 11,56$ мм при $p < 0,05$. Толщина левой доли у женщин составила $87,4 \pm 19,39$ мм при $p < 0,05$, $85,7 \pm 12,67$ мм при $p < 0,05$ и $78,3 \pm 9,68$ мм при $p < 0,05$ соответственно. **Выводы:** Таким образом, установлено, что в группе мужчин во всех выделенных группах размеры печени были больше, чем у женщин.

ПРЯМАЯ ГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ НЕЙРОРЕГЕНЕРАЦИИ В ЦНС

Лисюков А.Н., асс, Исаев Д.Ю., аспирант, Фадеев Ф.О., студент группы 1601 леч. факультета,
Соколов М.Е., аспирант кафедры ОХТА КазГМУ
Кафедра медицинской биологии и генетики (зав. каф. - профессор Исламов Р.Р.)
Научные руководители: проф. Исламов Р.Р., доц. Баширов Ф.В.

Проблема терапии нейродегенеративных заболеваний, ишемических инсультов и нейротравм остаётся одной из актуальных в фундаментальной и практической медицине. Эти состояния сопровождаются гибелью нейронов, дегенерацией аксонов и нарушением функции иннервируемой ткани-мишени. Больные получают симптоматическое лечение, которое существенно не повышает качество жизни и не продлевает ее продолжительность. Повышение эффективности нейрорегенерации связывают с применением современных молекулярно-генетических подходов. **Цель работы:** Разработка протокола генной терапии для преодоления последствий нейродегенерации и стимулирования нейрорегенерации в ЦНС на модели контузионной травмы спинного мозга у крыс. **Материал и методы исследования:** Дозированную контузионную травму спинного мозга проводили после ламинэктомии на уровне Т8-Т9 с помощью вертикально падающего стержня весом 10 г с высоты 2,5 см (Лебедев и др. 2008). Через 4 часа после травмы крысам интратекально вводили аденовирусный вектор (10^7 в 20 мкл), кодирующий репортерный зеленый флюоресцентный белок (GFP). На 2, 4, 7, 14, 21 и 30 сутки после операции животных выводили из эксперимента. Спинной мозг фиксировали в формалине, пропитывали сахарозой и готовили криостатные срезы для конфокальной микроскопии с целью определения наличия специфического свечения GFP. **Результаты:** Исследование показало, что на всех сроках после травмы экспрессия GFP обнаруживается как роstralнее, так и каудальнее травмы на 0,2-0,3 мм. Данный факт свидетельствует об эффективности трансдукции клеток спинного мозга и продолжительности экспрессии гена GFP. **Выводы:** Таким образом, нами установлено, что методика интратекального введения аденовирусного вектора, несущего рекомбинантный репортерный ген, является эффективной и может быть применена в наших дальнейших исследованиях для стимулирования посттравматической регенерации спинного мозга с помощью аденовирусных векторов, кодирующих терапевтические молекулы-стимуляторы нейрорегенерации.

СВЯЗЬ МЕЖДУ TLR-5 И ОЖИРЕНИЕМ

Лукьянова Е.М., студентка 6 курса 2 группы I медицинского факультета ХНМУ
Кафедра внутренней медицины №1 (зав. каф. - профессор Бабак О.Я.)
Научный руководитель: к.м.н., доц. Супрун С.А.

Люди с ожирением часто страдают сахарным диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, такими как: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, стенокардия. **Цель работы:** Изучение роли TLR5 в развитии ожирения и факторов, приводящих к дефициту этих рецепторов. **Материал и методы исследования:** Изучение данной проблемы проводилось на основании анализа данных исследований зарубежных лабораторий. **Результаты:** В эксперименте Andrew T. Gewirtz и др. (2010) у мышей, удаление гена, отвечающего за TLR5 (TLR5KO1), привело к изменению микрофлоры кишечника и развитию метаболического синдрома. Избыточная активация TLR 5, связывающегося с флагеллином грамотрицательных бактерий в эпителиальных клетках интерстиция, приводит к выработке IL-8, воспалительного белка макрофагов 3а и к регуляторному дисбалансу, что характерно для аутоиммунных, хронических воспалительных и инфекционных заболеваний. К избыточной активации паттерн-рецепторов в кишечнике приводит нарушение биоценоза. Исследование A.Schwartz микробиоты 98 человек по данным ПЦР выявило тенденцию к увеличению *Bacteroidetes* (граммотрицательных) у людей с избыточной массой тела, а в работе Шварца В.Я. указывалось, что увеличение потребления калорий от 2400 до 3400 ккал/сут у людей с и без ожирения приводило к 20%-ому увеличению количества *Firmicutes* (грамположительных). По данным Shen J, чрезмерное питание, употребление жирной пищи приводит к изменению микробиоты кишечника и способствует дисбиозу, приводящему к ожирению. Также в работах Лазебника Л.Б., Конева Ю.В. у лиц с ожирением пищеварительная деятельность кишечной микрофлоры выше, развивается хроническое воспаление, повышается кишечная проницаемость, увеличивается извлечение энергии из пищи. Willa Hsueh утверждает, что чрезмерное поступление в кровоток питательных веществ увеличивает синтез лептина, который в свою очередь приводит к развитию

хронического воспаления в жировой ткани, ее гипертрофии и синтезу липидов печенью. По данным этих работ, можно предположить, что дисбиоз кишечника, прием жирной пищи, воспаление кишечной стенки приводит к дефициту TLR5, в результате нарушается связывание рецепторов с бактериальными флагеллинами, избыточная выработка бактериальных токсинов, ферментов, поступление избытка питательных веществ в кровь, трансформирующиеся в жиры и откладывающиеся в адипоцитах, приводит к синтезу лептина и активации синтеза белков HLA-II. Развивается хроническое воспаление в жировой ткани, ее гипертрофия и увеличенный синтез липидов печенью, что приводит к ожирению. Данных о факторах, влияющих на ген 1, отвечающий за синтез TLR5, не найдено. Однако, WeiZhang, RileyHartmann (7.03.2016) в своих работах показали, что существует выраженное повышение Firmicutes в кишечнике обоих TLR5KO2 (мыши, лишённые TLR5 рецепторов) (88,13%) и WT (мышь дикого типа) (88,36%), а также соотношение Firmicutes / Bacteroides, что может привести к развитию резистентности к инсулину у обоих TLR5KO2 и WT мышей без существенной разницы между генотипами. Данные результаты показывают, что изменение состава микробиоты может привести к метаболическому синдрому, но это не является следствием TLR5 дефицита как такового. **Выводы:** Результаты исследований о роли TLR5 в развитии ожирения – противоречивы. Поэтому необходимо дальнейшее изучение данной проблемы для установления правильной гипотезы.

ПРАВИЛА СБОРА И ЗАГОТОВКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ КОРОВЬЯКА ДЖУНГАРСКОГО (VERBASCUMSONGARICUMSCHRENK)

Махатова Б.Г., докторант 3 курса фарм. фак. КазНМУ имени Асфендиярова С.Д.

Модуль «Фармацевт технолог» (зав. каф. – д.фарм.н. Сакипова З.Б.)

Научный руководитель: д.фарм.н., профессор Датхаев У.М.

Цель работы: Разработка технологии сбора, способа сушки и условий хранения лекарственного растительного сырья Коровьяка джунгарского. **Материал и методы исследования:** Сбор и заготовку сырья Коровьяка джунгарского летний период 2014 г. в фазах бутонизации, цветения и плодоношения в Южно-Казахстанской области. Заготавливали сырье, срезаая надземную часть растения на высоте 5-10 см от земли. Сушка проводилась в тени при температуре окружающей среды $28 \pm 5^\circ\text{C}$, траву раскладывали слоями и периодически переворачивали. Готовность высушенного сырья определяли по характерному треску при изломе. Собранное сырьё контролировали на содержание таких примесей как твердые частицы почвы, грязь, пыль, насекомые. Спектрофотометрическим методом было проведено изучение суммы биологически активных веществ (БАВ) – фенольных соединений в различных частях травы и в разные периоды вегетации. **Результаты:** Нами было проведено исследование динамики накопления БАВ коровьяка джунгарского в разные периоды вегетации в листьях, цветках, стеблях, корнях и траве. В результате чего было установлено, что наибольшее содержание суммы биологически активных веществ наблюдается в траве коровьяка джунгарского в период цветения. **Выводы:** На основании результатов изучения динамики накопления фенольных соединений в различных фазах вегетации установлено оптимальный период сбора сырья Коровьяка джунгарского – месяцы май-июнь.

АНАЛИЗ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ОСТАТОЧНЫМИ КОЛИЧЕСТВАМИ СОВРЕМЕННЫХ ПЕСТИЦИДОВ В РЯДЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Мейирман А.С., Тогузбаева К.К., Оракбай Л.Ж., Ходжахметова А. ассистенты, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

Кафедра гигиены труда (зав. каф. – профессор Тогузбаева К.К.)

Научный руководитель: профессор Тогузбаева К.К.

Цель работы: Анализ эффективности и оптимизация гигиенического мониторинга за содержанием современных приоритетных пестицидов в продуктах питания и объектах окружающей среды. **Материал и методы исследования:** Нами были произведены анализы отобранных проб методом ВЭЖХ. Во время экспедиции в Акмолинскую и Северо-Казахстанскую области было отобрано 175 проб, в том числе: 98 проб почвы, 22 пробы воды, 50 проб зеленой массы зерновых (стебель и колос), а также получено 5 проб зерна нового урожая. Установлен список применяемых пестицидов: Секатор-турбо, Пума-супер-100, Пума-супер-75, Агростимулин, Кристанол, Фенизан ВР, Овсюген-экстра, Арбалет, Дикамин, Игл, Фалькон, Конфидор, Раксил-ультра, Тебу-60, Премикс-2.5. **Результаты:** Всего было отобрано и проанализировано методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) 98 проб почвы. В 29-и из них были найдены остаточные количества д.в. 2,4-Д (ПДК \ ОДК в почве 0,1 мг/кг). В 24-х из них содержание д.в. 2,4-Д было крайне мало, т.е. на 2-3 порядка ниже предельно допустимого уровня. **Выводы:** Таким образом, на основании полученных результатов анализа отобранных проб воды, почвы с полей зерновых и зеленых растений установлено, что остаточные количества примененных пестицидов присутствуют практически во всех исследуемых пробах. Однако, как правило, концентрация их значительно ниже ПДК. Исключение составляет непропорционально большие значения, полученные при анализе нескольких проб, что, по всей видимости, связано с несоблюдением правил безопасности при работе с ядохимикатами при их применении. В целом же, проведенный анализ загрязнения объектов окружающей среды (вода, почва, растения) исследуемых районов Акмолинской и Северо-Казахстанской областей по результатам обработки отобранных проб позволил сделать предварительное общее заключение, что имеет место загрязнение современными пестицидами, при этом малые концентрации последних могут оказать негативное влияние на состояние здоровья населения постоянно проживающего в данных регионах. Обработка пестицидами сельскохозяйственных насаждений при помощи авиатранспорта или распылителей приводит к загрязненности остаточными количествами пестицидов воздуха рабочей зоны и их попаданию в организм через дыхательные пути. Последнее может быть причиной развития как острых отравлений, так и, при длительном контакте, развития различных хронических заболеваний организма.

ЛИЗОЦИМНАЯ АКТИВНОСТЬ ВЫДЕЛЕННЫХ МОЛОЧНОКИСЛЫХ КУЛЬТУР РОДА LACTOBACILLUS SPP. ИЗ ЗАКВАСОК ПРИМЕНЯЕМЫХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мергазина М., студентка 2-021 группы, Кабыкай Е., студент 2-040 группы КГМУ

Кафедра микробиологии (зав. каф. – к.м.н., доцент Ахметова С.Б.)

Научные руководитель: доцент Ахметова С.Б.

Цель работы: Выделение, изучение и сравнение биологических свойств молочнокислых культур рода *Lactobacillus* spp. из заквасок (айран), применяемых в сельской местности Карагандинской области (Каркаралинский р-н, село Коктас, Актогайский р-н, село Актогай) (исследование in vitro). **Материал и методы исследования:** В работе были использованы

общепринятые микробиологические методики. Было исследовано 48 образцов закваски сельской местности Карагандинской области и в конечном итоге позволило выделить культуры бактерий родов *Lactobacillus*. К сожалению, не все штаммы сохранили жизнеспособность и основные свойства при культивировании *in vitro*. Из 48 выделенных штаммов только два, под условными шифром GA1 и TA1 подверглись дальнейшему исследованию. Определение принадлежности выделенных бактерий к роду *Lactobacillus* проводили по ГОСТ 10444.11-89 «Продукты пищевые. Методы обнаружения молочнокислых микроорганизмов» по отношению к окраске по Граму, подвижности, наличию каталазы и принципу сбраживания различных видов углеводов. Лизоцимную активность штамма определяют микробиологическим методом, основанным на способности лизоцима расщеплять б-(1-4)-гликозидные связи мукополисахаридного комплекса клеточной стенки эталонного тест-штамма *Micrococcus luteus* (*Micrococcus lysodeikticus*) (музей штаммов кафедры микробиологии КГМУ). **Результаты:** Проведенные исследования по культурально-морфологическим признакам свидетельствуют о принадлежности их к роду *Lactobacillus*. При микроскопировании неподвижные палочки, расположенные единично или собранные в цепочки. С использованием цифровой окулярной USB камеры 14 Мпикс, воспроизводили качественные микрофотографии для создания фото атласа пробиотических культур выделенного в Карагандинском регионе. Клетки размером 0,5-1,2 мкм. Спор не образовывали. Оптимальная температура роста 37°C. Грамположительные. Факультативные анаэробы, микроаэрофилы. Хорошо растут на агаризованных средах фирмы МРС М6411-500G (2011) *Lactobacillus* MRS Agar и «Лактобагар» ТУ-9398-104-78095326-2012 выросли колонии диаметром 1-2 мм, выпуклые с цельным краем, непрозрачные и не пигментированные. В ходе выполнения данной методики нами установлено, что не все выделенные штаммы бактерий рода *Lactobacillus* обладают способностью продуцировать данный фермент. На чашках Петри вокруг проросших колоний штаммов GA1 и TA1 была отмечена зона лизиса микрококка. **Выводы:** Проведенный нами скрининг исследованных образцов молочнокислых монозаквасок позволил отселектировать биологически активный штамм GA1 и TA1 и передать для дальнейшего депонирования в музей микробиологической лаборатории кафедры микробиологии КГМУ.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Мирзаева Ш.А., студент 206 группы, Норбутаев И.А., студент 205 группы медико-педагогического факультета СамМИ
Кафедра нормальной анатомии с курсом ОХТА (зав. каф. - доц. Хусанов Э.У.)
Научные руководители: проф. Габченко А.К., асс. Махрамкулов З.М.

Цель работы: Изучить варианты кровоснабжения червеобразного отростка у плодов ранних сроков беременности. **Материал и методы исследования:** Методом анатомической препаровки изучены 8 плодов раннего срока беременности. **Результаты:** Нами выявлены 5 вариантов кровоснабжения червеобразного отростка. **Выводы:** Отмеченные варианты могут встречаться у взрослых и детей раннего детского возраста. Их необходимо учитывать при оперативных вмешательствах, особенно при ретроцекальном и субсерозном расположении отростка. При аппендэктомии необходимо выделить отросток и перевязать артерии его кровоснабжения. Мы решили изучить варианты кровоснабжения червеобразного отростка у плодов человека, поскольку сведений в доступной литературе не обнаружено. Эти варианты могут встречаться и у взрослых людей. С этой целью методом анатомической препаровки под лупой МБС-2 илеоцекального угла исследовалось 8 плодов человека, начиная с 3-х лунных месяцев до 6 лунных месяцев (3-4 лун. месяцев-4, 5-6 лун. месяцев-4). При этом оказалось, что артерия к червеобразному отростку подходит из артерии илеоколика уже у плодов человека обнаружены пять вариантов кровоснабжения червеобразного отростка. Первый вариант: Артерия червеобразного отростка отходит одним стволом в брыжейке достигая конца червеобразного отростка и равномерно отдаёт веточки к его стенке (от 5 до 8 веточек). Второй вариант: Характеризуется отхождением к червеобразному отростку двух веточек из одного источника, каждая из которых идет в брыжейке отростка отдаёт по 4-5 веточки. Они имеют анастомозы, что особенно хорошо видно при просвечивании брыжейка в проходящем свете. Третий вариант: Характеризовался тем, что к червеобразному отростку подходила веточка, от которой у корня брыжейки отходила другая крупная ветвь, каждая из них отдавала по 3-7 мелких веточки так же анастомозированных между собой. Четвёртый вариант: Характеризовался отхождением добавочной ветви от основной, но не к верхушке, а к основанию червеобразного отростка. Пятый вариант: Характеризовался добавочной ветви к основанию червеобразного отростка от артерии илеоколика, но вблизи от первой артерии. Таким образом, отмеченные варианты могут встречаться у взрослых и детей раннего детского возраста. Их необходимо учитывать при оперативных вмешательствах, особенно при ретроцекальном и субсерозном расположении отростка.

К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОВЫХ ПАЗУХ Нурадинов Х.Э., резидент магистратуры 2 года обучения кафедры ФУВ оториноларингологии СамМИ Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. курсом - доцент Хамидова Ф.М.) Научный руководитель: доцент Хамидова Ф.М.

Несмотря на совершенствование методов диагностики папиллом лор органов до сих пор встречаются случаи ошибки в клинической практике. Единственным критерием диагностики папиллом является результаты морфологического исследования. **Цель работы:** Нами было решено проанализировать биопсийные материалы, удаленных папиллом, в лор отделение клиники СамМИ за последние 3 года (2013-2015 гг). **Материал и методы исследования:** Проводили статистико-морфологический анализ удаленных новообразований с клиническим диагнозом папиллома носа и носовых пазух, поступивших от 27 больных. Возраст больных 13-64 лет. 22 из них мужского и 5-женского пола. Срезы мусочков ткани окрашены гематоксилином и эозином. **Результаты:** Среди присланного материала только у 16 больных морфологически был подтвержден диагноз папилломы, в 9 случаях микроскопически установлен воспалительный полип. Ошибка в клиническом распознавании папиллом, в основном, наблюдался в детско-юношеском возрасте и только у 1 взрослого мужчины 34 лет. Гистологическим своеобразием присущим носу и носовых пазух является инвертированная (шнейдерманова) папиллома. Такая папиллома установлено в 5 наблюдениях. Все больные мужского пола, в возрасте 47-64 лет. По клиническим данным у этих больных были поражены и носовые пазухи – гайморова и решетчатая пазуха. У 1 из них папиллома было рецидивная. У остальных 11 больных распознана твердая и мягкая папилломы, покрытые высоким призматическим и только в 2 случаях переходным эпителием. В изученных папилломах не были обнаружены признаки малигнизации не у одного больного. **Выводы:** В диагностики папиллом носа и носовых пазух нередки случаи гипердиагностики, что в 9 наших наблюдениях был установлен гистологически полип носа. Среди истинных папиллом, часты твердые и мягкие формы типа фиброэпителиома и сосочковый полип. Инвертированные папилломы наблюдались у взрослых больных. Не в одном случае наших наблюдений малигнизация папиллом не наблюдалась.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛЯТОВ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОГНОЗИРУЕМЫМ ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (ДИВ)

Нурланов Ж.Н., студент 2024 группы, Токтарова Т.К., студентка 5076 группы факультета общей медицины КГМУ
Кафедра микробиологии (зав. каф. – к.м.н., доцент Ахметова С.Б.)

Научный руководитель: Жашкенова А.Н., Шамбилова Н.А.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (Бюллетень ВОЗ; 2015) 13,5% беременностей осложняются родовым излитием околоплодных вод (ДИВ), причина которых многофакторна, одним из факторов рассматривается влияние возбудителей инфекций передающихся преимущественно половым путем (ИППП) и дисбиоза влагалища. **Цель работы:** Определение этиологической структуры микрофлоры влагалища рожениц с прогнозируемым родовым излитием околоплодных вод с микробиологическим мониторингом и расширенной чувствительностью к современным антибиотикам. Изучение микробного состава влагалища у беременных женщин с прогнозируемым ДИВ, определение чувствительности к антимикробным препаратам транзиторных штаммов, полученных при микробиологическом исследовании влагалища. **Материал и методы исследования:** Микробиологическому обследованию подверглись 310 рожениц. Исследуемый материал – отделяемое из заднего свода влагалища микроскопировали, высевали на селективные питательные среды и культивировали в аэробных и анаэробных условиях с последующей идентификацией. Обследование на гарднереллез и урогенитальный хламидиоз проводилось серологическим (ИФА) и молекулярно-генетическим (ПЦР) методами. **Результаты:** 20% посевов не дали роста транзиторной микрофлоры ни в аэробных, ни в анаэробных условиях, во всех образцах присутствовали бактерии рода *Lactobacillus*. Из общего числа (143) влагалищных штаммов транзиторной микрофлоры были выделены следующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis* (17,5%), бактерии родов *Corynebacterium* (13,8) и *Leptotrichia* (3,5%), грибы рода *Candida* (6,5%). В 14 мазках были обнаружены эпителиальные клетки с включениями (роста кроме *Lactobacillus* не было), интерпретированные в дальнейшем как *Chlamydia trachomatis* (10,3%), и в 5 мазках «ключевые клетки» (в посевах скудный рост) трудно бактериологически идентифицируемые – *Gardnerella vaginalis* (3,5%). Из 310 обследованных рожениц ДИВ произошло у 72 (24,8%). **Выводы:** Таким образом, выделенная микрофлора у рожениц с ДИВ и рожениц со своевременным излитием околоплодных вод этиологически неотличима, следует провести расширенное исследование свойств микрофлоры.

ОЧАГОВАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК В ЛЕГКИХ

Орипова А.Ф., студентка 702 группы медико-педагогического факультета,

Эгамбердиева М.Э., студентка 310 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав. каф. – доц. Орипов Ф.С.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Блинова С.А.

Цель работы: Изучить состояние эндокринного аппарата АПУД-системы легких в норме и у больных при раке этого органа. **Материал и методы исследования:** Исследовали непораженные опухолевым процессом участки легкого или его долей, удаленных по поводу рака у 19 больных (14 мужчин и 5 женщин) в возрасте 45-73 лет. Из операционного материала вырезали 8-10 фрагментов. Контролем служили легкие людей, умерших от причин не связанных с заболеваниями легких (5 случаев). Из всех долей легких вырезали кусочки. Полученный материал фиксировали в жидкости Буэна, после стандартной проводке по спиртовой батарее заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 10 мкм окрашены гематоксилином и эозином, а также импрегнированы по методу Гримелиуса для выявления аргирофильных эндокринных клеток. **Результаты:** Исследование легких у людей без заболеваний органов дыхания позволило установить, что аргирофильные эндокринные клетки (апудоциты) встречаются очень редко. Изучение большого числа срезов из разных отделов легких позволило обнаружить единичные апудоциты. Выявленные эндокринные клетки располагаются в эпителии бронхов крупного и среднего диаметра. Они имеют вытянутую в вертикальном направлении форму (веретенообразную или треугольную). Из-за ориентации верхушечного отростка к поверхности эпителиального пласта, они отнесены в апудоцитам открытого типа. Апудоциты закрытого типа не обнаружены. При изучении операционного материала от больных раком легких установлено, что во многих случаях наблюдается гиперплазия апудоцитов. Причем в некоторых случаях отмечается большее число эндокриноцитов, по сравнению с контролем. Они располагаются одиночно, их строение сходно с апудоцитами контрольных случаев. У 6 больных обнаружена очаговая гиперплазия апудоцитов. Гиперплазия апудоцитов в окружающей опухоль легочной ткани обнаружена у 4 из 12 больных плоскоклеточным раком, у 1 из 5 больных аденокарциномой и при злокачественном карциноиде (1 случай). Она постоянно определяется при наличии метастазов в лимфатические узлы корня легкого или при больших размерах опухоли. Число апудоцитов достигает 50-100 и более на поперечном срезе одного бронха. Гиперплазия апудоцитов обнаруживается в эпителии субсегментарных и междольковых бронхов. Скопления круглых аргирофильных апудоцитов определяются в некоторых случаях на протяжении более 300 мкм вдоль бронха. Преобладающее число клеток относится к закрытому типу. Их локализация и морфология сходна с базальными клетками, которые являются стволовыми для бронхиального эпителия. **Выводы:** Таким образом, в 31,6% случаев у больных раком легкого обнаруживается гиперплазия апудоцитов в непораженной опухолю части органа. Усиление опухолевого процесса, характеризующееся большими размерами опухоли и наличием метастазов, сопровождается выраженной гиперплазией апудоцитов. Гиперплазия апудоцитов может отражать приобретение преимущественной эндокринной дифференцировки стволовых клеток бронхиального эпителия при раке легкого.

УСТОЙЧИВОСТЬ ЛЕГИРОВАННОГО МАГНИТНЫМИ ДОБАВКАМИ МАТЕРИАЛА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ БИОГЕННОГО ГИДРОКСИАПАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VITRO

Отченко О.Н., аспирантка факультета биомедицинской инженерии НТУУ «КПИ»,

Кафедра биомедицинской инженерии (зав. каф. – профессор В.Б. Максименко)

Научный руководитель: д.т.н., проф. Уварова И.В.

Цель работы: Исследовать взаимодействие легированного магнитными добавками остеоапатитного материала на основе биогенного гидроксиапатита (БГА) с модельной неорганической средой. **Материал и методы исследования:** Основой объектов исследования был порошковый материал на основе биогенного гидроксиапатита, соответствующего ТУ У 33.1-22965991.002-2001. В дальнейшем он был легирован магнитными добавками с использованием двух способов конденсационного физико-химического метода: 1) механического смешивания уже синтезированного оксалата железа с гранулами БГА в состоянии гидросуспензии; 2) введения БГА непосредственно в процесс осаждения оксалата железа. После

фильтрационного обезвоживания и подсушки был проведен низкотемпературный термолиз образцов при $T \leq 500$ °C в углеродсодержащей защитной среде – для получения легированного наномагнетитом (образующимся из оксалатной соли) остеоапатитного материала. С целью обеспечения контроля за фазовым составом полученных материалов был применен рентгеновский дифрактометр «ДРОН 3,0» в Co K α -излучении. Содержание железа и углерода в образцах определяли фотокориметрическим методом с помощью прибора «ФЭК-56М». Резорбционные свойства образцов исследовали в опытах *in vitro* путем помещения их в неорганическую модельную среду (0,9 масс.-%-й раствор NaCl) в термостате «ТВЗ-25» при температуре 36,7–37 °C на двое суток. В дальнейшем изучали твердые остатки порошков до и после вышеописанного взаимодействия. **Результаты:** Согласно результатам химического анализа, количество общего углерода в твердом остатке материала, полученного путем механического смешивания БА с готовым оксалатом железа после эксперимента *in vitro* уменьшилось с 0,68 до 0,63 % масс., а количество общего железа – с 1,04 до 0,96 % масс. соответственно. При этом в порошке на обеззоленном фильтре было обнаружено 0,68 % масс. общего углерода и 0,91 % масс. общего железа. Рентгенофазовый анализ данного образца подтвердил приведенные выше результаты, так как после эксперимента на дифрактограмме материала наблюдалось уменьшение интенсивности линий углеродсодержащих соединений (C, FeC, Fe–C и Fe₃C) вплоть до их исчезновения. Химический анализ материала, полученного путем непосредственного введения БА в процесс осаждения оксалата железа также показал уменьшение количества и общего углерода (с 0,77 до 0,71 % масс.), и общего железа (с 0,96 до 0,89 % масс.) по их твердым остаткам до и после эксперимента *in vitro* соответственно. В составе порошка на фильтре обнаружено 0,96 % массы общего железа и 0,82 % масс. общего углерода. Поскольку же дифрактограммы данного материала до и после исследования имеют идентичные с характерными для первого из образцов тенденции, можно предположить, что в процессе термолиза в этом случае происходило меньшее, чем в предыдущем, выделение CO₂, а частички углерода, вступая во взаимодействие с частичками Fe, оставались в образце. После помещения порошка в модельную среду эти углеродсодержащие соединения, ввиду гидрофобности, оказывались на поверхности, и во время фильтрации их удаление наблюдалось в первую очередь. **Выводы:** Вышеописанный двухвариантный метод обработки позволяет получить достаточно устойчивые в неорганической среде на протяжении первых двух суток остеоапатитные материалы, что имеет важное значение, с точки зрения возможной адсорбции на них антибиотиков и контроля за их резорбцией в случае потенциального применения, например, в детской остеопластике и ряде других отраслей медицины.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СТВОРОК ДВУХСТВОРЧАТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КЛАПАНА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ЧЕЛОВЕКА

Равшанов Д.М., студент 713 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра нормальной анатомии с курсом ОХТА (зав. каф. - доц. Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: асс. Омонов А.Т.

Цель работы: Створки митрального клапана недостаточно изучены у плодов и новорожденных, что послужило основанием для данного исследования. **Материал и методы исследования:** Створки митрального клапана изучены методом анатома – топографической препаровки под бинокулярным микроскопом МБС -2 (ок.8, об. 2) при искусственном освещении. Исследование проведено на материале 36 плодов (20 мужского и 16 женского пола) в возрасте от 3-4 лун мес.8, 5-6 лунных мес.-8, 7-8 лунных мес.-9, 9-10 лунных мес. -11. **Результаты:** При этом оказалась, что митральный клапан имел две створки различной формы: 1)треугольная; 2) овальная 3) трапециевидная 4)четырёхугольная с овальными краями 5) языкообразная 6) в виде паруса 7) полукруглая.Створки митрального клапана хорошо выражены. На нашем материале имелись дополнительные створки в виде «рудиментарной» септальной у 13 случаев и 21 раз наблюдалась передняя дополнительная створка, 10 плодов – была задняя дополнительная створка треугольной формы.Добавочные створки митрального клапана способствуют более полному закрытию атриовентрикулярных отверстий, увеличивая площадь основных створок. Внутренний край створки более толстый 4-6 мм и незаметно переходит в атриовентрикулярное кольцо. Наружный край толщиной 1-3 мм не ровный, имеет фестончатое строение и выступы там, где прикрепляется хорда, а между прикреплениями имеется характерная вырезка. Наружный край основного клапана содержал от 6 до 15 фестонков. У плодов 3-4 лун.мес ширина передней створки была 3-6 мм, и высота 3-6 мм. У задней створки – ширина была 3-7 мм, высота 2-6 мм. Размеры её неравномерно увеличивались и у плодов 9-10 лунных месяцев, у передней створки ширина была 8-16 мм, длина от 9 до 24 мм. Передняя створка была на 3-4 мм меньше задней, как по ширине, так и по длине. **Выводы:** Из вышеизложенного усматриваем, что добавочные створки клапанов могут отдалять сроки появления недостаточности, при дилатации желудочков и оказывают влияние на формирование различных форм стенозов при воспалительных процессах. Дополнительные створки возникают на ранних стадиях развития плода и в возрасте 3-4 лунных месяцев, ясно видны и сохраняется до момента рождения. Они определяется во всех возрастных группах и является частью клапанного аппарата сердца плода.

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ КАНАЛА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА

Рахимова З., студент 210 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф. - к.м.н., доцент Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: доц. Хусанов Э.У.

В литературе представлено достаточное количество работ, посвященных исследованию индивидуальности изменчивости различных органов и систем, форм телосложения, однако не удалось найти сведения о вариантах строения канала подъязычного нерва. **Цель работы:** Целью исследование нашей работы явились варианты строения и формы канала подъязычного нерва в черепе человека. **Материал и методы исследования:** Отпечаток формы канала производила на 50 черепках мягким пластилином и переносили на бумагу одинаковой плотности и вырезали их контуры. Взвешивалось бумага с площадью 25мм, она весила 4мг, что было принята за стандарт. Было взвешены бумаги с окружностью отверстий подъязычного канала. После взвешивания было составлены пропорции с весом стандарта определены площади отверстий подъязычного канала. **Результаты:** Нами установлены 3 вариантов форм строения канала подъязычного нерва. В первом варианте канал подъязычного нерва был представлен одним отверстием. Во втором варианте канал начинался одним отверстием, а затем разделялся на два. В третьем варианте в отличие от предыдущего канал подъязычного нерва имел двойное отверстие, которое заканчивалось одним. Из 14 препаратов с раздвоенным отверстием подъязычного канала в 5 случаях обнаружено слева в 9 случаях – справа. Из 5 препаратов площадь переднего отверстия колебалось от 6,25 до 18,75 мм², в среднем – 12,5 мм². При этом на площадь размером 18,75 мм² приходится 60%,а на отверстие с площадью 12,5 и 25 мм² приходится 20%. 9 случаев раздвоенного строения было с правой стороны. Из них площадь переднего отверстия коле-

баласъ от 3,12 мм² до 12,5 мм², в среднем – 5,2 мм². При этом количество отверстий с площадью 3,12 мм² составляло 33,3%, а на отверстия с площадью 6,25 мм² 12,5 и 18,75 мм² приходилось 22,2%. Площадь заднего отверстия раздвоенного канала колебалась от 3,12 до 18,75 мм², в среднем 9,35 мм². При этом на отверстие с размером площади в 3,12 мм² приходилось 55,5%, а отверстие с площадью 12,5 и 6,25 мм² составляли по 22,2%. Из 36 случаев классического строения канала подъязычного нерва площадь левого (наружного) отверстия колебалась от 37,5 до 6,25 мм². В свою очередь площадь правого (внутреннего) отверстия колебалась от 31,25 до 3,12 мм². **Выводы:** Таким образом, результатами исследования установлено, что канал подъязычного нерва имеет не только индивидуальную вариальность строения, но имеет площадь с большим диапазоном колебания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ПРИ ДЕФЕКТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рустамов И.М., студент 413 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. – профессор Индияминов С.И.)

Научный руководитель: ст. преп., к.м.н. Исламов Ш.Э.

Цель работы: Определение степени тяжести вреда здоровью, причиненного дефектами медицинской помощи (ДМП). **Материал и методы исследования:** Материалом исследования явились 2890 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг. Предметом исследования явились допущенные дефекты медицинской помощи, выявленные в ходе комплексного анализа. При всестороннем многофакторном анализе полученных данных использовались логический, диалектический, сравнительный методы, а также сбор и изучение единичных фактов, монографического описания и статистические методы. **Результаты:** Критерий «опасность для жизни» учитывается при повреждениях внутренних органов, повлекших серьезные осложнения. Признак «стойкая утрата общей трудоспособности» применяется, при возникновении осложнений или необратимых процессов с потерей органа или нарушением его функции. При дефектах медицинских вмешательств, в результате которых были повреждены органы или ткани, отмечалось длительное расстройство здоровья. Также причиненный вред здоровью, может быть оценен как тяжкий, по признаку потери зрения, речи, слуха, утраты органа или его функции. Анализ выводов заключений КСМЭ свидетельствует о том, что степень тяжести причиненного вреда здоровью, не всегда оценивается характером наступившего неблагоприятного исхода. При этом, ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате ДМП, иногда принималось экспертной комиссией (ЭК) за основание для увеличения степени тяжести нанесенного вреда здоровью. В выводах комиссии часто не приводится раздельной оценки степени тяжести телесных повреждений и последствий ДМП. Лишь в отдельных случаях правоохранительными органами ставился вопрос об оценке степени вреда, причиненного здоровью, вследствие ненадлежащего оказания помощи. А по собственной инициативе члены ЭК лишь в единичных случаях, давали ответ на подобный вопрос. Результаты анализа последствий ДМП с определением степени вреда, нанесенного здоровью пациентов при ненадлежащем оказании помощи (прямая связь), представлены следующим образом при удлинении срока лечения - 218(40,1%) случаев, из них оценены как тяжкие телесные повреждения - 50(22,9%), средней тяжести - 34(15,6%), легкие телесные повреждения, причинившие расстройство здоровья - 117(53,7%) и без расстройства здоровья - 17(7,8%). При наступлении инвалидности - 113(20,8%) случаев, из них оценены как тяжкие телесные повреждения - 34(30,1%), средней тяжести - 34(30,1%), легкие телесные повреждения, причинившие расстройство здоровья - 45(39,8%). **Выводы:** Следовательно, большая часть причиненных дефектов были расценены как тяжкие или легкие телесные повреждения, причинившие расстройство здоровья. Рекомендуется судебно-медицинскую оценку степени тяжести вреда здоровью, причиненного ДМП проводить в соответствии с положениями «Правил судебно-медицинской оценки степени тяжести телесных повреждений».

МАКРО И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Рустамова С.Б., студент 212 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф. - к.м.н., доцент Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: ассистент Тошмаматов Б.Н.

Цель работы: Изучить строение структурных компонентов стенки илеоцекальной заслонки крысы и кроликов в раннем постнатальном онтогенезе. **Материал и методы исследования:** 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 полости 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 исследовании определяли форму илеоцекального отверстия у крыс. Измеряли диаметр илеоцекального отверстия у крыс. **Результаты:** У крыс в илеоцекальной области перехода подвздошной кишки в слепую отверстие в большинстве 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 дневном возрасте 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 илеоцекальном 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. **Выводы:** Таким образом, с развитием возраста у крыс просвета илеоцекального отверстия размеры увеличиваются.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭКЗОСОМ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ ПРИ КАДМИЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Сагымбаева А.А., интерн, Сагымбаева А.А., резидент 1-го года обучения, КазМНУ

Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав. каф. – профессор Алмабаев Ы.А.)

Научный руководитель: профессор Жаксылыкова А.К.)

Цель работы: Изучить влияние морфофункциональных нарушений в печени при экзотоксикозе солями кадмия на формирование в гепатоцитах экзосом и участие последних в передаче информации в другие органы-мишени. **Материал и методы исследования:** Для выполнения поставленных задач была создана модель экзотоксикоза хлористым кад-

мием на 30 крысах. Для этого в течение 30 дней в стандартный корм животных вводился хлористый кадмий из расчета 3мг/кг массы тела. Животных содержали на стандартном рационе, они имели свободный доступ к воде и пище, что важно для избежания неучтенных ненормированных стрессорирующих воздействий. Изъятие исследуемого материала проводилось на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е, 21-е и 30-е сутки. Для этого под наркозом проводили декапитацию животных. Исследуемый биологический материал изымали из внутренних органов: печени, почки, лимфатических узлов, селезенки, поджелудочной железы, головного мозга и легких. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине. Исследование экспериментального материала проводили гистологическими, морфометрическими, биохимическими методами. При гистологических методах для исследования нарушений в структуре органов использовали методы окраски гематоксилин-эозином; полутонкие срезы окрашивали толуидиновым голубым и азур II-эозином. В крови и моче исследовали концентрацию экзосом. Кровь брали из нижней полой вены, после впадения в нее печеночных вен. Из биологических жидкостей выделяли экзосомы следующими методами: для выделения экзосом из крови испытуемых крыс нами был выбран метод, основанный на последовательном центрифугировании, с использованием специального реагента, связывающегося с поверхностью экзосом и осаждающего их. **Результаты:** Ионы кадмия, попадая в печень с кровью по воротной вене, вызывает в ней значительные структурно-функциональные изменения. Выявлены закономерности морфофункциональных нарушений в гепатоцитах при воздействии солей кадмия в виде вакуольной, жировой дистрофии и деструкции клеток. Установлено, что при воздействии ионов кадмия в клетках печени формируется масса мембранных вакуолей, большая часть которых представлена экзосомами. Выделяясь из гепатоцитов в кровь, они несут информацию о нарушениях в клетках печени в клетки других органов-мишеней. При этом в органах-мишенях также развиваются значительные структурно-функциональные нарушения. Исследовалось различными морфологическими, биохимическими методами влияние морфофункциональных нарушений в клетках печени на процессы формирования экзосом в них. Установлено что между численной плотностью мембранных пузырьков в гепатоцитах при воздействии кадмия и концентрацией экзосом в плазме крови, взятой из нижней полой вены, после впадения печеночных вен, имеется прямая корреляционная зависимость. При интоксикации хлористым кадмием в дозе 3 мг/кг м.т. происходят значительные нарушения в клетках печени в виде вакуольной и жировой дистрофии гепатоцитов. Значительно возрастает число микровезикул. **Выводы:** Интоксикация хлористым кадмием приводит к существенным морфофункциональным нарушениям в тканевом микрорайоне печени. Это характеризуется дистрофическими нарушениями, деструкцией отдельных клеток печени, а также изменениями в микроциркуляторном русле, снижением энергообразующей и белоксинтетической функций клеток.

РУССКИЙ ЯЗЫК КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЯЗЫК ВРАЧА

Сайдахмедова М., студентка 104 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра языков, педагогики и психологии (зав. каф. - к.ф.н. Бабаева Д.Х.)

Научный руководитель - ст. преп. Игамова И.С.

С незапамятных времен культура речи является неотъемлемым аспектом профессионализма. Несомненно, уверенное владение языком, способность грамотного толкования и реагирования на речь окружающих, умение корректного изложения своих мыслей, как в устном, так и письменном виде, важны специалистам любой сферы, особенно экспертам в области медицины. Современный язык врача – это продукт многовекового формирования мировой медицины, в которой значительное место занимает русский язык. Роль русского языка определяется его назначением и многочисленными функциями. Во-первых, русский язык признан одним из шести распространённых мировых языков, которые считаются официальными в международных собраниях. Современная наука дошла до того уровня развития, где постоянно поддерживается международное общение и связь между учёными и врачами. Проводятся научные конференции, где происходит обмен знаниями и идеями, решение трудных задач, изобретение новых лекарств и внедрение эффективных методик, что в свою очередь, способствует бурному развитию медицины. Во-вторых, русский язык является исторически богатым языком, содержащим важные материалы, научные работы и исследования. Каждая четвёртая книга, печатающаяся в мире, выходит на русском языке. Стоит отметить, что не является исключением и медицинская литература. Врач, владеющий языком, может свободно читать русские книги и журналы в области медицины, знакомиться с публикациями в русскоязычных сайтах, а также расширять свой кругозор, извлекая полезную и нужную для своей деятельности информацию. Неоспоримым является факт, что необходимым инструментом в жизни осведомленного человека является глобальная сеть интернет, где русский язык занимает второе место по распространенности. Анализируя итоги многочисленных исследований, не вызывает сомнений то, что усиленное развитие информационных технологий привело к существенным изменениям и в области медицины. Одним из них является внедрение в клиническую практику интернета, который в значительной степени облегчил и улучшил деятельность врачей. В настоящее время широкое распространение получает дистанционная медицина, основанная на использовании информационных и телекоммуникационных систем. Благодаря этому новшеству, врачи, знающие язык, имеют возможность получать круглосуточные аудиовизуальные консультации от коллег с разных частей мира при решении критически важных проблем. Это, в свою очередь, приводит к снижению смертности среди больных, улучшению эффективности обслуживания, повышению информированности врачей, и, таким образом, улучшению качества жизни. В заключение, хочу подчеркнуть, что роль русского языка в становлении профессионального врача неоспоримо велика, и коммуникативные навыки играют большую роль в процессе лечения. Особенно важным считается знание и использование русского языка врачами в многонациональных странах как средство общения с пациентами. Стоит отметить, что русский язык является родным языком 170 миллионов и вторым языком 100 – 120 миллионов человек в мире.

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ЭПИТЕЛИОЦИТОВ БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У КРОЛИКОВ В РАННИЕ ВОЗРАСТЫ

Сайиткулова Ш.Р., студент 212 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф. - к.м.н., доцент Хусанов Э.У.)

Научный руководитель: ассистент Камалова М.И.

В органах дыхания эпителий слизистых оболочек осуществляет неспецифический механизм защиты от различных воздействий. Благодаря наличию дифференцированных реснитчатых эпителиоцитов и бокаловидных клеток бронхиального эпителий осуществляет мукоцилиарный клиренс. **Цель работы:** Изучение степени дифференцировки бронхиального эпителиа и количества эндокриноцитов в его составе. **Материал и методы исследования:** В исследовании были включены легкие 15 крольчат на 1,10,15 сутки после рождения. Забой животных выполнен под этаминал натриевым наркозом. Доли легких фиксированы в 12% нейтральном формалине, жидкостях Буэна и Карнуа. Парафиновые срезы окрашены

гематоксилином и эозином. **Результаты:** Изучение гистологических препаратов показало, что в легких 1-дневных крольчат воздухопроводящая система хорошо развита. Большую часть препарата составляют бронхи разного калибра. Бронхи крупного и среднего диаметра выстланы однослойным цилиндрическим эпителием, а мелкие бронхи – кубическим. Ядра расположены в основании эпителиоцитов. На 10 сутки площадь всех бронхов также превалирует над респираторным отделом. На поверхности эпителия определяются мерцательные реснички. 15 сутки после рождения определяются многоядный реснитчатый эпителий обнаруживается не только в крупных но и средних бронхах а также определяются единичные бокаловидные клетки. В стенках бронхов видны небольшие скопление лимфоцитов. **Выводы:** Проведенное исследование позволило установить что на протяжении раннего постнатального онтогенеза происходит дифференцировка эпителиоцитов внутрилегочных бронхов. В первую очередь в бронхиальном эпителии наблюдается появление реснитчатых клеток, позднее – бокаловидных клеток. Формирование структур мукоцилиарного клиренса бронхиального эпителия совпадает усложнением взаимоотношений организма крольчат со внешней средой.

ИЗУЧЕНИЕ БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЯ У ГРИБОВ *P.CANDIDA* КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГВЗ

Сайлау Ж., резидент магистратуры 1 года обучения КГМУ
Кафедра микробиологии (зав. каф. - к.м.н., доцент Ахметова С.Б.)
Научный руководитель: к.м.н, доцент Ахметова С.Б.

Возбудителями микозов, вызываемых условно-патогенными дрожжеподобными грибами, чаще всего являются представители рода *Candida*. По данным ВОЗ более 20% населения Земли страдает различными формами грибковых заболеваний. Причем в 40-60% случаев кандидоз остается нераспознанным или поздно диагностированным, что значительно усугубляет его прогноз. В общей этиологической структуре инфекционно-воспалительных заболеваний у детей в различные возрастные периоды достигает 30%. **Цель работы:** Изучить биопленкообразование у грибов *p.Candida* как один из факторов риска грибковой инфекции при ГВЗ. **Материал и методы исследования:** Изучена однородность 10 штаммов грибов *p.Candida*, выделенных от пациентов г. Караганды. На базе КГП «Областная клиническая больница». Микробиологическое исследование проводилась Карагандинском государственном медицинском университете на базе кафедре микробиологии. Идентификацию выделенных штаммов делали в лаборатории коллективного пользования с применением MALDI-TOF спектрометрии. Определено биопленкообразование грибов *p.Candida*. выделенных чистых культур к антимикотическим препаратам с учетом определения чувствительности. При бактериологическом обследовании 30 больных контрольной группы, имеющих хирургическую раневую инфекцию нижних конечностей без диабетического фона было идентифицировано 42 штамма условно-патогенных микроорганизмов. Преобладали монокультуры у 22 пациентов, что составило (73,3%) микроорганизмы в ассоциации были обнаружены у 8 пациентов (26,7%). Наиболее часто компоненты микробных ассоциаций были представлены стафилококком с грамотрицательными микроорганизмами (50%), а также со стрептококками (25%). Ассоциации с участием представителей родов *Candida* и *Proteus* выявлены в 12,5%. В результате проведенного исследования в динамике было идентифицировано 106 штаммов возбудителей у 72 пациентов с синдромом диабетической стопы. При этом было установлено, что в очаге поражения выделяется как монокультура до 40,7%, основная часть представлена микст (59,3%). В ассоциации, выделенной из раневого отделяемого, было идентифицировано 16 вариантов комбинаций микроорганизмов. Наиболее часто встречались комбинации: *Staphylococcus aureus* и *Enterobacteriaceae spp.*, *Proteus spp.*, *Candida spp.*, были выделены только в ассоциации в основном со стафилококками. Изучена однородность 10 штаммов грибов *p.Candida*, выделенных от ассоциативных с другими штаммами контаминаций. Чувствительность выделенных штаммов *Candida albicans* – к клотримазолу 31 мкг/мл, интраконазолу – 8 мкг/мл, амфотерицину В – 19 мкг/мл, нистатину – 20 мкг/мл, флуконазолу – 9 мкг/мл. **Выводы:** В плане совершенствования диагностики ГВЗ перспективным направлением является разработка инновационных технологий по выявлению биопленкообразующей способности грибов рода *Candida*, в различных стадиях биопленкообразования с целью комплексного лечения и выработки профессионального подхода.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Сайфулина Д., студентка 320 гр леч. факультета СамМИ
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. курсом – доцент Хамидова Ф.М.)
Научный руководитель: доцент Хамидова Ф.М.

Цель работы: Цирроз печени – один из распространенных болезней. Со времен Лазника изучены многие аспекты этого заболевания, однако и сегодня много спорных вопросов в этиопатогенезе данного заболевания. Мы решили изучить материалы по циррозу печени в период 2000-2015 годы. **Материал и методы исследования:** За 15 лет в патологоанатомическом отделении проведено 23 аутопсий тел умерших от цирроза печени, 19 из них мужского и 4 женского пола. Возраст умерших 31-59 лет. Гистологические срезы окрашивались гематоксилин – эозином. **Результаты:** Изучение анамнеза показало, что в 18 случаях цирроз развился после вирусного гепатита. У 9 из них наблюдался хронический персистирующий гепатит, у 5 гепатит с массивным некрозом, у 2-болезнь развилась после холангиолитической формы гепатита и 2-после хронического активного гепатита. Изучение истории болезней показало, что сроки развития цирроза и продолжительность течения болезни существенно отличались в зависимости от этиологии и характера течения вирусного гепатита. В 7 случаях имело место портальный мелкоузловой цирроз после хронических форм гепатита, в 6 случаях обнаружен постнекротический крупноузловой цирроз, у 3 умерших-смешанный мелко – и крупноузловой цирроз и в 2 случаях билиарный цирроз печени. Сроки развития цирроза после вирусного гепатита составляли от 7 месяцев до 3-х лет. У 5 умерших причиной послужили алкоголь, обменно – алиментарные и циркуляторные факторы. Цирроз в этих случаях носил мелкоузловой характер. Сроки развития болезни составили 1-6 лет. У 7 умерших течение болезни расценено как прогрессирующее и у 16 – как стабильное. Прогрессирующее течение наблюдалось в случаях с постнекротическим, а стабильное течение – у больных с портальным циррозом. Смерть больных от цирроза наступала чаще всего после пищеводного кровотечения и печеночной комы. У 2 больных на фоне постнекротического цирроза развился рак печени. **Выводы:** Проведенный анализ показало, что в 78,3% случаях цирроз развивался после вирусного гепатита в течении от 7 месяцев до 3-х лет. Форма цирроза зависела от вариантов течения гепатита. Алкогольные, обменно – алиментарные и циркуляторные циррозы составили 21,7% и сроки развития болезни - 1-6 лет. Болезнь стабильно протекала в 69,5% случаях, прогрессирующее течение наблюдалось в 30,5%.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПИОНА ЛЕКАРСТВЕННОГО ДЕКОРАТИВНЫХ СОРТОВ

Сахацкая И.М., к.ф.н. БГМУ

Кафедра фармацевтической ботаники и фармакогнозии (зав. каф. – профессор Захарчук О. И.)

Научный руководитель – профессор Кисличенко В.С.

Цель работы: Изучение качественного состава **стероидных соединений**, полученных из листьев и корневищ с корнями пиона лекарственного сортов «Alba plena» и «Rosea plena», а также определение их количественного содержания. **Материал и методы исследования:** Объектом исследования избраны листья и корневища с корнями пиона лекарственного декоративных сортов «Alba plena» и «Rosea plena». **Стероидные соединения изучали с помощью метода газовой хроматографии** на хроматографе Agilent Technologies 6890 с масс-спектрометрическим детектором. При проведении анализа придерживались следующих условий хроматографирования: хроматографическая колонка - капиллярная DB-5, внутренний диаметр 0,25 мм, длина 30 м; скорость газа носителя (гелий) 1,2 мл/мин.; температура испарителя 350 ° С, температура термостата запрограммирована от 50° до 320 ° С со скоростью 4 град/мин. Для идентификации компонентов использовали библиотеки масс-спектров NIST05 и WILEY 2007 с общим количеством спектров более 470000 в сочетании с программами для идентификации AMDIS и NIST. Для расчета количественного содержания применяли метод внутреннего стандарта. Расчет содержания компонентов (С, мг/кг) проводили по формуле: $C = K_1 \times K_2$, где $K_1 = P_1/P_2$ (P_1 – площадь пика исследуемого вещества, P_2 – площадь пика стандарта); $K_2 = 50/M$ (50 – масса внутреннего стандарта (мкг), который вводили в образец, М – навеска образца (мг)). **Результаты:** В результате исследования **было** установлено наличие в листьях пиона лекарственного сорта «Alba plena» 7 соединений стероидной природы, в листьях сорта «Rosea plena» – 6 соединений, в корневищах с корнями сорта «Alba plena» – 6, в корневищах с корнями сорта «Rosea plena» – 9. Во всех исследуемых объектах преобладали γ -ситостерол и стигмаста-3,5 диен. Выводы: Достаточно высокое содержание γ -ситостерола и стигмаста-3,5 диена дает возможность прогнозировать противовоспалительную активность в листьях и корневищах с корнями пиона лекарственного сортов «Alba plena» и «Rosea plena».

ФИТОМЕЛАТОНИН В ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЯХ БУКОВИНСКИХ КАРПАТ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Сметанюк О.И. БГМУ

Кафедра фармацевтической ботаники и фармакогнозии (зав. каф. – профессор Захарчук О.И.)

Цель работы: Определение группы лекарственных растений значимых для изучения, содержащих фитомелатонин. **Материал и методы исследования:** Проведение анализа лекарственных растений имеющих потенциал в изучении содержания фитомелатонина. **Результаты:** Подбор потенциальных видов растений должен учитывать уже имеющиеся литературные данные. Все растения содержат мелатонин. Фитомелатонин регулирует циркадные биоритмы, активность ферментов замедляющих старение растений обеспечивает антиоксидантной защитой от атмосферных явлений. Предшественником мелатонина является триптофан, предположительно что в растениях содержащих повышенное количество триптофана, содержится больше и мелатонина. Триптофан также является предшественником ИУГ (ауксин – гормон роста растений), следовательно, вероятность повышенного содержания мелатонина будет в прорастающих семенах, побегах, цветах и плодах. Поиск потенциальных растений должен учитывать лечебное действие их, которое связано с действием мелатонина на физиологические патофизиологические функции организма. Мелатонин в организме человека влияет на регулирование циркадных ритмов, предупреждение ишемии, облегчение хронических болей повышение иммунитета, онкостатические эффекты, лечение неврологических расстройств (мигрень), антибактериальная активность, противовоспалительными и антиоксидантными свойствами. Фитопрофилактика, мелатонин содержащими растениями, актуальное направление медицины. Заготовка лекарственного сырья должна быть экологически обусловлена и не нарушать естественные фитоценозы. Учитывая выше сказанное, нами составлен предварительный список из 66 видов лекарственных растений, имеющих потенциал в изучении содержания фитомелатонина. Выбранные виды неуязвимые и малоуязвимые к результатам заготовки лекарственного сырья, что дает перспективы к сбору дикорастущих видов. Буковинские Карпаты являются потенциально сырьевой базой для заготовки 35 видов лекарственных растений. Молодые побеги и почки – лекарственное сырье 7 видов растений, к ним относятся: *Abies alba* Mill., *Picea abies* (L.), *Betula pendula* Roth. Заготавливают цветы у 11 видов, широкое применение у местного населения имеют: *Tilia cordata* Mill., *Sorbus aucuparia* L., *Lamium album* L. Лечебные свойства плодов и семян, подобные действию мелатонина на организм человека предположительно у 17 видов растений (*Fagus sylvatica* L., *Corylus avellana* L., *Carum carvi* L., *Daucus carota* L.). Интерес вызывают лекарственные растения, у которых заготавливают несколько частей растения и каждая часть содержит вещества с разным лечебным эффектом, таких в нашем списке 11 видов (*Sorbus aucuparia* L., *Sambucus ebulus* L., *Viburnum opulus* L., *Berberis vulgaris* L.). Наиболее часто лекарственным сырьем служит надземная часть растений, собранная в период цветения таких видов 28 к ним относятся: *Coronaria flos-cuculi* (L.) A. Br., *Viola odorata* L., *Linaria vulgaris* Mill., *Verbena officinalis* L., *Betonica officinalis* L., *Glechoma hederacea* L., *Mentha aquatica* L., *Origanum vulgare* L., *Thymus serpyllum* L., *Achillea millefolium* L., *Leucanthemum vulgare* Lam. **Выводы:** Провели анализ лекарственных растений имеющих потенциал в изучении содержания фитомелатонина. Такая характеристика дает перспективы исследования применений их в лечении и фитопрофилактики мелатонин зависимых дисфункций организма человека.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Собиров А.А., студент 506 группы факультета медицинской педагогики СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. каф. – профессор Индиаминов С.И.)

Научный руководитель: старший преподаватель, к.м.н. Исламов Ш.Э.

В судебной медицине критерий утраты общей стойкой трудоспособности используется для установления степени тяжести телесных повреждений. У детей оценка степени утраты общей трудоспособности имеет некоторые особенности. Известно, что особенности развивающегося детского организма могут существенно ускорять процессы заживления повреждения, что и влияет на исход травмы. **Цель работы:** Определение особенностей оценки степени утраты общей стойкой трудоспособности у детей. **Материал и методы исследования:** В качестве материала исследования были проанализированы 25 заключений судебно-медицинской экспертизы живых лиц в возрасте от 6 до 16 лет, проведенных в 2014 г. в Самаркандском областном Бюро судебно-медицинской экспертизы. **Результаты:** Из общего количества проведенных экспертиз тяжкие телесные повреждения установлены в 6-х случаях по критериям опасности для жизни и объему утраты общей трудоспособности, средней тяжести в 7-ти и легкие телесные повреждения с расстройством здоровья в 4 случаях и

легкие в 8 случаях. Все экспертизы были проведены с освидетельствованием потерпевших детей. При этом по воздействию фактору различали – механическую травму 21 случаев, ожоговую 3 случая и отравление едкими ядами в одном случае. Среди механической травмы преобладали транспортная травма (14 случаев), а также повреждения тупыми (5 случаев), острыми предметами (2 случая). Среди транспортных травм отмечалось явное преобладание автомобильной травмы (12 случаев) над велотравмой (2 случая). У детей, с учетом трудового прогноза в частивозможности в будущем стойкойутратыобщей (профессиональной) трудоспособностиопределяли так же, как и у взрослых в соответствии с медицинскими критериями «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» (Приложение №2 к Приказу МЗ РУз №153 от 01.06.2012г.). Например, у детей наблюдается замена утраченных в результате травмы молочных зубов постоянными, при этом повреждения могут нарушать правильное формирование травмированных костей и скелета в целом и др. Определение вреда здоровью при наличии поверхностных ран, ссадин и кровоподтеков, как правило, не вызывало трудностей, так как их исходом всегда являлось выздоровление и они не приводили ни к стойкой утрате трудоспособности, ни к кратковременному расстройству здоровья. **Выводы:** Однотипные повреждения у взрослогочеловека и ребенка могут причинять различный по объему и характеру вред здоровью. А это значит, что оценка степени причиненного вреда у детей должна в каждом отдельном случае проводиться после тщательного изучения всех медицинских документов с обязательным участием педиатра.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО МОРФОГЕНЕЗА МУЖСКОГО МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Стрижаковская Л.А., асс., Комар Т.В., студентка 6 группы 2 курса медицинского факультета №1 БГМУ

Кафедра анатомии человека им. Н.Г. Туркевича (зав. каф. – профессор Кривецкий В.В.)

Научный руководитель: профессор Хмара Т.В.

Цель работы: Установить особенности развития мужского мочеиспускательного канала в пренатальном периоде онтогенеза человека. **Материал и методы исследования:** Изучение особенностей морфогенеза мужского мочеиспускательного канала проведено на 63 препаратах зародышей и предплодов человека 4,0-80,0 мм теменно-копчиковой длины (ТКД) и 42 препаратах плодов 81,0-375,0 мм ТКД с помощью микроскопии серий последовательных гистологических и топографоанатомических срезов зародышей и предплодов, предстательной железы, частей мужской уретры и полового члена плодов различного возраста, тонкого препарирования под контролем бинокулярной лупы, изготовления графических, пластических и 3-D реконструкционных моделей, рентгенографии и морфометрии. **Результаты:** Установлено, что формирование предстательной и перепончатой частей мужской уретры, как производных тазовой части мочеполювого синуса, происходит на 9 неделе внутриутробного развития (предплоды 33,0-35,0 мм ТКД). У предплодов 44,0-49,0 мм ТКД в губчатой части мужской уретры определяется просвет с неровными контурами, диаметром 82-88 мкм, выстланный однослойным кубическим, а в некоторых местах призматическим эпителием. Дистальная часть мужской уретры формируется в конце предплодного периода развития и имеет вид тяжа эктодермальных клеток, который растет в направлении от головки полового члена до проксимального отдела губчатой части уретры. В дальнейшем этот тяж канализируется и образует наружное отверстие мочеиспускательного канала. У предплодов мужского пола 42,0-66,0 мм ТКД происходит последовательное соединение краев уретральной борозды от центра к периферии, вследствие чего просвет уретры несколько смещается в вентральном направлении – с области промежности к венечной борозде полового члена. Начиная с предплодов 42,0-46,0 мм ТКД определяется более интенсивное становление слоев стенок мужской уретры. Наряду с процессами пролиферации клеток усиливаются явления их дифференциации, особенно в поверхностных слоях эпителия. Для предплодов 48,0-50,0 мм ТКД характерным является интенсивное развитие гладкомышечных элементов вокруг слизистой оболочки уретры, что сопровождается формированием внутреннего сфинктера мочеиспускательного канала. У предплодов 58,0-66,0 мм ТКД вследствие пролиферации эпителия предстательной части уретры наблюдается начало образования железистых элементов предстательной железы, которые имеют вид сплошных клеточных тяжей. Процесс превращения клеточных тяжей в трубочки начинается ранее в тех из них, которые находятся по бокам от основания семенного бугорка, а затем этот процесс постепенно распространяется на клеточные тяжи преимущественно задней и боковых стенок уретры. В течение плодного периода онтогенеза наибольшее число железистых образований сосредоточено в области задней стенки предстательной части мочеиспускательного канала. В течение плодного периода онтогенеза общая длина мужской уретры увеличивается от $14,7 \pm 1,2$ мм до $46,1 \pm 1,2$ мм. Интенсивный рост общей длины и длины предстательной части мужской уретры происходит на 5, 7 и 10 месяцах плодного периода; перепончатая часть наиболее интенсивно увеличивается у плодов 5 и 7 месяцев, а длина губчатой части – в течение 5-6 и 8 месяцев внутриутробного развития. **Выводы:** Критическими периодами в морфогенезе мужского мочеиспускательного канала являются 6, 9, 11 и 16 недели внутриутробного развития.

ЛЕГОЧНЫЕ МИКОЗЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Султонов Б.И., студент 103 группы лечебного факультета, ассистенты

Балаян Э.В., Мамурова Г.Н., Исламова З.Б. СамМИ

Кафедра медицинской биологии и генетики (зав. каф. - к.б.н., доцент Вахидова А.М.)

Научный руководитель: доцент, к.б.н. А.М. Вахидова

Цель работы: По данным XI конгресса микологов (1993) около миллиарда жителей Земли страдает грибковыми заболеваниями. Значительное беспокойство вызывают многообразия клинической картины грибковых заболеваний и трудности терапии, возникающие в связи с активацией условно-патогенных грибов, которые с каждым годом расширяют спектр своих поражений. В связи с этим грибковые поражения в силу своего патогенетического своеобразия дисциплярной патологии, являются теперь предметом профессиональной компетентности инфекционистов, педиатров, пульмонологов. **Методы и результаты исследования:** В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты смешанной этиологии легочных микозов: это возможность ассоциации разнородных грибов, грибково-вирусных, грибково-бактериальных ассоциаций. Грибковые поражения легких подразделяются на две группы, различающиеся по патогенезу и эпидемиологии, эндогенные и экзогенные пневмомикозы. К группе эндогенных микозов относятся: А) кандидоз, вызываемый *Candida albicans*; Б) аспергиллез, вызываемый *Aspergillus fumigatus*; В) цефалоспориоз, вызываемый *Serphalosporium*; Г) криптококкоз, вызываемый *Cryptococcus neoformans*. Их возбудители относятся к условно – патогенным и могут приобретать свои патогенные свойства при благоприятствующих для их развития условиях. К числу экзогенных микозов принадлежат: А) бластомикоз, вызываемый *Blastomyces dermatidis*; Б) кокцидиомикоз, вызываемый *Coccidioides immitis*; В) гистоплазмоз, вызываемый *Histoplasma capsulatum*; Возбудителями этих микозов являются патоген-

ные грибы, распространенные в определенных эндемических географических зонах. Таковыми являются заболевания, связанные с ростом первичных и вторичных иммунодефицитных состояний, экологии, болезнями и обмена веществ. Проблема легочных микозов в детском возрасте является практически еще мало изученной и требует дальнейшей разработки в плане диагностики, лечения и профилактики данной патологии. Кандидоз - повсеместно распространенное грибковое заболевание, которое сопровождается поражением кожи, слизистых и внутренних органов, наиболее часто поражает недоношенных детей, детей раннего возраста, страдающих дистрофией, иммунным дефицитом, гиповитаминозами. Общеизвестной и наиболее широко распространенной формой кандидозного поражения слизистых оболочек, у детей раннего возраста является язвенный стоматит, общеизвестный под названием "молочница". Органы дыхания поражаются при кандидозе в виде ларингитов, бронхитов, острых и хронических пневмоний, абсцессов легких. У детей грудного возраста наиболее часто встречается острая форма кандидоза легких, напоминающая по своему течению острую пневмонию, плохо поддающуюся лечению. **Выводы:** Таким образом, резюмируя вышеизложенное, важно отметить, что легочные микозы вызываются разнообразными возбудителями и на разных этапах своего развития сходны со многими заболеваниями легких, что в значительной мере затрудняет их диагностику. Малая компетенция практических врачей в отношении диагностики и лечения легочных микозов обуславливает актуальность изучения данной формы патологии, особенно в связи с изменением экологической обстановки и возрастающей роли грибов в этиологии бронхолегочных заболеваний.

КОРРЕЛЯТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА МАТКИ

Суярова З.С., студентка 420 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. курсом - доцент Ф.М. Хамидова)

Научный руководитель: доцент Абдуллаев Б.С.

Цель работы: Рак матки является одним из распространенных патологий в Узбекистане. В задачу исследования входило проведение коррелятивного клиничко-морфологического анализ в зависимости от конкретных форм и локализаций рака матки. **Материал и методы исследования:** Настоящее сообщение основано на анализе клинических и морфологических данных 167 больных. 41 из них составляли операционные и 126 биопсийные материалы. Больные были в пределах 23-67 лет. Возраст радикально оперированных было в среднем 27-67 лет, а биоптаты взяты у 23-59 летних больных. Срезы препаратов окрашены гематоксилином и эозином. **Результаты:** Из числа оперированных у 17 имело место рак тела и у 24 рак шейки матки. У 17 оперированных отмечено экзофитный, у 21 го - эндофитный и у 3 - смешанный рост опухоли. Рак из шейки у 11 больных росла неинвазивно, а у 13 - инвазивно. У 7 больных с инвазивным ростом опухоль была изъязвлена. Рак шейки матки наблюдался преимущественно у женщин в возрасте 27-51 лет, а рак тела - в возрасте 43-67 лет. По гистологическому строению у 5 больных установлена хорионэпителиома. У 36 больных диагностированы органонеспецифические карциномы. У 16 из них распознана аденокарцинома, у 12-плоскоклеточный рак, у 5-недифференцированная карцинома и у 3- аденоакантома. Биопсийный материал поступил от 3877 больных и у 116 из них выявлена раковая опухоль. 17 больным, в возрасте 23-41 лет, выставлена *carcinomain situ*, по 9 биопсиям установлена карцинома с инвазивными признаками. По биопсийным материалам 58 женщин установлена аденокарцинома и в 32 случаях - плоскоклеточный рак. Возраст больных в пределах 31-59 лет. Анализ клинических материалов показали, что к раку матки часто предшествовали цервициты, эндометрит железистая гиперплазия эндометрия, дисплазии, аденомиоз, лейкоплакия и эрозии шейки матки. **Выводы:** Проведенный анализ материалов 126 женщин показали, что рак шейки матки чаще отмечался у молодых женщин в возрасте 27-51 лет и наичаще после пролонгированных дисгормональных заболеваний. Из тела матки чаще всего развивалась аденокарцинома, а из шейки - плоскоклеточный рак.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЯТЕН СПЕРМЫ, ПОДВЕРГНУТЫХ ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Таджиева З.М., резидент магистратуры ТМА

Кафедра судебной медицины и мед. права (зав. каф. - доцент, к.м.н. Бахриев И.И.)

Научный руководитель: доцент. Бахриев И.И.

Основным доказательством факта совершения полового преступления определенным лицом является обнаружение в сперме групп специфических антигенов. Между тем при малых количествах объекта на вещественных доказательствах приводит к израсходованию его при установлении наличия спермы хроматографическим методом. Поэтому одновременное определение наличия и группы спермы на одной и том же материале имеет не только теоретическое, но и важное практическое значение. **Цель работы:** Проверка возможности использования метода абсорбции-элюции для определения агглютиногенов спермы в пятнах, подвергшихся хроматографическому исследованию. **Материал и методы исследования:** Попытки проводили на материалах экспертизы лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы г.Ташкента, поступивших за 2011-2015 гг. При этом исследованию подвергались вещественные доказательства, на которых располагались пятна спермы, предварительно установленные хроматографическим способом. Всего исследованию подвергались 42 объекта, расположенных на хлопчатобумажных, шерстяных, шелковых и других видах текстильных изделий. Эти пятна имелись на следующих предметах: на майках 20 объектов, на простыне - 5, на подкладке пальто - 3, на комбинации -5, на национальных штанах - 5 и на трусах - 4. **Результаты:** При исследования 20 объектов, расположенных на майках, в 14 из них были выявлены антигены А и В, в 6 из 20 антиген В не был выявлен, но в 3 из этих 6 случаев был выявлен агглютиноген А. Следовательно, в 3 из 20 объектов агглютиногены А и В не были выявлены. Из 5 объектов, расположенных на простыне, в 4 случаях реакцией абсорбции-элюции был выявлен агглютиноген А и не выявлен агглютиноген В. В одном из 5 объектов не были выявлены агглютиногены А и В. Результаты исследования 3 объектов, расположенных на подкладке пальто, во всех случаях был выявлен агглютиноген А и не определялся агглютиноген В. При исследования 5 объектов, расположенных на комбинации, в 4 были обнаружены агглютиногены В при отрицательном результате на выявление агглютиногена А. В одном из этих объектов не были выявлены агглютиногены А и В. Из 5 объектов, расположенных на национальных штанах, 3 случая были выявлены агглютиногены А и В, а в остальных двух объектах эти агглютиногены не были выявлены. Наконец, при исследований 4 объектов, расположенных на трусах, был выявлен агглютиноген А, агглютиноген В не был выявлен ни в одном из них. Таким образом, при исследования 42 пятен спермы, расположенных на вещественных доказательствах, подвергшихся хроматографическому исследованию реакцией абсорбции-элюции, в 31 из них был выявлен агглютиноген А и 11 остальных агглютиноген не был выявлен. В 21 из 42 объектов был выявлен агглютиноген В, и в 21 были получены отрицательные результаты на выявление этого антигена. Следовательно, в 21 из 42 объектов были выявлены агглютиногены А и В, 6 объектах агглютиноген А и в 11 объектах агглютиногены А и В не были

выявлены, что указывало на возможность их принадлежности лицу с группой O. Для подтверждения этого предположения необходимо обнаружение антигена H. Следует отметить, что результаты исследования были подтверждены исследованием этих объектов вещественных доказательств, не подвергшихся хроматографическому исследованию. **Выводы:** Таким образом, установлено, что вырезки из пятен спермы, подвергнутые хроматографическому исследованию, могут быть использованы для определения в них групп изосерологической системы ABO, т.е. установлена возможность одновременного определения наличия и группы спермы на одном и том же материале пятна.

Особенности РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА В АРКУАТНОМ ЯДРЕ ГИПОТАЛАМУСА У КРЫС СО СПОНТАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тищенко С.В., ассистент кафедры патологической физиологии, ЗГМУ
Кафедра патологической физиологии (зав. каф. - проф. Колесник Ю.М.)
Научный руководитель: профессор Ганчева О.В.

Цель работы: Провести сравнительный анализ экспрессии nNOS в аркуатном ядре гипоталамуса у крыс при развитии артериальной гипертензии разного генеза. **Материал и методы исследования:** Исследование было проведено на 20 половозрелых крысах-самцах линии Wistar, распределенных на две группы: контроль – 10 животных, и 10 крыс линии Wistar - группа с эндокринно-солевой моделью артериальной гипертензии, индуцированной многократным введением преднизолона (30 дней 2 раза/сутки внутримышечно вводили преднизолон утром 7-00 в дозе 2 мг/кг, вечером в 20-00 в дозе 4 мг/кг), с одновременным, принудительным выпаиванием 5 мл 2,3% раствора NaCl. Систолическое давление в контрольной группе составило 120±5 мм рт.ст., в группе с эндокринно-солевой гипертензией 160 ±5 мм рт.ст. С помощью иммунофлуоресцентного метода были получены микроизображения нейронов аркуатного ядра с иммунореактивным материалом (ИРМ) к nNOS. В ходе обработки изображений определяли содержание (ЕДиф), концентрацию (ЕДиф/мкм²) и удельную площадь ИРМ к nNOS в выделенной исследуемой области ядра (%). **Результаты:** После проведенного статистического анализа было установлено, что содержание ИРМ к nNOS в аркуатном ядре крыс с эндокринно-солевой артериальной гипертензией было выше на 31,5% (p<0,05), а концентрация ИРМ на 10,7% (p<0,05) ниже, по сравнению с контрольной группой, Удельная площадь ИРМ к nNOS в группе с артериальной гипертензией на 3,88 % (p<0,05) была выше, чем в контроле. **Выводы:** Развитие артериальной гипертензии сопровождается изменениями в нитритергической системе гипоталамуса, что сопровождается достоверным повышением содержания и удельной площади ИРМ к nNOS, с одновременным снижением ее концентрации, что свидетельствует о более диффузном расположении фермента в структуре аркуатного ядра. Мы считаем, что эти изменения играют важную роль в механизмах регуляции артериального давления и могут оказывать влияние на возникновение, развитие и течение артериальной гипертензии.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)

Токашева Д.С., студентка 5-006 группы факультета профилактической медицины, биологии и фармации КГМУ
Кафедра микробиологии (зав. каф. - доцент Ахметова С.Б.)
Научный руководитель: доцент Абдулина Г.А.

Цель работы: Идентифицировать микроорганизмы, выделенные у больных с диабетической гнойной остеоартропатией, определить биологические свойства выделенных микроорганизмов. **Материал и методы исследования:** Объектом исследования были 72 больных инсулинозависимым сахарным диабетом с СДС в возрасте от 47 до 76 лет. Группу сравнения составили 30 больных с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями нижних конечностей не страдающих сахарным диабетом. Количественный учет микроорганизмов проводился по методу Гоулди, идентификация с помощью MALDI – TOF спектрометрии (BRUKER 2012), Фенотипическое проявление биопленкообразования по методике Тец Г.В. [2013]. Генотипические маркеры биопленкообразования - fnbA (fibronectinbindingprotein A), fnbB (fibronectinbindingprotein B), clfB (clumpingfactor B), icaA (intercellular adhesion gene) и 16S rRNA, определялись на базе PCRmachineCFX96 (Bio-Rad). **Результаты:** Было идентифицировано 106 штаммов возбудителей у 72 пациентов с СДС. Монокультура составила 40,7%, основная часть представлена микст (59,3%). Идентифицировано 16 вариантов комбинаций микроорганизмов, наиболее часто встречались *Staphylococcus aureus* и *Enterobacteriaceae* spp., *Proteus* spp., *Candida* spp., *Pseudomonas* spp. Доминирующим микроорганизмом в этиологии СДС был *Staphylococcus aureus* (37%), коагулазонегативные стафилококки и представители рода *Enterobacteriaceae* выделялись в 17,4 % случаев. Значительно реже идентифицировались представители рода *Acinetobacter*, *Pseudomonas* и *Candida*, при этом последние выделялись исключительно как компонент микробных ассоциаций. У больных контрольной группы, было идентифицировано 42 штамма. Монокультура составила (73,3%) микст (26,7%). Коагулазопозитивные и коагулазонегативные стафилококки были представлены в 14,3%. Наиболее часто компоненты микробных ассоциаций были представлены стафилококком с грамотрицательными микроорганизмами (50%), а также со стрептококками (25%). Ассоциации с участием представителей родов *Candida* и *Proteus* выявлены в 12,5%. У больных с СДС выделенные культуры *S. aureus* обладали абсолютной бета-гемолитической, лецитиназной активностью в контрольной группе бета-гемолитическая и лецитиназная были в 86,65% и 83,35%. Соответствующую Плотность биопленочного матрикса *S. aureus* от больных с СДС составила (1,95±0,61) в сравнении контрольной группой 1,69±0,54 (P<0,05). У штаммов от больных с СДС отмечался повышенный уровень экспрессии генов fnbB, clfB контролирующих биопленкообразование. **Выводы:** Доминирующим патогеном в этиологии СДС является *S. aureus*, обладающий абсолютной бета-гемолитической, лецитиназной биопленкообразующей активностью.

МИГРАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА РАДИОАКТИВНЫХ ГАЗОВ НА ТЕРРИТОРИЯХ ЦЕНТРАЛЬНО-КЫЗЫЛКУМСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ

Усманов Ф.Р., Зарединов Д.А.
Кафедра гигиены ТашИУВ (зав. каф. – профессор Зарединов Д.А.)
Научный руководитель: профессор Зарединов Д.А.

Цель работы: Оптимизировать модель диффузии газа радона-222 через нейтральные грунты различного гранулометрического состава и рассчитать кинетику эксхалиции в зависимости от температуры и времени. **Материал и методы исследования:** Трудными отечественных и зарубежных специалистами доказано, что основными источниками облучения населения являются природные (около 2/3 дозы). Среди них особое положение занимает радон и его дочерние продукты, находящиеся в атмосферном воздухе, воздухе жилых и других помещений. При этом наиболее интенсивно это загрязне-

ние идет за счет газовых эманаций – радона (Rn-222), актинона (Rn-219) и торона (Rn-220), образующихся в процессе распада естественных радионуклидов – уранового и ториевого рядов. В работе обобщены результаты радиационных обследований выполненных на территории региона с 2009 по 2014 гг. и входящие составной частью в общий экологический мониторинг. **Результаты:** Установлено, что воздушная миграция элементов происходит в виде механического переноса твердых частиц материала с открытой поверхностью территорий региона и в виде газовых эманаций. Основным параметром диффузионного процесса является коэффициент диффузии D . Для характеристики концентрации эманации пользовались понятиями поровой и объемной концентрации. При определении коэффициента диффузии радиоактивных газов вводятся понятия истинного D и кажущегося D^* коэффициентов диффузии. При диффузии газов в порах территории региона, как и при истечении газов через узкие отверстия, коэффициенты диффузии разных газов обратно пропорциональны квадратным корням из их молекулярных весов M . Нами исследована кинетика экскалляции радона-222 на баковой модели фракций (класса - 50 ± 25 мм) при разных температурах (283, 293, 303 °К). Истинная скорость экскалляции радона-222 рассчитанная по формуле: $K = \Delta OA \times \Delta t$ и составляет 3,08; 3,73; 4,70 Бк*м⁻²*с⁻¹ соответственно при температурах 283, 293 и 303 °К. Характер кривых показывает, что экскалляция радона-222 проходила по закону, приближающиеся к параболическому. С повышением температуры воздуха увеличивается экскалляция радона-222. Рассчитанные значения плотности потока радона изменяется от 0,95 до 5,27 Бк*м⁻²*с⁻¹. в зависимости от температуры и слоя покрытия. **Выводы:** таким образом, обобщая вышесказанное можно сделать следующие выводы: - наиболее эффективно на замедление кинетических процессов влияет грунт, содержащий максимальное количество мелких фракций; - исследованием на моделях выявлены оптимальные процессы диффузии радона-222 через нейтральные грунты различного гранулометрического состава; - рассчитана кинетика экскалляции радона-222 в зависимости от температуры и времени.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Халмунинов А.Д., студент 2-082 группы, Кидирбаева И.У., студентка 4-086 группы КГМУ
Кафедра микробиологии (зав. каф. – к.м.н., доцент Ахметова С.Б.)
Научный руководитель: старший преподаватель Назаренко Г.А.

Цель работы: Изучение и сравнительная оценка воздействия излучения мобильного телефона на интенсивность роста и некоторые фенотипические свойства *S.aureus*. **Материал и методы исследования:** Объект исследования – 5 культур *S.aureus*, выделенные из носа и зева студентов КГМУ. В эксперименте использовали смартфон Samsung Galaxy Alpha (частота излучения 1,8 ГГц). Изучаемые культуры, в разведении 10^2 микробных тел в 1 мл, вносились в лунки стерильного микропланшета. Открытый микропланшета включенный смартфон помещали в закрытый стерильный эксикатор, где проводили облучение в течение 5-и и затем 30-ти минут в режиме разговора. Изучали интенсивность роста с помощью подсчета колоний микроорганизмов, выросших на мясо-пептонном агаре при посеве 0,1 мл испытуемых культур. Морфологические свойства изучали микроскопическим методом, гемолитическую активность – сравнением зон гемолиза вокруг колоний при посеве на кровяной агар, лецитиназную активность – сравнением зон помутнения вокруг колоний при посеве на желточно-солевой агар. Чувствительность к антибиотикам определяли с помощью диско-диффузионного метода. Изучение культур проводили до воздействия излучения, через 5 и 30 минут воздействия излучения телефона. Эксперимент повторяли 3 раза. **Результаты:** Выявлено: - усиление интенсивности роста культур *S.aureus* №2,4 после воздействия излучения в течение 5 и 30 минут; - усиление интенсивности роста после воздействия излучения в течение 5 минут и снижение интенсивности роста после 30 минут облучения у культур *S.aureus* №1, 3; - снижение интенсивности роста у культуры *S.aureus* №5 как через 5 минут воздействия излучения, так и через 30 минут; - изменений морфологических свойств, гемолитической и лецитиназной активности после воздействия излучения смартфона у испытуемых культур *S.aureus* не выявлено; - уменьшение зон задержки роста вокруг дисков с антибиотиками после воздействия излучения в течение 5 минут у всех культур *S.aureus*; - некоторое увеличение зон задержки роста вокруг дисков с гентамицином – у культур *S.aureus* №1,2,4; с ванкомицином – у культуры *S.aureus* №2,3; с цефазолином – у культуры *S.aureus* №1; с цефтриаксоном – у культуры *S.aureus* №2 после 30-минутного облучения; - значительное уменьшение зон задержки роста вокруг дисков с гентамицином, эритромицином, цефазолином, цефтриаксоном – у культуры *S.aureus* №5, вокруг дисков с ампициллином – у культуры *S.aureus* №4 после 30-минутного облучения. **Выводы:** Таким образом, в результате проведенного эксперимента установлено: 1. Излучение мобильного телефона Samsung Galaxy Alpha (частота излучения 1,8 ГГц) оказывает модифицирующее воздействие на *S.aureus*. 2. Излучение оказывает стимулирующее воздействие на интенсивность роста некоторых штаммов *S.aureus*, что может привести к увеличению количества *S.aureus*, как на объектах внешней среды, так и в организме человека. 3. Воздействие излучения сотовых телефонов изменяет степень чувствительности *S.aureus* к антибиотикам и может играть роль в формировании антибиотикорезистентности у ряда штаммов *S.aureus*.

ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫСЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ И ПРИ ДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ

Хамдамов Д., студент 213 группы леч. факультета СамМИ
Кафедра анатомии человека и ОХТА (зав. каф. - доцент Хусанов Э.У.)
Научный руководитель: доц. Хусанов Э.У

Селезенка, являясь периферическим органом иммунной системы, до настоящего времени привлекает внимание исследователей. Знание анатомических параметров селезенки при оперативных вмешательствах. **Цель работы:** Цель исследования нашей работы сложилось изменения макроанатомических параметров селезенки крысы в онтогенезе и при действии пестицидов. **Материал и методы исследования:** Объектом для исследования послужила селезенка 46 дневных крыс контрольной и экспериментальных групп при действии которана и кинмикса. Крысам - самкам (материал) экспериментальной группы сразу после рождения вводили внутривенно которан в дозе 1/100 лд50 и кинмикс в дозе 5 м.у. С 11 по 15 дней лактационного периода объем 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:** 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 до 12 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 от 1,5 мм до 3,5мм, в среднем -2,5±0,5мм. **Выводы:** 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 котарана и кинмикса увеличивается по сравнению с контролем. Изменения параметров селезенки при действии пестицидов связано, по-видимому, с изменением соединительно-тканых структур органа.

ТРЕХМЕРНОЕ РЕКОНСТРУИРОВАНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ КАК СРЕДСТВО ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ИЗУЧЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Цигикало А.В., *Олейник И.Ю., **Кашперук-Карпюк И.С

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии ВГУЗ Украины

*Кафедра патологической анатомии ВГУЗ Украины

**Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии ВГУЗ Украины

Мотивация студентов к овладению теоретическими знаниями и практическими навыками при изучении морфологических дисциплин побуждает преподавателей разрабатывать и внедрять новые методологические подходы к организации самостоятельной аудиторной работы и научно-методической деятельности студентов. Наш опыт преподавания анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, гистологии, цитологии и эмбриологии, патологической анатомии свидетельствует о том, что среди главных мотивационных факторов, которые повышают эффективность профессиональной познавательной деятельности студентов, большое значение имеет заинтересованность их передовыми технологиями исследования, что подтверждается так же и критическим анализом литературы, посвященной этой проблеме. Очень важно предоставить студентам возможность проявить свой индивидуальный творческий потенциал и свои личностные качества при выполнении фрагмента работы в группе единомышленников, получить конкретный результат, который имел бы все признаки научной новизны и научно-практическую ценность. Лучшей формой для реализации вышеуказанных мотивационных факторов являются различные формы внеаудиторной самостоятельной работы студентов. Учитывая заинтересованность студентами современными и новейшими методами диагностической медицинской визуализации, перспективным средством привлечения их к самостоятельной внеаудиторной работе является реконструкция микроскопических анатомических объектов (анатомические структуры взрослого человека, органы и органокомплексы предплечья и плодов человека). Несмотря на небольшие размеры органов, органокомплексов и даже частей тела предплечья и плодов человека трехмерное реконструирование анатомических объектов позволяет воссоздавать их целостно, с сохранением синтопических взаимоотношений, как в условиях анатомической нормы, так и при патологии. Создаваемая трехмерная модель – виртуальная копия реальных структур тела в определенном масштабе с возможностью изучения их пространственного строения и проведения морфометрии (определение линейных размеров, окружностей, площади, объема и углов). Технология получения компьютерной трехмерной реконструкционной модели теоретически не отличается от методов получения серийных срезов при визуализации компьютерных, магнитно-резонансных томограмм и т.д. Поэтому, привлекая студентов к их практическому изготовлению, мы приобщаем их к пониманию сущности современных диагностических методов.

К ПАТОМОРФОЛОГИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ФИБРОЗИРУЮЩИХ АЛЬВЕОЛИТОВ

Шарипова З.Р., студентка 310 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии (зав. курсом - доцент Хамидова Ф.М.)

Научный руководитель: ст. преподаватель Жуманов З.Э.

Цель работы: Мы решили изучить патоморфологических особенностей фиброзирующего альвеолита на аутопсийном материале клиники Самаркандского мединститута. **Материал и методы исследования:** Анализированы все аутопсийные случаи с клиническим диагнозом хроническое неспецифическое заболевание легких (ХНЗЛ). Общее количество случаев, за 25 лет (1990-2015 гг) составило 268. Возраст умерших 13-74 года. 227 умерших (84,6%) мужского и 41 (15,3%) - женского пола. Во всех аутопсированных 268 случаях проводилось микроскопическое изучение легочной ткани. Срезы окрашивались гематоксилин - эозином, по Ван - Гизону, по Вейгерту и по Донскову. **Результаты:** На основании изучения легких у 17 умерших было установлено двустороннее поражение интерстициальной ткани легких с развитием в той или иной степени выраженности пневмофиброза. Поражение легких носил прогрессирующий пролиферативный характер и распространялась на межальвеолярные перегородки, на междольевые структуры, перибронхиальную и периваскулярную ткань. У части умерших было отмечено выраженный перибронхиолит и облитерирующий бронхиолит. Часто наблюдалась фрагментация эластических и гиперплазия аргирофильных волокон и метаплазия плоских альвеолоцитов в кубический эпителий. Во всех 17 случаях наблюдения выявлялись множественные лимфоидноклеточные, плазмодцитарные и гистиоцитарные инфильтраты в межальвеолярных перегородках. У всех умерших выявлено утолщение стенок сосудов с сужением их просвета - ангиофиброз. У умерших с длительным анамнезом, паренхима легких сильно деструктурирована и деформирована, эпителий альвеол уподоблялась атипическим опухолевым клеткам (но без фигур митоза и клеточной анаплазии) и отмечались микрокальцинаты в склерозированных участках. **Выводы:** Болезнь Хамман – Рича является относительно редкой, с недостаточно изученной этиологией, болезнью. Заболевание характеризуется прогрессирующим склерозом легких. Из 268 умерших от хронического неспецифического заболевания легких (ХНЗЛ) в 17 случаях выявлены гистологические изменения, характерные для прогрессирующего фиброзирующего альвеолита. 11 из них относятся к женскому и 6 – мужскому полу. Патологоанатомически только в 5 случаях был выставлен такой диагноз и не в одном из 268 случаев ХНЗЛ, в клинических, наблюдения фиброзирующий альвеолит не было заподозрено.

ЭНДОКРИННЫЕ I-КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОРСКИХ СВИНОК

Шокосимов Ш.Ш., студент 603 группы, Утамуродов Ш.К, студент 213 группы леч. фак.

Кафедра гистологии СамМИ (зав. каф. - доцент Орипов Ф.С.)

Научный руководитель – профессор Дехканов Т.Д.

Материал и методы исследования: Изучено морфология эндокринных клеток выводных протоков и ацинусов поджелудочной железы у 6 морских свинок. Фиксация материала проведена в жидкости Буэна. Проводка материала и заливка в парафин проведен по общепринятой методике. Срезы импрегнированы азотнокислым серебром по методу Гримелиуса. Плотность расположения и соотношение эндокринных клеток со структурными компонентами экзокринной части поджелудочной железы определены точечным методом в их компьютерных распечатках. **Результаты:** Эти клетки

обнаружены во всех выводных протоках этой железы, однако их значительно больше в стенке общего выводного протока. Они расположены в составе эпителия одиночно, интенсивно проявляют сродство к азотнокислому серебру и своей темно-коричневой окраской четко выделяются от эпителиоцитов, имеют конусовидную форму и широким основанием прилегают к базальной мембране. Узкая апикальная часть направлена в сторону просвета выводных протоков и часто достигает поверхности эпителия. На апикальных концах этих клеток иногда обнаруживаются утолщения в виде конца барабанной палочки. На поперечных срезах выводных протоков эти клетки занимают до 15% площади поперечного среза эпителиальной выстилки протоков. Расположение этих клеток не является строго перпендикулярным по отношению к просвету протоков. Поэтому на поперечный срез выводных протоков наряду с полным изображением этих клеток на препарат часто попадают различной формы фрагменты этих клеток. При изучении серийных последовательных срезов можно реконструировать их форму. На продольных срезах эти клетки расположены одиночно среди эпителиоцитов выводных протоков. Нами обнаружены единичные одиночно расположенные эндокринные клетки также в составе ацинусов поджелудочной железы. Они также имеют конусовидную форму и расположены среди ациноцитов. Апикальная часть этих эндокриноцитов достигает просвет ацинуса. На препаратах часто, на одном ацинусе обнаруживаются одна, и редко по две эндокринные клетки. Высота этих эндокринных клеток несколько меньше, чем таких же клеток выводных протоков, однако поперечный размер относительно шире. Можно предполагать, что экзокринная часть поджелудочной железы содержит эндокриноциты АПУД-системы и обнаруженные нами эндокринные клетки выводных протоков и ацинусов поджелудочной железы морских свинок относятся к апудоцитам открытого типа. **Выводы:** Экзокринная часть поджелудочной железы морских свинок также содержит эндокринные клетки АПУД-системы. Они расположены по-одиночке, между эпителиоцитами выводных протоков и ацинусов железы. Эти клетки обнаружены во всех выводных протоках и ацинусах поджелудочной железы морских свинок. Можно предполагать эти эндокринные клетки являются эндокринными I-клетками АПУД системы, которые вырабатывая гормон холецистокинин (панкреозимин) и участвуют в регуляции поступления желчи и сока поджелудочной железы в полость двенадцатиперстной кишки в зависимости от процесса пищеварения в ней. Все эти эндокринные клетки относятся к клеткам открытого типа.

ЭНДОКРИННЫЕ СТРУКТУРЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПНЕВМОНИИ

Эгамбердиева М.Э., студентка 310 группы пед. фак-а, Абдусаматов А., студент 105 группы мед.-пед. фак-а СамМИ
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав. каф. – доц. Орипов Ф.С.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Блинова С.А.

Цель работы: Определение динамики изменений эндокринных структур АПУД-системы легких у детей при воспалительной патологии этого органа. **Материал и методы исследования:** Материалом для исследования послужили легкие детей с острой и хронической пневмонией (14 случаев). Для сравнения с этой группой проведено изучение легких детей с внелегочной патологией (5 случаев), которые составили контрольную группу. Возраст детей колебался от 7 дней до 4 лет. Из каждой доли легких вырезали 5-7 кусочков, которые фиксировали в жидкости Буэна. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Для выявления эндокринных клеток срезы импрегнированы по методу Гримелиуса. **Результаты:** Установлено, что в легких у новорожденных детей контрольной группы лишь некоторые бронхи содержат по 1-2 аргирофильных апудоцита, НЭТ встречаются очень редко. В респираторном отделе апудоциты и НЭТ не обнаружены. У детей в возрасте 1-4 года число эндокринных структур также невелико. При воспалительных заболеваниях легких у всех детей разного возраста почти в каждом срезе бронха встречаются апудоциты и НЭТ. У 7-, 22- и 46-дневных детей с острой пневмонией в эпителии бронхов встречаются апудоциты и реже НЭТ, состоящие из 2-6 клеток. В респираторном отделе апудоциты и НЭТ часто находятся на месте перехода бронхиол в альвеолярные ходы. В этих участках число клеток в НЭТ колеблется в широких пределах. У 2- и 4-месячных детей с пневмонией, а также у 1-1,5-годовалых детей апудоциты и НЭТ многочисленны в сегментарных, субсегментарных, междольковых и внутридольковых бронхах. При этом эндокринных структур в более крупных бронхах отделах бронхиального дерева было больше, чем в мелких. В респираторном отделе определяются чаще НЭТ, чем апудоциты. В респираторном отделе апудоциты и НЭТ обычно находятся на месте перехода бронхиол в альвеолярные ходы. В этих участках число клеток в НЭТ колеблется в широких пределах. Эндокринные структуры в легких больных детей характеризуются не только большим числом, но и своей протяженностью за счет отростков, распространяющихся по базальной мембране. Форма апудоцитов различная, встречаются клетки, как открытого, так и закрытого типов. Причем эндокринные клетки закрытого типа определяются очень часто. Апудоциты закрытого типа более характерны для эмбриональных легких. Чем длительнее протекает заболевание, тем больше апудоцитов и НЭТ обнаруживается в бронхах и респираторном отделе. **Выводы:** В легких у детей раннего возраста без заболеваний легких эндокринный аппарат органа представлен небольшим числом апудоцитов и нейроэпителиальных телец. При развитии воспалительных заболеваний легких в них отмечается увеличение содержания обоих компонентов эндокринного аппарата. Гиперплазия и изменения структур эндокринного аппарата легких отражают повышение их функциональной активности. Воспалительные заболевания легких в раннем постнатальном онтогенезе являются предрасполагающим фактором для гиперплазии апудоцитов.

ХАРАКТЕР ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК СВЯЗАННЫХ С ПАДЕНИЯМИ С ВЫСОТЫ

Якубов М.З., Махмудов О.И.

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии СамМИ (зав. каф. – профессор Индияминов С.И.)

Научный руководитель: профессор Индияминов С.И.

Цель работы: Изучение характера повреждений почек у пострадавших лиц при падениях и оценка механизма их образования. **Материал и методы исследования:** Исследовали 10 смертельных случаев людей при падениях с высоты. Во всех наблюдениях пострадавшими были лица мужского пола в возрасте от 25 до 55 лет. По обстоятельствам дела: 1 случай падения с электрического столба высотой 7 метров, на заднюю поверхность тела; 3 случая падения с виноградника высотой 6-7 метров (из них 1 на ногу, 2 на голову); 6 случаев падения с крыши многоэтажного дома (от 4 до 15 метров), из них 3 случая падения на заднюю поверхность тела, 2 случая - на ноги, 1 случай - на ягодицы). **Результаты:** Во всех случаях падения с высот прямых изолированных повреждений почек не наблюдалось, повреждения возникали отдаленно в результате сотрясения всего тела от первичного контакта. При падении на голову (2 случая), один из пострадавших скончался на месте происшествия, второй из них умер в лечебном учреждении на 2 сутки; при этом, кроме кровоизлияния околопочечную жировую клетчатку, макроскопические повреждения почек не наблюдались. Микроскопически отмечалось: ишемия сосудов, диапедезное кровоизлияние, выраженный отек межтубулярной ткани и капсул Баумена Шумлянского, дистрофия

извитых канальцев. При падении на заднюю поверхность тела (4 случая), трое из пострадавших умерли на месте происшествия, а один умер в лечебном учреждении спустя 8 дней. От падения на ягодицы (2 случая) смерть наступала на месте происшествия. Во всех случаях отмечались повреждения обеих почек с очаговыми подкапсулярными кровоизлияниями у ворот органа на 2-3 и на 5 сегментах, а также обширными кровоизлияниями в окологочечную и забрюшинную клетчатки. В одном случае обнаружилось параллельное расположение вертикально направленных поверхностных, зизгагообразной формы, разрывов капсулы и паренхимы на задней поверхности правой почки соответственно 5 сегменту. В 4 случаях отмечались кровоизлияния под слизистой оболочкой лоханок в области 1-2-3 сегментов и мочеточников. Микроскопически полнокровие сосудов, диапедезное кровоизлияние, отек межтубочной ткани и капсул Баумена Шумлянского, дистрофия эпителия извитых канальцев. Падения на ноги (3 случая): двое пострадавших умерли в лечебном учреждении на 2 день после получения травмы, а один - на 3 сутки. У них наблюдались массивные кровоизлияния в области ворот почек в 3 и 5 сегменте, окологочечную и забрюшинную клетчатки. Подкапсулярных кровоизлияний и повреждений слизистых оболочек лоханок и мочеточников не обнаружено. При микроскопии выявлено неравномерное полнокровие сосудов, диапедезные кровоизлияния, отек межтубочной ткани, дистрофия, очаговый некроз эпителия извитых канальцев. **Выводы:** Таким образом, повреждения почек при падении с высоты имеют морфологические особенности, зависящие от положения тела в момент удара о грунт и локализации первичного удара. При падении на заднюю поверхность тела и ягодицы повреждения почек более выражены и имеют отдаленный характер, свойственный для сотрясения тела (очаговые и обширные кровоизлияния, разрывы), обусловленный иной направленностью действующей силы относительно вертикальной ориентации подвешивающего аппарата почек. Случаи продольного воздействия, то есть при падении на голову или ноги, сопровождаются невыраженными повреждениями в виде кровоизлияний. Смерть через некоторое время после падения вероятно наступает (при изолированных повреждениях) вследствие структурных изменений сосудов (неравномерное полнокровие, ишемия), межтубочной ткани (диапедезное кровоизлияние и отек) и канальцев почек (дистрофические изменения канальцев).

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Akrmova S.S., faculty of high nurse business

The chair of languages, pedagogy and psychology (the chief of chair docent Babayeva D.X.)

Scientific Supervisor: Xayitov P.M.

Obstetrics and gynecology is concerned with the care of pregnant woman, her unborn child and the management of diseases specific to women. The specialty combines medicine and surgery. This page provides useful information on the nature of the work, the common procedures/interventions, sub-specialties and other roles that may interest you. Most consultants within the specialty work in both obstetrics and gynecology (O&G). Many have a major special interest in a particular area, such as high-risk obstetrics, fertility care or minimal access surgery. A smaller number of consultants work as sub specialists, with all of their work concentrated in a specific area of practice. This is a varied specialty, mostly dealing with healthy women, where unexpected challenges can present themselves on a daily basis. Work includes a large number of hands-on procedures, both in obstetrics and gynecology. In gynecology, patients range from those who have chronic disorders which are not life threatening (but interfere significantly with quality of life), to those where an acute emergency presentation is the first indication of a gynecological problem. Gynecology is concerned with the well-being and health of the female reproductive organs and the ability to reproduce. It includes endocrinology, female urology and pelvic malignancy. The specialty spans pediatric and adolescent gynecological problems through to later years. In obstetrics most women, although pregnant, are otherwise fit and healthy. However, others will have acute or chronic medical problems that complicate their pregnancy and are under the specific care of an obstetrician. Obstetrics and gynecology is an exciting area. Many new techniques and procedures have been developed over the past 30 years, and transformed the health of women and babies. Improvements in ultrasound have made care of the baby in the womb a central part of the specialty. It is an evolving discipline with many research arms, both at clinical and molecular level. Common procedures/interventions Within obstetrics, most of the care of low risk mothers and uncomplicated deliveries are performed by midwives. About 35% of births are undertaken by an obstetrician, usually for more complex cases or if the baby becomes distressed during labor. Their work includes: - using instruments to assist delivery - including forceps or a ventouse (vacuum-assisted delivery); - performing caesarean sections, either as a planned or emergency procedure. Gynecology Within gynaecology procedures include: - carrying out surgical interventions following miscarriage; - treating abnormal bleeding and polyps; - major surgery for gynaecological cancers; - minimal access surgery for problems including endometriosis. Keyhole or minimal access surgery is now commonplace and has many advantages. Assisted reproduction (fertility treatment) has helped many thousands of women have a family, which would not have been possible in the last generation.

HYALURONIDASE, LECITHINASE AND HEMOLYTIC ACTIVITY OF CLINICAL STRAINS OF S. AUREUS, ISOLATED FROM PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME (DFS)

Askarbekova M.

Department of microbiology (Head of Department - associate Professor Akhmetova S.B.)

Scientific mentor: Associate Professor Akhmetova S.B.

Recent studies show that, in 85% of cases of traumatic amputations in patients associated with diabetes. Currently, the predominant causative agent 25-73% of necrotic complications of diabetic foot syndrome is Staphylococcus aureus. An important factor in the spread of S.aureus host organism in surgical infection is the presence of proteolytic enzymes. Hyaluronidase acts on cement of the interstitial connective tissues, thus hyaluronic acid is depolymerized. The level of hyaluronidase activity pathogens of suppurative infection correlated with the severity of the process. Purpose: Studying and lecithinase hyaluronidase and hemolytic activity of S. aureus, isolated from patients with DFS. Objectives: 32 strains of S. aureus, isolated from patients with DFS and 25 strains S. aureus from the control group (wound infection without DFS). Methods: Identification of microorganisms was carried out on MALDI - TOF spectrometry (BRUKER 2012). Lecithinase was determined in the egg-salt agar, hemolytic activity on blood agar, hyaluronidase by the method of McClean in the modification M. ShMogilevsky and LS Kogan, 1949. By the degree of hyaluronidase activity all strains were divided into following groups: high, medium, weak and absent activity. Results: All of the 32 strains (100%) S. aureus isolated from patients with DFS possessed lecithinase, 30 strains (93.75%) hemolytic activity. In the control group of 25 isolates hemolytic activity was registered in 20 strains (80%) and lecithinase 24 (96%). 28 (87.5%) strains S.aureus isolated from patients with DFS had a high degree of hyaluronidase activity, and 4 strains (12.5%) with an medium degree of

hyaluronidase activity. In the control group of strains of *S. aureus* on hyaluronidase activity was distributed as follows: 12 high (48%), medium 7 (28%), weak 4 (16%) and absent 2 (8%). The degree of microbial contamination of the wound in patients with DFS was $4,1 \pm 0,2 \times 10^7$ CFU / g in the control group $0,5 \pm 5,5 \times 10^5$ CFU / g ($P < 0,01$). Conclusions: *S. aureus* strains from patients with DFS distinguished with a high degree of microbial contamination and the ability to secrete proteolytic enzymes, and this may contribute to chronic inflammation.

RESTRUCTURING SYNTHESIS AND SECRETION OF PANCREATIC ENZYMES WITH BLOCKADE OF CHOLINERGIC INNERVATION OF THE VARIOUS LINKS

Askaryane V.P., Abdullaeva S.Kh.
Tashkent Pediatric Medical Institute

As a method of study of the nervous system and individual organs used surgical removal of a part of the nervous system or transection of individual nerves, as well as less traumatic, namely off different parts of the central or peripheral nervous system by pharmacological means. In research are often used substances that can alter the functional state of the central nervous system and the level of synaptic transmission. Such drugs can alter the regulatory processes and thus affect the state, trophic and function of many organs and systems. **Purpose and objectives:** The purpose of this study was to investigate the synthesis and secretion of rearrangements of pancreatic enzymes in off different links cholinergic innervation with anticholinergics. **Materials and methods:** The experiments were performed on mongrel white rats. For statistical calculations were used with 10 animals. Register indicators were on time just after the laboratory data. Information expressed as the amount of being aggregated, including and using special software. Using the method of variation statistics and calculation of the main parameters for the Student. **Research results:** The studies in experimental animals (rats) show that if early after birth to block them with anticholinergics the cholinergic innervation of the various links, namely, with atropine – peripheral m-cholinergic receptors, with benzogeksony – ganglia, with amizile – central m-choline reactive structure rising part of the reticular formation of the pancreas violated. On the 5-6th day of rats off various parts of the cholinergic innervation in less alter the natural development of exocrine pancreatic function than a similar action on the 2-3 rdday of life. In this case, a stronger inhibitory effect was observed with blockade of peripheral m-cholinergic receptors. Particularly susceptible to change was amylase. To a lesser extent on the development of exocrine pancreatic function blockade affected ganglia, even less – the central structure. **Conclusion:** The investigations led to the conclusion that in the off various parts of the cholinergic innervation of the development of the synthesis of enzymes violated more than the formation of secretion. **Output.** 1. Select atraumatic way to explaore different parts of the innervation of these or other authorities paid off in terms of selection gentle method of experiment; 2. atropine has a more pronounced effect with respect to other anticholinergics – peripheral m-cholinergic receptors experienced a strong inhibitory effect; 3. in the off various parts of the cholinergic innervation of the development of the synthesis of enzymes breaks down more than the formation of secretion.

BARROQUE MUSIC AS FACTOR FOR IMPROVING STUDENTS' RECALL Atakhanova A.M., 2nd year student of treatment faculty of Tashkent Medical Academy Department of informatics, biophysics and normal physiology Supervisor: associate Professor Saydalikhodjayeva S.Z.

Trial Objectives and Purposes: To verify the rightness of the hypothesis that classical music positively impacts on the students' memory and that earphones, on the contrary, are deleterious and negatively impact on the recall. **Materials and Techniques:** Thirty 1st and 2nd year students of Tashkent Medical Academy; questionnaires; Computer Electroencephalograph; red-and-black-table by Platonov and Schulte; headphones; speakers; Johann Sebastian Bach's "Air on the G String". The research consists of three phases. On the first phase sixty two first and second year students of Tashkent Medical Academy were conducted a survey whereby thirty of them were selected. Students who have ever had any head injuries, who are able to play a musical instrument and/or has a musical education, who were taking any nootropic drugs were excluded. On the next phase, previously selected thirty students were taking a test. A test consisted of three stages, each of which had four similar tasks. The first task composed five rows of digits. An examiner wrote digits row by row on the desk. Then in five seconds she erased them. Students had to memorize each row and write them down on the sheet. The second task contained ten two-digit numbers. The examiner wrote numbers and erased them successively, so that students had to keep in mind all of them. As the examiner turned towards students, they had to take their pencils and write down all the numbers they had remembered. The third and the fourth tasks were similar to the previous two ones, but they composed syllables instead of digits and words instead of numbers. The first stage was carried out using earphones with Johann Sebastian Bach's "Air on the G String"; the second one was conducted in a silence (control group); and the third stage was carried out with the same music but in speakers. During the last third phase of the research, which was conducted in Republican Sport Medicine Scientific Practical Centre under National Olympic Committee of Uzbekistan with help of recreation therapist and sport psychologist Pardaboev O.B., 30 students were taken an electroencephalogram using red-and-black-table Platonov Schulte (24 red and 25 black numbers). The EEG was carried out following the protocol: 1) The record of a baseline EEG, while a student was matching numbers from 1 to 25 in right order in a silence; 2) A recess during 1 hour in order the student could forget the numbers combination; 3) The record of an EEG with a music using speakers for listening to music while student was matching numbers from 1 to 25 in right order; 4) A recess during 1 hour in order the student could forget the numbers combination; 5) The record of an EEG with a music using headphones for listening to music while student was matching numbers from 1 to 25 in right order. **Results:** In the first experiment it is found out that the process of memorizing decreases while listening to baroque music using earphones (the per cent of mistakes is 17.3%) and increases while listening to the same music using speakers (the per cent of mistakes is 11.8%), comparing with the control group (the per cent of mistakes is 15%). As a result of the second research with EEG and red-and-black-table by Platonov and Schulte (24 red and 25 black numbers) it is ascertained that the expression of alpha-rhythm increases (from 9.17 μ V in a baseline EEG to 10 μ V while using speakers). The expression of delta-rhythm was within the normal range. Using headphones decreased the expression of alpha-rhythm comparing with speakers (9,5 μ V) and increased the expression of delta-rhythm (from 11 μ V in a baseline EEG to 11,83 μ V while using headphones). Switching and distribution consideration which was determined using red-and-black-table by Platonov and Schulte increased while students were listening to music, comparing with the same test in a silence (from 39sec in a silence to 32sec while listening to music). **Conclusions:** The obtained data indicate that the functional activity of the brain declines and show the prevalence of inhibitory processes while using earphones. However listening to classical music without earphones improves learning capacity and can help to enhance memorizing process while preparing for examinations.

NEW ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF PHOSPHONIUM DERIVATIVES OF PYRIMIDINE
AND ITS RELATIONSHIP WITH CHEMICAL STRUCTURE

Chyhrynets D.R., Kysylychak Y.A., students of group 12, 2nd year, Gumenna M.V., students of group 8, 3rd year of Medical faculty №1 of BSMU

Department of general medicine №1, chair of microbiology and virology (head of department Dejneka S.Ye.)

Scientific Supervisor: assistant - professor, c.m.s. Gumenna A.V.

Aim of work: Search for new antibacterial agents with high chemotherapeutic activity and low toxic effect. **Materials and study methods:** Study of antibacterial and antifungal activity of 22 new phosphonium derivatives of pyrimidin was carried out on 6 microbe test cultures (*S.aureus* ATCC 25 923, *E.coli* ATCC 25 922, *E.faecalis* ATCC 29213, *P.aeruginosa* ATCC 27 853, *B.subtilis* 8236 F 800, *C.albicans* ATCC 885-653) by micromethod in Sabouraud's liquid medium and meat-peptone broth with the use of single application polystyrene plates and Takashi's microtitrators. 0,05 ml of 4-hour culture was added to 96-well microplates (1 ml of medium contained 10^5 CFU (colony-forming units); dilution 1:100 in Sabouraud's liquid medium was used for *C. albicans*. Stock solution of analyte at a concentration of 1000 ug/ml was transferred into the first plate by means of platinum basket. The next analytes were put into the other plates of first line in the same way. Successively turning the baskets concentration from 500 ug/ml to 3,9ug/ml was reached in all of the plates. By analogy experiment on other plates with the following testing cultures of microorganisms was carried out. After this the plates were put into the dampening chamber of incubator at a temperature of 37°C and incubated for 24 hours (for fungi respectively 28°C, 48 hours). **Results:** It was discovered that pyrimidinophosphonium salts that have chlorophenyl radicals in the 2-position of pyrimidine cycle have the highest antimicrobial activity. Minimal bacteriostatic and fungistatic concentrations were established for *S.aureus* ATCC 25 923 - 0,975 ug/ml, *E.coli* ATCC 25 922 - 62,5-250 ug/ml, *E.faecalis* ATCC 29213 - 3,9-31,2 ug/ml, *P.aeruginosa* ATCC 27 853 - 62,5-250 ug/ml, *B.subtilis* 8236 F 800 - 0,244-0,488 ug/ml, *C.albicans* ATCC 885-653 - 3,9-15,6 ug/ml. Study of influence pattern of chemical structure on their antimicrobial activity was done at the second stage. It was shown that substitution of phenylic radical for thienylic in derivatives under study leads to significant reduction of activity. Results of the study confirm that adding a triphenylphosphonium group to the 5-position of pyrimidine ring increases antibacterial and antifungal activity significantly in comparison to other compounds that have hydrogen atom in 5-position of pyrimidine. Extension of alkyl chain in alkylthionyl substituent in the 6-position of the cycle leads to increase of antimicrobial activity. Antennarity of alkyl does not influence antimicrobial activity significantly. Comparing pyrimidine-containing phosphonium substances topiperazine fragment in 4-position it should be noted that removing piperazine fragment from the pyrimidine ring by one methylene group results in increase of antimicrobial activity. Substitution of piperazine ring for pyrrolidine also causes increase of antimicrobial activity. **Conclusions:** therefore, pyrimidinophosphonium salts display the highest antimicrobial activity. It was shown on *S.aureus* ATCC 25 923 and *B.subtilis* 8236 F 800. It was revealed that antimicrobial activity of pyrimidinephosphonium salts depends on chemical structure. The search for new antimicrobial agents among the phosphonium compounds remains acute in terms of their further study as potentially highly effective antiseptic substances.

EXPRESSION PATTERN OF INDUCIBLE NITRIC OXIDE SYNTHASE IN LOCUS COERULEUS NEURONS
IN RATS WITH SPONTANEOUS ARTERIAL HYPERTENSION

Danukalo M.V., assistant lecture of department of pathological physiology of ZSMU

Department of pathological physiology (the head of department - MD prof. Kolesnyk Yu.M.)

Scientific supervisor: prof. MD, PhD, DSc Gancheva O.V.

Purpose: To study an expression pattern of inducible nitric oxide synthase (iNOS) in locus coeruleus neurons in rats with spontaneous arterial hypertension (SHR) compared with rats with normal arterial pressure (Wistar). **Materials and methods:** Investigation was conducted on 10 male Wistar rats with normal arterial pressure and 10 male rats with spontaneous arterial hypertension (SHR). The systolic blood pressure of one's was 155 ± 5 mm Hg. Rats' weight was 250-270 gr. The object of the study was brainstem. Expression of iNOS in serial sections of the brain stem was studied by immunofluorescence method. Microphotographs of studied structure were processed using digital image analysis program Image J. In the LC structure were determined the following parameters: concentration of immunoreactive material to the iNOS and the specific area of immunoreactive material to iNOS. **Results:** The problem of studying of functional neuronal activity of vegetative regulatory centres under pathology is topical in modern neurophysiology. One of such regulatory centres of vegetative nervous system (VNS), especially its sympathetic part, is a group of noradrenergic neurones of brainstem, which is called locus coeruleus (LC). Activity of LC neurones depends on condition of trophic component (vascularisation and glial cells) and condition of neurotransmitter component, which defines the condition of interneuronal communications. Both of the above-mentioned components of neuronal activity could be realized through the nitric oxide system. An effector of this system is nitric oxide (NO). The amount of NO, as well as the place of its synthesis, depends largely on the isoform of the enzyme involved in the formation of nitrogen monoxide. Taking into account all above-mentioned, we can suggest, that imbalance in NO-system in LC structure can affect on neuronal activity, that further entail mismatch in VNS work. The study found that in SHR concentration of immunoreactive material to the iNOS increased by 50,8% ($p < 0,05$), and the specific area of immunoreactive material to the iNOS increased by 14,14% ($p < 0,05$) group compared with control animals. **Conclusions:** Based on the results of our study, we can do the following conclusions: 1. The expression of iNOS in LC neurons of SHR is significantly different from that of LC neurons of Wistar rats. 2. The observed increase of concentration of immunoreactive material to the iNOS and increase of specific area of immunoreactive material to iNOS in SHR may reflect the fact that in addition to the activation of expression of the enzyme in active neurons LC, this process involves new neurons previously not expressing iNOS or expressed it in minimum quantities. 3. These iNOS expression changes in LC neurons can be interpreted as an adaptive response to spontaneous hypertension in SHR.

SENSITIVITY OF CLINICAL AND REFERENT STAINS OF MICROORGANISMS TO INFUSIONS OF MEDICAL HERBS

Humenyak O.I., Yermilova O.O., 2nd grade students (group №21),

Hudyk R.R., 2nd grade student (group №29), medical faculty №2 BSMU

The department of microbiology and virology (the head of department. - Doctor of medical sciences Dejneka S.Ye.)

Supervisor: Associate Professor, Ph.D. Rotar D.V.

Introduction: Prevention and treatment of septic infections are one of the complex and urgent problems of modern medicine. The widespread use of antibiotics had not only justify entrusted to them hope, but also created a number of new problems requiring urgent solutions. First of all, high rates of pyogenic microflora acquisition of antibiotic resistance. **Objective:** Installing and comparing the spectrum of sensitivity of clinical stains of microorganisms to 12 herbal infusions of various origins

and producers. **Materials and Methods:** Screening antimicrobial properties in vitro held for 12 herbal infusions of various origins and producers. For the study 15 test strains (including six test cultures of reference: *S. aureus* ATCC 29213, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *P. vulgaris* ATCC 6896, *K. pneumoniae* ATCC 10031, *B. subtilis* ATCC 6633 and 6 clinical strains of the respective bacterial species, 1 test reference strain yeast fungi genus *Candida*, *C. albicans* ATCC885-653, and 2 clinical strains of the same species) were used. **Results and their discussion:** Therefore, antimicrobial properties of the infusions of herbs were found, most convincing results were observed in infusions of Arnica Mountain, Echinacea Purpurea and Eucalyptus, relatively referent strains of microorganisms, the minimum inhibitory and minimum bactericidal concentration which ranged from 1:128 to 1:32, moderate activity noticed in peppermint liqueurs and Sophora Japanese with indicators from 1:32 to 1:8. In return spectrum of antimicrobial properties was relatively broad to collection of strains that were predictable, but particularly noteworthy results obtained from studies impact on clinical strains of microorganisms that are poliantibiotic resistant. Thus, the antimicrobial activity of herbal infusions reduced to one dilution relative to each type of sensitive species and sometimes to the same one, suggesting the lack of resistance to these drugs and determine the uniformity of the sensitivity of the referent collective and clinical strains to plant extracts. **Conclusions:** A screening of the biological properties of medicinal plants infusions demonstrated that plant extracts are a potential reserve for the creation of new sources of antimicrobial agents, particularly in relation to antibiotic-resistant clinical strains of microorganisms that are formed under the constant influence of synthetic and semi-synthetic antimicrobial agents. Experimental studies have shown no resistance to biologically active substances contained in medicinal potions, and selected uniform sensitivity reference of collective and clinical strains to plant extracts.

VARIANT ANATOMY OF THE UPPER LIMB SUPERFICIAL VEINS IN HUMAN FETUSES AGED 7-9 MONTHS

Khmara A.B., the second year student of group 19, Komar T.V., the second year student of group 6, Nykorych D.M. the second year student of group 6 of the medical faculty №1 Turkevych N.H. BSMU

Department of human anatomy (head of the department – professor Kryvetskyi V.V.)

Scientific advisor: professor Khmara T.V.

Objective: To establish the variations of the topography of the upper limb superficial veins in human fetuses. **Material and methods:** Macroscopic study of typical and variant anatomy of saphenous veins of the upper extremities was conducted on 17 fetal specimens aged 7-9 months 231.0-345.0 mm parietal - coccyx length (CRL) using methods fine preparation and morphometry. **Results:** We established some variations of the topography of the cephalic and basilic veins, the median ulnar vein and the median vein of forearm. In the fetus with 250.0 mm of CRL the end section of the median vein of the fore arm bifurcated into the median cephalic vein of the fore arm and the median basilica vein of the fore arm. The median cephalic vein of the fore arm enters the cephalic vein in the antecubital fossa while the median basilica vein of the fore arm enters the basilica vein of the fore arm respectively. In the fetus with 270.0 mm of CRL the anastomosis in the region of three superficial veins of the left forearm (cephalic, basilic and median veins of the forearm) resembled the letter «Y». The fetus did not have the median ulnar vein. In the fetus with 280.0 mm of CRL superficial veins of both right and left upper limbs, branch in the subcutaneous layer and anastomose widely between themselves and with the deep veins. The cephalic vein of the right upper extremity originates from the back venous network within the first dorsal metacarpal vein. The cephalic vein rises along the radial edge of the forearm, deviating gradually to the ulnar fossa. The cephalic vein in the wrist area is 16.0 mm long while in the area of the forearm it is 34.0 mm long. The basilica vein starts from the dorsal venous network too, but from its elbow side. From there it passes gradually to the front surface of the forearm. The basilica vein in the forearm area is 56.0 mm long. As a variation of the topography, we found an additional cephalic vein 32.5 mm long and an additional basilica vein 38.0 mm long on the left forearm, which enter the cephalic and basilic veins respectively. The median vein of the forearm being 16.0 mm long, is heading obliquely upwards and is an N-shaped anastomosis, between additional cephalic and additional basilic veins. The median antebrachial vein is connected to the deep veins through the penetrating vein. The median ulnar vein is absent. On the shoulder the cephalic vein lies in the lateral biceps sulcus, deviates in the median direction, penetrates the deltoid fascia and occupies the deltoid-pectoral groove. The cephalic vein in the shoulder area is 59.0 mm long. The cephalic vein reaches the clavicular triangle and enters the axillary vein. The basilic vein being 35.0 mm long in the shoulder area, passes in the paramedian biceps sulcus, pierces the brachial fascia and enters the brachial vein. In the fetus with 325.0 mm of CRL the right basilica vein of forearm, 26.0 mm long, reaching the paramedian area of the antecubital fossa, connects with the median ulnar vein which is 13.0 mm long. The basilica vein pierces the brachial fascia on the border between the lower and middle thirds of the shoulder, anastomoses with the brachial veins, reaches the arm plexus as a part of the neurovascular bundle of the shoulder and enters the right axillary artery. **Conclusion:** Therefore, you can observe individual anatomical variety of superficial veins in the upper limb in human fetuses aged 7-9 months. In the area of the forearm various anastomoses resembling letters «N», «S», «W», «Y» are formed.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SUICIDE CASES AMONG THE POPULATION OF ALMATY CITY FOR 2014 - 2015 years

Kolesnikova A., Kurmanali N., Meralieva Sh., Turgan I., Mohammad Q. A., Hamidula J., students of 5th year, Faculty of General Medicine 062-01 group KazNMU them. SD Asfendiyarov

Department of Ambulance and Emergency medical aid (head of the Department - professor Turlanov K.I.)

Supervisor: assistant Zhubatkanova Zh.K.

Purpose of the research: To conduct a comparative analysis of suicide cases from those, who have applied for medical aid to Emergency medical services during 2014 and 2015, and to detect changes in terms of suicidal mood of the population within two years analyzed. **Material and Methods of research:** The research was conducted on the basis of calls to ambulance in Almaty city, comparative assessment statistics of committed suicide among population of Almaty has conducted for the years 2014 and 2015. **Results of research:** According to the results of studies of calls to ambulance in Almaty city in 2014 there were 1 730 cases of suicide attempts. 1407 of them were poisoning drugs, which made 81%, 97 - 5.6% of the cases of suicide used acetic acid, 97 - 5.6% of the cases of suicide were hanging. And in the remaining 129 cases, 11.2% of people committed suicide by other methods (used petrol, aconite and other poisonous substances). 25 suicide cases have been deathly. In 2014, women committed suicide two times more often than men; which made up 32.72% - men, and 67.28% - women. In 2015 have been registered 1615 calls to ambulance committing suicide attempts, 124 cases of which were deathly, 980 - 60.68% of them was poisoning drugs and acetic acid. Mechanical asphyxia in 146 - 9.04% cases. 489 cases of suicide was accomplished in other ways (cutted veins 384 - 23.78%; falling from height happened 31 times - 1.92%; and also 74 - 4.58% cases amounted to gunshot wounds, self-immolation and other). Estimating the age categories of persons who attempted suicide, found that teens (under 18 years) make 9.29% of the total number of cases of suicidal actions; adults (from 18 to 70 years) - 87.86%; and the elderly (over 70 years) - 2.85%. According to Gender of

people who committed suicide in 2015, distributed as follows: male - 62.77%, female 37.28%. **Conclusions:** Thus, our studies show a positive trend of reducing suicide attempts among Almaty people in the period from 2014 (1730 cases) and 2015 (1615 cases), but remains high in spite of this, the total number of suicide fatalities - 125 and case 124, respectively. Unchanged for two years remains the predominant method of committing suicide attempts - poisoning drugs, acetic acid and other toxic products - 81% in 2014 and 60.68% in 2015, due to their availability and ease of reception. Marked increase in the proportion of cases of suicide by mechanical asphyxia by 4.44% (from 5.6% to 9.04%), and attempt to commit suicide by cutting veins of the forearm, neck - 23.78%. There is a tendency to increase the proportion of men committing suicide - from 556 cases in 2014, accounting for 32.72% to 1013 cases - 67.77% in 2015. Consistently high is the number of suicide attempts in the category of middle-aged people (18 to 60 years) - 87.86%; adolescents under 18 years have resorted to suicide attempt at 9.29%, the share of older people (over 70 years) accounted for 2.85%. The conducted comparative analysis of the suicide cases among the population of Almaty city in 2014 and 2015 shows, of course, a positive trend in terms of reducing the total number of calls about suicide attempts but, nevertheless, their number remains high, and the cases are more planned and creative, which leads to an increase in deaths since the late detection of predisposition to late of medical care and less chance to stay alive.

THE USE OF TRADITIONAL MEDICINE MAELURA AURANTIACA

Mombekov S.E., PhD student,¹ doctor pharm.n, professor, R.D. Dilbarhanov,¹
doctor pharm.n, professor, U.M. Datkhayev,¹ PhD, Y.K. Orazbekov.,^{1,2}
Kazakh National Medical University name of S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan¹
South Kazakhstan pharmaceutical academy, Shymkent, Kazakhstan²

In modern conditions the majority drugs acting in official medicine had made on the basis in folk medicine before using plants. In folk medicine believes that Maclura aurantiaca treats different tumour of them cancers slowly but exact. Usually Maclura aurantiaca infusion takes a year or more. Thus resulting in prolonged reception can get rid from any tumours (cancers) including metastases. Maclura aurantiaca infusion is used every day. Considered that it strengthens the immune system fatigue, the poisoning effect against cancer, kills viruses, strengthens nervous and cardio-vascular system. Purple Maclura aurantiaca juice are used for treat cancer of skin, dermatitis, Radiculitis, Eczema, Reumatizm, High blood, Pressure, Hemorrhagic pathologists, Gout, Salt exchange, Polyarthritits, Osteochondrosis, Accumulations of salt, Sprouts bone reception on outside. Magninant diseases, Pancreatic cancer, sexual penile cancer, cancer of lungs, cancer of gastrointestinal, mioma, cancer of prostate gland, cancer of throat, cancer of lip for these diseases reception of get from the fruit of Maclura aurantiaca is used in inward. The row of research works is worked out on the study of illnesses joint of man discovered that Maclura aurantiaca so vegetation, and similarly attracted to research. By appearance all the same were investigational 10 patients and lonely nazologia illness. Young people including 65±15 suitable 5% or 50% of investigators are men and 5% or 50% are woman. **Method of treatments:** Diseases joints in case patients are cho with. During curative research in terms pharmacies prepared infusion in composition flovinoid and zhungar aconite. Method of preparation infusion from fruit of Maclura aurantiaca: fruit will grind up, to pour in 50% and leave in good closed dish. Prepared infusion is used after 6-10 days patients receive tincture in the form of compresses. In result the infusion from fruit Maclura aurantiaca showed medical influence. It was said that the fruit Maclura aurantiaca, include 10-15% izoflavon. Majority P-vitamins wich active polifenol, izotop, strengthen and improve blood-vessel and capillary. Extract is got from the fruit Maclura aurantiaca will be used cunnative means guality of medicinal means at blood-vessel system. The tincture got from fruit Maclura aurantiaca used man after operation period, in all types of insufficient cordial-vascular system in the cancer of intestinal and cancer of uterus in different appearances of allergy, clots of vein, in the burns.

THE STUDY OF ASCENDING PART OF THE AORTA IN HUMAN FETUS IN AGE ASPECT

Mirzaeva SH.A., the student medical pedagogic faculty of 206-group SamMI
Department course OSTA (the head of the department associate professor: Agzamov K.A.)
Scientific supervisor: professor Gabchenko A.K.

The aim and the objectives of the study: ascending part of the aorta in human fetuses has a complex and variable topography. According to the literature date the anatomy of the ascending aorta in human fetuses has not been essentially studied at present. So our aim is to study anatomy of ascending part of the aorta in human fetuses. **Material and methods:** 18 fetuses aged: 4-5 lunar month: male fetuses-4; 4-5 lunar month female fetuses-5; 6-7 lunar month male fetuses-6; 6-7 lunar month female fetuses-3 have been studied under the microscope MBS-2 by micropreparation method. Perimeter of ascending part of the aorta and length in mm depending on the heart form and type of the fetal body structure were measured as well as transverse size of the heart. It appeared that the fetal hearts of various ages are of different form: conical, transverse, drop-like, spherical forms. **Results:** It was established that conical heart form is observed in the fetus of normasthenical type of body structure, spherical heart form in hypersthenical type of body structure. Transverse form is observed between conical and spherical forms. Transverse size was slightly larger in the female fetus then in the male fetus. In fetuses of 4-5 lunar month transverse size made 7-13 mm and in female 9-17 mm. In fetuses of 6-7 lunar month in male fetuses it made 16-23 mm and in female 19-25 mm. In 4-5 lunar month the perimeter of ascending part of the aorta was 4.8-7.2 mm in males and 4.5-8.6 mm in females. In fetuses of 6-7 lunar month perimeter in males made 8.6-13 mm and in females 8.7-13.5 mm. With this there are differences according to their narrow, middle and wide form of the heart. **Conclusions:** Thus, parameters of ascending part of the aorta in human fetuses increase continuously with age but irregularly that is significant in cardiology and cardiosurgery. There were also marked gander differences in fetuses of 4-5 lunar month age in aorta length and as well as depending on the heart form.

DYNAMICS OF SENSITIVITY OF CLINICAL STRAINS OF M. TUBERCULOSIS TO ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS

Patraboy V.V., 6th grade students, Rak R.O., Zakutnii O.O., 2nd grade students, medical faculty №2 BSMU
The department of microbiology and virology (the head of department - Doctor of medical sciences Dejneka S.Ye.)
Supervisor: Associate professor, Ph.D. Rotar D.V.

Introduction: In 1995 Ukraine declared an epidemic of tuberculosis (TB), and since 1995 the morbidity rate of TB has almost doubled and when the highest level of this indicator was registered (2005), it amounted to - 84.1 cases per 100 thousand population. However, in comparison to the gradual stabilization of the epidemic process in 2006, the spread of MDR TB (MRTB) is a thread nowadays. According to the WHO, 16% of patients who were diagnosed with TB first time and 44% of patients who have relaps of the disease have MDR TB (Statistics in Ukraine). **Objective:** The intention of our study was to analyze the changes in the

sensitivity of clinical strains of *M. tuberculosis*, isolated in the Regional Clinical TB Dispensary, to anti-TB drugs of 2009 to 2015 years. **Materials and Methods:** The changes in the sensitivity of clinical strains of *M. tuberculosis*, isolated in the Regional Clinical TB Dispensary, to anti-TB drugs of 2009 to 2015 years is the subject of the study. Research methods: statistical analysis. **The results and their discussion:** All schemes of medical treatment are developed on the basis of representative data on drug resistance in various categories of patients in the absence of individual data on drug susceptibility test (DST). However, when TB is suspected it is obligatory to conduct DST for particular patient. The standard regimen of chemotherapy (CT) is 8 pyrazinamide (Z) capreomycin (Cm), levofloxacin (Lfx) prothionamid (Pt) (Ethionamidum (Et)) cycloserine (Cs) (\pm para-aminosalicylic acid (PAS)) / 12 Z Lfx Pt (Et) Cs (\pm PAS). But it does not mean that it is not allowed to go beyond this schemes. The sensitivity of each strain to antimicrobials is individual and depends on many factors. DST has been conducted since 2009 to such drugs: rifampicin (R), kanamycin (Km), ciprofloxacin (Cip), moxifloxacin (Mxf), tsefityzoksimu (Zox), ceftriaxone (Cro), cefoperazone (Cfp) and clofazimine (Cfz); after 2012 the method of standard discs to determine the sensitivity to R, Km, Cip Com and has not been held. DST has not been performed to amoxicillin/clavulanic acid (Amx/Clv) and gatifloxacin (Gfx) since 2013, and since 2014 - To Mxf, Resistance to Lfx and Cro has been systematically determined since 2009. Strains of *Mycobacterium tuberculosis* retained sensitivity or even strengthen to the Km, Cro and Lfx and zone of the growth retardation increased from 15 mm to 20 mm or more, indicating the rational use of these drugs (their correct selection, dosage and combination). Regarding Amx/Clv, Cip, Gfx, Mxf, R and Cfz, clinical strains have formed tendency of increasing resistance to this drugs (areas with stunted growth less than about 10 mm average) for the study period, which is an evidence of its wrong combination and dosage. It is obvious that among the drugs, that DST was conducted to, there are those which for various reasons were excluded from the study. For example, lack of disks or a change to the molecular genetic method of determination the sensitivity led to the exclusion. However the main reason was the loss of an expediency in the conduction, because the drug is being used anyway or was excluded of the treatment schemes. **Conclusions:** Thus, having considered the DST data of clinical strains of *Mycobacterium tuberculosis* we can evaluate the tendencies of stabilization or straightening the sensitivity to kanamycin, ceftriaxone and levofloxacin, and noted the possibility of loss amoxicillin/clavulanic acid, ciprofloxacin, gatifloxacin, moxifloxacin, cefoperazone, rifampicin and clofazimine as medications. Each antimicrobial sensibility test (AST) provides data on individual characteristic of microorganisms, so due to analysis of changes, in population of MBT localized in a particular ecological unit, and dynamics of sensitivity changes to anti-TB drugs we can evaluate the rationality of its usage in the clinical treatment.

LECTINOHISTOCHEMICAL REGULARITIES OF THE HUMAN PAROTID GLAND EPITHELIAL GERMS DIFFERENTIATION

Rak R.O., a second-year student, Medical Faculty № 2 BSMU

Department of Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery (chief: Professor Slobodian O.M.)

Scientific advisor: Candidate of Medical Science Lavriv L.P.

Glycopolymeric (GPM) compounds make up structural and functional basis of cells and tissues of a living organism. Existence of identification and junction of such glycopolymers by endogenic Lc in the body, called lectin-receptor interactions, can trigger lectin-dependent regulations of cellular functions and cellular response in ontogenesis which stipulate differentiation of tissues and their structural components. **Objective:** to study expression of Lc GPM-receptors on the surface of cells, cytoplasm and on the basal membrane of the human PG epithelial germs and oral cavity with its derivatives. **Material and methods:** 20 human embryos and pre-fetuses aged from 21 days to 12 weeks of intrauterine development were examined. Glycopolymers were found by means of treatment of Lc serial sections conjugated with horseradish peroxidase. **Results:** Early histogenesis of PG, oral cavity with its derivatives are found to be accompanied by GPM synthesis with final non-reduced residues of N-acetyl-D-glucosamine, and to a lesser extent - N-acetyl neuraminic acid, which appear to be Lc wheatgerms (WGA). The epithelium lining the oral cavity, buccal-alveolar pockets, tongue, and forming PG germs the stages of its development or isolation from the previous germs, contains a number of GPM with final non-reduced residues of N-acetyl-D-glucosamine, and to a lesser extent - N-acetylneuraminic acid. Development and growth of these organs result in a complete reduction of lectin receptors (LR) of wheat germs on the basal membrane (BM) of the epithelium. To the extent of growth and branching of the epithelium into smaller ducts of PG these substances are deposited on the epithelial apical surface (AS) of the major efferent ducts, and the epithelium of newly formed small ducts does not contain them. On early stages of human embryogenesis the cells of the PG epithelial germ synthesize a considerable amount of GPM with final non-reduced residues of N-acetylneuraminic acid. Cell migration in the process of dichotomic branching of the epithelium into smaller ducts of PG is connected with accumulation of sialic GPM on BM and AS, as well as in the cytoplasm of epithelial cells. At the end of principal branching (dichotomic divisions of PG germ) - to the 12th week of embryogenesis, LR of wallwart (*Sambucus nigra*) undergo reduction and are contained only in the cellular cytoplasm. The dynamics of expression and reduction of sialic-containing glucoconjugates which appear to be Lc of wallwart (*Sambucus nigra*), in the epithelial germs of the PG and oral cavity with its derivatives is similar and consists of biosynthesis and accumulation of a noticeable amount of these biopolymers on the earliest stages of the intrauterine development on the AC of the epithelial layer and in the cytoplasm inclusions. During the second and at the beginning of the third month of embryogenesis the concentration of these compounds remains on a high level in the same areas of localization. At the end of the third month of the intrauterine development the cytoplasm of epitheliocytes gets free from LR at the expense of their reduced amount on AS. BM of the PG epithelial germ and the oral epithelium with its derivatives during the whole period of the study on the action of Lc of wallwart (*Sambucus nigra*) remain SNA-negative. **Conclusions:** The dynamics of prenatal morphogenesis of the embryos and pre-fetuses of the 4th-12th weeks of embryogenesis expression of glycopolymers - lectin receptors on the surface of cells, in the cytoplasm and on the basal membrane of the PG epithelial germs and the human oral cavity with its derivatives by re-distribution of glycopolymers are similar, which can be the evidence of ectodermal source of the PG epithelial germ.

SEROVARIANTS E. COLI, WHICH PLAY A LEADING ROLE IN CHRONIC ULCERATIVE COLITIS

Rak R.O, Myroniuk Y.I., students of 21-st group, Skorotizhuk N.I. student of 29-th group, Medical Faculty №2 BSMU

The department of microbiology and virology (the head of the department - doctor of medical sciences Dejneka S.Ye.)

Scientific Advisor: Associate Professor, Ph.D. Rotar D.V.

Aim: To establish the persistence level of chronic nonspecific ulcerative colitis of enteropathogenic *Escherichia coli* in patients and their meaning in ecological system "macro organism- microbiota". **Materials and Methods:** During 2000-2015 years the bacteriological examination of content of the cavity of TC patients with UC of the age of 27-41 was conducted (the middle age 37,74 \pm 3,62). Among the patients there were 97 (61.78%) women and 60 (38.22%) men. The clinical diagnosis was

verified, based on the typical complaints, anamnesis, the results of clinical and laboratory research and instrumental examination with the help of modern informative devices and tools. The control group consisted of 107 healthy individuals who had not been suffering any disease and taking antimicrobials. The resulting cultures were tested in indicative agglutination reaction with polyvalent serum OKA. The positive culture was tested with polyvalent serum with a narrow range of OKB, OKC, OKD and OKE. Then, the reaction of agglutination cultures with monovalent compound-specific serums was conducted. In some rare cases, for verification of the serovariant *E. coli* the titration reaction if agglutination with OK-monovalent seras was used. For reliability of the results, the control of serum and culture was applied. The statistical processing of digital data was carried with the help of software package Statistica for Windows 6.0. with using Student's t-test. The results were considered reliable when $P < 0,05$. **The received results and their discussion:** An *Escherichia*'s infection is characterized by expressed polymorphism of the clinical picture which is connected, in our view, not only with protective factors of innate immunity of stricken organism, but also antigenic properties of enteropathogenic *E. coli*. The patients, who have *E. coli* O18ac:K77; O26:K60; O55:K59; O128ав:K67 in their colon cavities, their disease overruns the nosological form of the colienteritis. The patients, who have selected such serovariants as: O25:K11; O144:K; O124:K72 in their TC cavities (*EIEC* *Escherichia*) the disease runs as the bacterial dysentery. The disease of some patients, who had *E. coli* O25:K11 (4 patients) and O128:K67 (2 patients), occurred in choleric form. The serovariants, which belong to enteropathogenic *E. coli*, enterotoxigenic *E. coli*, enteroinvasive *E. coli* and enterohemorrhagic *E. coli* were found in the organisms of patients with chronic nonspecific ulcerative colitis. Most detected were enteropathogenic *E. coli*, which included 10 serovariants, among of which were O114:K90 (consistency index (CI) - 6,37%), O18ac:K77 (CI -5,10%) and O128:K67 (CI -5,10%). Among enterotoxigenic *E. coli* the most common are serovariants O25:K11 (CI - 6,37%), among enteroinvasive *E. coli* - serovar O124:K72 (CI -5,73%) and among enterohemorrhagic *E. coli* - O128:K67 (CI -5,10%). **Conclusions:** The patients with chronic nonspecific ulcerative colitis often found *E. coli* in their colon cavity, 94.50% of patients, however, in 55 (35.03%) patients the *EPEC* is persisted, in 41 (26,11%) patients *E. coli* Hly+, γ 37 (23,57%) - *E. coli* Lac-, in 18 (11,46%) - *ETEC*, γ 14 (8,42%) - *EIEC* and in 11 (7,01%) - *EHEC*. The main serovariants of conditional pathogenic *Escherichia* that colonize and persist the UC in the cavity of the colon of the patients are O114:K90; O25:K11; O124:K72; O128:K67; O18ac:K77, the persistence of which influences the clinical manifestation from colitis to disease like dysentery or cholera.

BY PATHOMORPHOSIS RHEUMATISM

Rashidov B.B, student of the 3 course medico-pedagogical faculty.

Pathological anatomy department (the head of the department. assistant of professor Khamidova F.M.)

Scientific Advisor - c.m.s, assistant of professor Khamidova F.M.

Purpose of the study: We decided to study for sectional materials for today organopathology and describe the morphological criteria for clinically established cases of rheumatic fever. **Material and methods:** The material for analysis were the bodies of the dead 5 patients aged 27-45 years. 4 of them women 27-39 years old, one - a man 45 years old. Patients repeatedly received conservative therapy for an extended period. Since all the patients died from heart disease were the object of study of the heart and blood vessels. Sections were stained with hematoxylin-eosin, Van-Gieson and toluidine blue. **Results of the study:** The results show that rheumatoid pancarditis developed all 4 x women, and a man was struck mostly valve endocardium. In two women with disease duration of 13 years and 21 sheets of pericardium were tightly fused in the form of fibrous armor. In the myocardium have marked diffuse atrophy with cardio and irregular hypertrophy of muscle fibers. Fibroplastic endocarditis was observed mainly in the mitral valve that was stenotic and chordal strands were significantly shortened. Both of these patients died during the rest of rheumatic process. Other women with term illness 9 and 14 years loss of the pericardium and the myocardium was not wearing as pronounced as in the above cases, but the activity of rheumatic fever was very high for the clinical-laboratory and morphological criteria. Both were recognized back - warty endocarditis with evidence of mitral valve insufficiency. A man of 45 years, with the terms of the disease 23 years old, had severe heart failure in mitral and aortic valves. The perimeter of the opening of the mitral valve was 6.5 cm aortic - 9 cm, there was a combined mitral - aortic heart defect. Heart weight was 880 grams, the boundaries were expanded in all dimensions. The drugs are not the signs of rheumatic disease activity have been identified. The cause of death was pulmonary heart decompensation and signs of congestive heart failure with symptoms of chronic venous plethora total were found. **Conclusions.** Thus, the analysis of the data shows that the longer runs rheumatic fever, the more pronounced the defeat of valvular. The involvement in the inflammatory process of the pericardium is not constant and not always develop as before fibrosing pericarditis. Death patients often occurs during the rest of rheumatic process. Relatively rarely observed severe forms warty endocarditis compared with chronic Fibroplastic processes.

HISTOLOGICAL CHANGES OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE DEPENDING ON THE TYPE OF REFLUX

Reva T.V., Voytkovich Y.I., Clinical Resident «Internal Medicine» BSMU

Department of internal medicine (chief of the department - professor Khukhlina O.S.)

Scientific advisor - c.m.s. Reva T.V.

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a complex of characteristic symptoms with available inflammatory changes of the esophageal distal portion due to gastroesophageal reflux. Objective of the study was to find histological changes of the esophageal mucosa in patients with gastroesophageal reflux disease depending on the type of reflux. The character of histological changes of the mucous membrane of the upper digestive tract was estimated on the basis of findings of esophago-gastroduodenoscopy and histological examination of biopsy material (tissue sampling) taken from the lower third of the esophagus in Z-line area (1 cm higher and lower from it). Samples of the esophageal mucosa were taken through the endoscope instrumental canal by means of standard forceps. The character of histological changes in the esophageal mucous lining was estimated by means of the estimation scale of morphological changes in the esophagus (Y. Nishiyama et al., 2002; Villanacci et al., 2001) and esophagopathic index (EPI) obtained after summing up of the two indicated scales. Absolute and relative (with reliability of 95%) frequency of the following histological signs were determined: hyperplasia of the superficial and basal layers of the epithelium, its edema and exfoliation; vascular ectasia and haemorrhages; elongation of the papillae; acanthosis, parakeratosis; epithelial infiltration with eosinophils and/or neutrophilic leukocytes. Esophagopathic index (EPI) in case of alkaline reflux $EPI = 2,29 \pm 0,08$. This index was reliably lower in case of acid reflux $EPI = 1,94 \pm 0,19$ ($p < 0,05$). In patients with alkaline reflux in the majority of cases the epithelium was much thicker, with acanthosis, moderately marked hyperkeratosis and leukoplakia. Increased height of the papillae and their thickening were found as well; focal moderate infiltrations of lymphocytes, macrophages and plasmatic cells are detected subepithelially in the stroma. A moderate dilation of the intercellular spaces were found in the

thickened covering laminated pavement epithelium. Mostly inflammatory and destructive changes of the mucous membrane were detected in patients with acid reflux. Erosions and ulcers of the esophageal mucosa were found in a part of patients. In patients with acid reflux against the ground of inflammatory and destructive changes of the mucous membrane there were more cases of Barrett esophagus found as compared to the group of patients with alkaline reflux (9 and 5 cases respectively). A comparative analysis of histological manifestation of the esophageal mucosa in its lower third in patients with GERD was indicative of the fact that in patients with alkaline reflux hyper-regenerator changes of the mucous and submucous layers prevail, whilst in case of acid reflux inflammatory infiltration of the mucous and submucous layers were mostly found.

PROSPECTS OF THE RESEARCH OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF COLLOIDAL LIQUIDS OF CUPRUM NANOPARTICLES

Sadovoi O.B., Kovalskyi B.M. – 2nd grade student (group №3),

Faculty of Pharmacy, Yakubiak V.V. 4th grade student (group №17), medical faculty №2 BSMU

The department of microbiology and virology (the head of department. – doctor of medical sciences Dejneka S.Ye.)

Supervisor: Associate professor, Ph.D. Rotar D.V.

Introduction: Despite rapid progress in the creation of drugs and the development of pharmaceutical technologies, infectious diseases caused by bacteria, remain one of the biggest public health problem worldwide, affecting millions of people each year. **Aim:** The aim of the research is to find the ratio between output components for getting stable colloidal liquids of cuprum nanoparticles and installing the spectrum of their antimicrobial action. **Materials and Methods:** Colloidal liquids of nanoparticles of copper were synthesized for the study by the recovery of copper salt ($\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$) with tetrahydroborate of sodium (NaBH_4) at a temperature of 200C, pH = 6.0. Absorption spectra have been recorded using a spectrophotometer USB-650 (Ocean Optics). Installation of antimicrobial properties has been held by micro method of two-fold serial dilutions in polystyrene plates with using of Takachi's microtitrator. **The received results and their discussion:** Analysis of antimicrobial properties showed that the liquid № 17 (Cys: Cu: NaBH_4 - 6,15: 1: 1.76) in a 1:16 dilution showed minimal fungistatic action, and in a dilution of 1: 8 - minimum fungicidal action against 4- hour test culture *C.albicans*. The tested solution caused the violation population of test-culture *C.albicans*, which reduced 2.5 times from $2,8 \times 10^3$ CFU / ml to $1,17 \times 10^3$ CFU / ml (range of uncertainty ($M \pm 2\delta$) – $1,17 \times 10^3 \pm 3,06 \times 10^2$). **Conclusions:** The study showed the presence of expressed fungistatic properties of colloidal liquids of nanoparticles of copper (Cys: Cu: NaBH_4 - 6,15: 1: 1.76) in a 1:16 dilution, that reflected in violation of population level of test-culture *C.albicans*.

WERNICKE'S ENCEPHALOPATHY AS A CAUSE OF DEATH IN ALCOHOL ADDICTS: AUTOPSY STUDY

Slyvka N.O., PhD, assistant, Besedynska O.V., PhD, Samsonyuk V.O., PhD, Head, Igor Antonovych Plesh, Phd, MD, professor, Bukovinian State Medical University

Department of patients care and higher nursing education,

Scientific advisor: PhD Slyvka N.O.

Objective: To establish the frequency of WE as the cause of death for a one-year-period, and to analyze the sample according to gender and age, risk factors and autopsy findings of subjects. **Methods:** A retrospective autopsy study was performed for a one-year-period (2015), total - of 848 forensic autopsies. The study was performed at the Chernivtsi Regional Pathology Bureau. The relevant data were collected from autopsy records, case histories and heteroanamnestic interviews. The sample was analyzed according to gender, age, blood alcohol concentration, risk factors, and autopsy findings of all observed subjects. **Results:** The part of deaths, caused by WE, was 3.3% - 28 subjects ($\chi^2=4.31$; $p<0.05$). All of them were males, of average age 44 ± 17.5 years (min=27, max=62; med=45, mod=45). 25 of subjects (89.3%) have been delivered from Chernivtsi Regional Hospital of Psychiatry and Neurology, the others 3 (10.7%) – from different District hospitals. In all subjects blood alcohol concentration ranged from 0.50 to 3.32 promille (average 1.81 ± 0.93). The younger the observed subject was, the higher the blood alcohol concentration ($r=-0.251$; $p=0.04$). All of the observed subjects were chronic alcohol abusers. Thirteen persons had psychiatric manifestations before to die. The most frequent thanatological findings in the analyzed subjects were brain edema, atlanto-axial dislocation, intracerebral hemorrhages. In 23 observed subjects the concomitant appearance of pulmonary edema and cardiomyopathy were established ($\chi^2=49.59$; $df=3$; $p<0.001$). **Conclusion:** In the analyzed one-year period WE was enough often cause of death in alcohol abusers. The most of the deceased were young males, or of working age. Our findings show that WE may be regularly present in a routine autopsy series, and doctors awareness about it has continue to increase.

RISK ASSESSMENT THE IMPACT OF PESTICIDES ON THE HEALTH STATUS OF THE RURAL POPULATION

Toleu1 E.T., Toguzbaeva K.K.¹, Seuduanova¹ L.B., Orakbay L.G.², Kaldybay D.N.¹.

Kazakh national Medical University named after S.D. Asfendiyarov¹

Scientific Center of Hygiene and Epidemiology them Jumatov² X.

The purpose of the study: the Study of morbidity on data of appealability of the population. **Materials and methods:** For a preliminary assessment of potential adverse effects of contamination of the environment by pesticides on the health of the rural population, data were collected about the primary morbidity of the rural population living in the regions studied by classes of diseases over the period of 2005-2007 (according to official statistical reports of the MOH). **The result of research and discussion:** For the purpose of in-depth study of the health status of residents of the studied districts of Akmola region (Akkol, Atbasar, Zerenda and Shchuchinsk), were studied morbidity according to appealability (reporting form № 18) by classes of diseases for the period 2004-2006, Calculated structure and level of morbidity by appealability per 1000 rural population of appropriate age in the following groups: children from 0 to 14 years; adolescents 15 to 17 years; adults 18 years and older. It is known that the formation of a morbidity of the population affected by a range of factors of different nature, including socio-economic, causing a reduction in the uptake of medical care. Due to this an average annual incidence during the study. Assessment of coupling strength between indicators of the primary morbidity and the value of territorial load pesticides in a number of districts of Akmola region carried out on the basis of the calculation of the coefficient of the Spearman rank correlation. As a result of calculations, the rank correlation coefficients that characterize the causal link between territorial load of pesticides and morbidity of the population as average for the following classes of diseases: -neurological diseases (0,6 – for children from 0 to 14 years; 0,5 – for adults from 18 years); - diseases of the circulatory system (0.5 to adults 18 years and older); - diseases of the skin and subcutaneous tissue (0.5 for children aged 0 to 14 years); - diseases of the genitourinary system (0,6 - for children aged 0 to 14 years). The duration of the conducted research the scope and incompleteness of data on the use of pesticides at this stage of the study, does not accurately describe the

picture of the influence of this set of drugs on the morbidity of the rural population. Major difficulties in solving this problem creates and the sharp decline in the quality of collecting statistical information for public services. The latter fact is a consequence of the social changes taking place in the country in recent years. The theoretical difficulty in all studies of this kind, is the need to compare quantitative characteristics, which has a completely different nature. It was clear that any of the investigated characteristics, is formed by a large number of uncontrolled factors (social, economic, psychological, climatic, ecological, etc.)

PHYTOPREPARATIONS USE IN TRADITIONAL MEDICINE OF KAZAKHSTAN

Ustenova G.O., associate professor

PhD student Amirkhanova A.Sh. PhD student Mombekov S.E.

Kazakh National Medical University S.D. Asfendiarov, Almaty city

The relevance of the study: development strategy "Kazakhstan 2030" includes seven priorities that ensure: national security; political stability and consolidation of society; the economic growth; health, education and welfare of the citizens of Kazakhstan; energetic resources; development of infrastructures, particularly transport and communications; professional government. In accordance with the development strategy of the rise and development of the economy of the Republic of Kazakhstan is the topical use of their own natural resources, including plants. This predetermined sharp increase in demand for herbal raw materials, led to the need for more careful study of natural resources, chemical composition of vegetable raw materials and the rational use of medicinal plants for medicinal purposes. Treatment plants and herbal remedies have passed the test of time and now have been recognized in medicine world wide. A significant advantage to the plant synthesized drugs is the presence of a natural complex of biologically active substances in the most accessible and digestible forms, as well as the most beneficial for the human relations major components inherent in living nature in general. Traditional medicine, the effectiveness of tools and methods which proved a centuries-old practice, is one of the information bases to create medicines. Creating a new phytopreparation as we know, it includes the following points: the choice of medicinal plants, which will be the source of certain biologically active substances; development of technology of processing of vegetable raw materials and producing finished dosage form. In practice the kinds of folk and traditional medicine, as well as modern scientific medicine high ly popular herbal remedies. High efficiency due to the pharmacotherapeutical harmonious combination and interaction BAS, contained in the used plants. Herbal preparations easily included in the metabolism and absorbed by the body when used correctly are harmless, do not cause side effects and addiction, but a complex of biologically active substances contained in them, has diverse and complementary action. In this regard, the study of new types of vegetable raw materials and the introduction of scientific medicine is one of the problems in modern pharmacognosy.

DEFINING CARRIER OF S.AUREUS AMONG STUDENTS OF 2 GRADE OF KSMU

WITH SPECIALTY GENERAL MEDICINE

Zarubaev R.M., Nurlanov Zh.N., students of 2024 group of General medicine faculty of KSMU

Department of microbiology (head of department -associate Professor Akhmetova S.B.)

Scientific mentor: major teacher Zhashkenova A.N.

The aim of the research: The study of the microflora of the mucous nasopharynx carriage on S.aureus, in determining the allocation of staphylococci resistant to the antibiotics in 2nd year students of KSMU. **Material and Methods of the Study:** There were involved 523 students among second course of general medicine department of KSMU on carriage of S.aureus without clinical symptoms of the respiratory disease at the age of 18-19 years. Material for the research was the nasal-pharyngeal mucus from the throat, which were taken with sterile cotton-gauze and plated on vitelline-salt agar. Excretion and verification of hemolytic strains of microorganisms were conducted with bacteriological methods by standard technique. The resistance of taken microorganisms were determined to antibiotics, exactly to oxacillin, vancomycin, erythromycin, clindamycin, neomycin, rifampicin, ofloxacin, amikacin, roxithromycin, tetracycline with disk diffusion method in accordance with the "Guidelines for determining the sensitivity of microorganisms to antibiotics" (MUK 4.2. 1890-04 Ministry of Health, 2004), using an extended set of disks ("Biorad"). **Results:** At the end of research from 523 healthy students without clinical signs of disease of the nasopharynx and upper respiratory tract were selected 64 hemolytic strains, identified as members of the genus Staphylococcus culture, which had a different grade of lecithinase and plasmolysis activity. From this taken strains of S. aureus in 100% of cases are sensitive to the rifampicin. And in 97% sensitive to clindamycin, neomycin, ofloxacin, amikacin. Determined that 64 of the 16 cultures only sensitive to all antibiotics, 20 conditionally stable from 1 to 3 antibiotics 37 stable 1 to 4 antibiotics. **Conclusions:** Thus, the taken data about a variance and rate of carriage of pathogenic staphylococci (7%) in the microbiome pharyngeal mucosa of medical students, which does not determined the formation of pathological processes in the throat, which indicates the dynamic equilibrium ecological community and does not require an active eradication staphylococci, treatment of staphylococcal of bacteria inappropriate.

БОЛАЛАРДА СУТКАЛИК СИЙДИК АЖРАЛИШ МИКРОРИНИ СТАТИСТИК ТАХЛИЛИ

Аллазов И.С., тиббий педагогика факультети 103 гуруҳ студенти СамМИ

Тиббий информатика кафедраси (кафедра мудири - ф.н. Маликов М.Р.)

Илмий раҳбар: проф. Сафаров Т.С.

Ишнинг мақсади соғлом (назарий) гуруҳдаги болалардаги сийдик ажралиши билан кузатилаётган гуруҳдаги сийдик ажралиши ҳажмларини таққослаш орқали бирор касаллик борлигига доир белгиларни аниқлаш. Статистик маълумотлар жинси бўйича ва ёши бўйича гуруҳларга ажратилган ҳолда болаларда сийдик ажралиш микдорини кузатиш орқали йиғилди. Мисол сифатида бир ёшлик соғлом ўғил боланинг сийдик ажралиши ҳақидаги статистик маълумотни келтирамиз: 1-кун 205 мл, 2-кун 220 мл, 3-кун 210 мл, 4-кун 260 мл, 5-кун 270 мл, 6-кун 290 мл, 7-кун 300 мл, 8-кун 205 мл, 9-кун 290 мл, 10-кун 305 мл. Маълумотлар ишончилигини баҳолашда MS Excel дастури имкониятларидан фойдаланамиз ва куйидагиларни ҳисоблаймиз: СРЗНАЧ функция орқали ўртача қийматни топамиз: $M = 263,6$; - Стандартклон функция орқали стандарт квадратик четланишни ҳисоблаймиз: $\sigma = 38,29$. - Урта арифметикнинг ўртача хатосини $m = \sigma / \sqrt{KOPENb(n-1)}$ ёрдамида ҳисоблаб оламиз. - m ни M га нисбатан фойзда ҳисоблаймиз: $m/M * 100 = 4,8\%$. Маълумки, тиббий маълумотларни баҳолашда бу кўрсаткич 5% дан ошмаса ишончли деб қабул қилинади ва бундай маълумотлардан фойдаланиш мумкин. Худди шундай ҳисоблашларни ўрганилаётган гуруҳга кирган болаларда ҳам кузатиб, натижаларни соғлом болалар гуруҳидаги маълумотларни таққослаш учун куйидаги Стюдент меъзонидан фойдаланиш мумкин: $t = |M_1 - M_2| / \sqrt{KOPENb(m_1^2 + m_2^2)}$. Бу ерда M_1 ва M_2 лар соғлом гуруҳдаги ва кузатилаётган гуруҳдаги болаларда сийдик ажра-

лишининг ўртача қиймаглари. m_1 ва m_2 лар M_1 ва M_2 ларнинг ўртача хатоси. Агарда t нинг ҳисобланган қиймаги критик қийматдан (статистик жадваллардан олинади) катта бўлса, кузатишган болада бирор касаллик бўлиши хавфи бор деган хулосага келиш мумкин. Демак, болаларда сийдик ажралишини баҳолаш орқали кузатилаётган болада бирор касалликнинг белгилари борлигини аниқлаш мумкин.

ЎПКАНИНГ ТИРИКЛИК СИҒИМИНИ ЁШГА ВА ЖИНСГА БОҒЛИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Жабборова М., Мамарахимов М., 219 гуруҳ дав. фак. талабалари СамМИ

Физиология ва патологик физиология кафедраси даволаш факультети (заф. каф. - доц. Карабаев А.Г.)

Илмий раҳбар: доц Тухтаев Ф.К.

Ишнинг мақсади: Ўпканинг тириклик сиғимини ёшга ва жинсга боғлиқлигини ўрганиш. **Ишнинг услуби** - ўпканинг тириклик сиғимини ўлчаш учун сувли спирометордан фойдаланилди. Спирометрни ишга тайёрлаб текшириладиган одам тикка туриб чуқур нафас олади ва спирометр шлангига (бурунни чап қўли билан қисиб бурнидан ҳаво чиқиб кетмаслиги учун) ўнг қўлидаги шланг орқали секин спирометрга пуфланади. Спирометрнинг юқоридаги шкаласига қараб спирометр кўрсаткичини қайтнома дафтарига ёзиб олинади. Бу ҳолат 3 марта такрорланиб олинган натижалар қўшилиб ўртачаси қайтномага ёзилади. 2- метод-ўпканинг тириклик сиғимини аниқлаш: ўпкани тириклик сиғимини аниқлашда текширилувчининг жинсига қараб қиз боллар буй узунлигини 20 сонига кўпайтирилади, йигитлар буй узунлигини 25 сонига кўпайтириб ўпканинг тириклик сиғими аниқланади. Ўпканинг тириклик сиғими нормада 3- 5л. га тенг. **Ишнинг натижаси:** Текшириш асосан СамМИ 2-курс 18- 20 ёшли 36 нафар талабалари устида олиб борилди. Шундан 16 нафар йигит ва 20 нафари - қизлар. Ўпканинг тириклик сиғими сувли спирометр ва махсус формула бўйича аниқланди. Тажрибанинг биринчи қисмида йигит ва қиз болаларни ўпасини сиғими спирометрда ўлчаб олинган сонларнинг ўртача арифметик миқдори 16 нафар йигитларда $M=4600$ ml экани аниқланди. Шу талабаларнинг ўртача буй узунлиги 171 см ва буй узунлиги 25га кўпайтирилиб, формула билан ҳам ўпканинг тириклик сиғими топилиди. Йигитларда ўпканинг формуладаги сиғими 4450 мл экани топилиб уни спирометр кўрсаткичи билан таққослаганда спирометр кўрсаткичи формула кўрсаткичидан 150 мл юқори эканлиги аниқланди. 2- босқичда тажриба 20 нафар қизболлар устида ўтгазилиб уларнинг буй узунлиги (160-172см) оғирлиги (58-65кг) спирометр кўрсаткичи $M=ўртача 3000$ мл. формуладаги кўрсаткич эса 3300мл. ташкил қилди. Формула кўрсаткичини норма десак, спирометр кўрсаткичи нормадан 300мл камлиги аниқланди. Демак қизларда ўпканинг тириклик сиғими нормадан 300 мл кам экан. **Хулоса:** 1. текшириш натижасида шу нарса аниқландики 18-20 ёшли йигитларда ўпканинг тириклик сиғими яхши ривожланган. Қиз болларда эса ўпканинг сиғими формула кўрсаткичидан орқадан қолганлиги аниқланди. 2. Ўпканинг тириклик сиғими ёшга, жинсга боғлиқ. 3. Талаба қизлар уртасида спорт ишларини жадаллаштириш таклиф қилинди.

ПАСТ АТМОСФЕРА БОСИМИГА НИСБАТАН ЕТУКЛИК ДАВРИДАГИ ОРГАНИЗМНИНГ РЕАКТИВЛИГИ

Карабаев Ж.А., 412 тиббий педагогика факультети талабаси, Аббосова З.М., 201-даволаш факультети талабаси,

Хурсанов Ё.Э., 202-дав. факультети талабаси СамМИ

Физиология ва патологик физиология кафедраси (каф. мудир - доцент Карабаев А.Г.)

Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Карабаев А.Г.

Ишнинг мақсади: Нисбатан паст атмосфера босимида инсон организмнинг реактивлигини ўрганиш. **Ишнинг услуби:** Изланиш 20 та етуклик давридаги йигитларда олиб борилди. Уларда организмнинг реактивлиги - максимал ва минимал артериал босим, пульс босими, пульс миқдори, нафас олишлар сонини, ҳамда Хильдебрант коэффициентини ердамида аниқланди. **Олинган натижа ва унинг таҳлили:** Етуклик давридаги йигитларнинг юрак қон-томир тизими кўрсаткичлари атмосфера босими 756 мм. с.уст.ни, намлик эса 85% ни, кислороднинг парциал босими эса 158,8 мм.с.уст.ни ташкил қилган вақтда максимал артериал босим $118,5 \pm 1,3$ мм с.уст., минимал босим эса $79,5 \pm 1,2$ мм с.уст., пульс босими эса $39,0 \pm 1,2$ мм.с.уст.ни ташкил қилиб, пульс миқдори бир дақиқада $73,8 \pm 1,2$ ни, нафас олишлар сони эса минутига $15,7 \pm 0,2$ ни, Хильдебрант коэффициентини эса $4,7 \pm 0,1$ ни ташкил қилди. Олинган натижалар асосида шунини айтиш керакки, атмосфера босими 758 мм. с.уст. га, намлик эса 85% га, кислороднинг парциал босими эса 158,8 мм.с.уст.ни ташкил қилган шароитда етуклик давридаги организмда аралаш вегетатив реактивлик мавжуд бўлиб, оптимал артериал босимни ташкил қилади. Шу гуруҳдаги етуклик давридаги йигитларнинг юрак қон-томир тизими кўрсаткичлари атмосфера босими 712 мм. с.уст. намлик эса 70% га, кислороднинг парциал босими эса 149,5 мм.с.уст.га тушганда, максимал артериал босим нормага нисбатан $136,0 \pm 4,0$ мм с.уст. гача ($P < 0,001$), минимал артериал босим эса $92,0 \pm 4,2$ мм с.уст.гача ($P < 0,05$), пульс босими эса $44,0 \pm 2,4$ мм.с.уст.гача ($P < 0,05$), пульс миқдори бир дақиқада $85,8 \pm 1,4$ гача ($P < 0,001$) орган бўлиб, нафас олишлар сони эса минутига $17,5 \pm 0,2$ ни ташкил қилиб, нормага нисбатан кўринарли даражагача орган ($P < 0,001$). Хильдебрант коэффициентини эса $4,9 \pm 0,1$ ни ташкил қилди. Олинган натижаларни А.М. Бейн (1991) ; Р.М. Баевский (1999); маълумотлари асосида таҳлил қилсак, атмосфера босими ва намликнинг ҳамда кислороднинг парциал босимининг нисбатан камайиши инсон организмда симпато-адренал тизимининг активланиши ва парасимпатик нерв тизимининг зуриқиши максимал, минимал, ҳамда пульс босимини, нафас олишлар сонининг ортишини таъминлаб, организмда химоя мослашув реакциясини намоен этади. **Хулоса:** Шундай қилиб, олинган натижалар асосида куйидагича хулоса қилиш мумкин: 1. Атмосфера босими, ҳавонинг намлиги, кислороднинг нисбатан парциал босимининг пасайиши етуклик давридаги организмда химоя мослашув реакциясини симпато-адренал тизимининг активланиши ва парасимпатик нерв тизимининг зуриқиши ҳолатида таъминланади. 2. Симпато-адренал тизимининг активланиши ва парасимпатик нерв тизимининг зуриқиши максимал ва минимал артериал босимнинг кўтарилишига нисбатан пульс босимининг, нафас олишлар сонининг ортишини таъминлайди. 3. Максимал, минимал, пульс босими, нафас олишлар сонининг ортиши организмни керакли босимга эга булган қон ва кислород билан таъминлайди.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ТАЛАБАЛАРДА

ИККИЛАМЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР МАНЗАРАСИ

Накиева Г., 219 гуруҳ дав. факультети талабаси СамМИ

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (зав. каф. - доц. Вохидова А.М.)

Илмий раҳбарлар: Шайкулов Ҳ.Ш., Муратова З.Т.

Мақсад: Ўткир респиратор вирусли инфекциялари билан оғриган талабалар нафас йўлларида учрайдиган иккиламчи инфекциялар манзарасини аниқлаш. **Материал ва услублар:** Самарқанд Давлат Тиббий институтининг даволаш, тиббий педагогика ва педиатрия факультетида таҳсил олаётган 35 нафар ўткир респиратор вирусли инфекциялари би-

лан оғриган талабаларининг томоғидан суртма олиниб бактериоскопик ва бактериологик текширишлар ўтказилди. Бактериоскопик текшириш учун суртмалар Грам, Цил – Нелсон, Нейссер усулларида бўялди ва иммерсион объективли микроскопда текширилди. Бактериологик текшириш учун стерил тампонлар ёрдамида олинган суртмалар шакарли, қонли ва шакарли озиқлардан фойдаланилди. Ўткир респиратор вирусини касалликлари билан касалланган 35 та талаба (тажриба гуруҳи) ва касалланмаган 10 та талаба (контрол гуруҳ) бурун бўшлиғидан суртма олиниб, микроскопик текширилди ҳамда 1% ли шакарли ва бошқа озиқ мухитларга экилди. Термостатда 37°C да 1 сутка устирилгандан сунг улардан суртмалар тайёрланиб морфологик хусусиятлари ва озиқ мухитлардаги культурал хусусиятлари урганилди. Ажратилган микроблар морфологик белгилари ва культурал хусусиятлари ёрдамида идентификация қилинди. **Олинган натижалар:** Ўткир респиратор вирусини касалликлари билан касалланган талабалар оғиз бўшлиғидан олинган материаллардан куп микдорда ок, сарик стафилакокклар (75%), стрептококклар (33%), пневмококклар (13%), кандида замбуруғлари (21%) ва бошқа шартли патоген микроблар куплаб ўсиб чиқди. Соғлом талабалардан олиб экилган озиқ мухитларда кам микдорда тилларанг стафилакокк (12%), гемолитик стрептококклар (9%), кўплаб пептококклар (65%) ва диплококклар (48%), дифтероидалар (52%) ҳамда вейлонелалар (31%), ачитқисимон замбуруғлар (41%) ўсиб чиқди. **Хулоса:** Ўткир респиратор вирусини касалликлари билан касалланган 35 та талабалардан олинган материаллардан куп микдорда ок, сарик стафилакокклар (75%) ва стрептококклар (33%) иккиламчи инфекция тарзида учраса, соғлом талабалар нафас йўлларида бۇ микроорганизмлар 4 – 5 баробар кам (12% ва 9%) учраши аниқланди.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАР КИН МИКРОФЛОРАСИНИНГ ЁШГА БЎҒЛИҚ ТАРКИБИЙ ЎЗГАРИШИ

Рахимова З., Жуманов Б., 210 гуруҳ дав. факультети талабалари СамМИ

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (зав. каф. - доц. Вохидова А.М.)

Илмий раҳбарлар: Шайқулов Х.Ш., Камалова Д.Д.

Ишнинг мақсади: СамДТИ нинг 1- клиникаси акушерлик ва гинекология бўлимида текширувидан ўтаётган ҳомиладорликнинг турлича ҳафталарида булган ҳар – хил ёшдаги аёлларнинг кин микрофлорасини урганишга қарор қилдик. **Тадқиқот материаллари ва услублари:** Бунинг учун 2016 йил феврал, март ва апрел ойларида шу бўлимга ҳар – хил гинекологик касалликлар билан мурожат қилган 50 та ҳомиладор аёлдан суртма олдик. Урганилган ҳомиладор аёлларни ёшига кура шартли равишда 3 гуруҳга: 17-23 ёш (1-гуруҳ); 23-28 ёш (2 – гуруҳ); 28 ёш ва ундан катталар (3 – гуруҳ) булдик. Улардан олинган 50 та суртма препаратлари Грам ва Ромоновский - Гимза усулларида бўяб микроскопик ургандик. **Олинган натижалар:** Куп микдорда Додерлейн таёкчалари (*L. acidophilus*) мавжуд бўлган 1 - тозалик даражаси (соғломлик)га мослик 1 – гуруҳда 5 нафар аёл (10% ҳолат) да; 2 – гуруҳда 2 нафар аёл (4% ҳолат) да учраб 3 – гуруҳда умуман қайд этилмади. Додерлейн таёкчалари сони камайган ҳамда грамм мусбат бактериялар – стафилакокклар, стрептококклар ва грамм манфий диплококклар аниқланган 2 ва 3 - тозалик даражаларига мослик 1 – гуруҳда 7 нафар аёл (14% ҳолат) да; 2 – гуруҳда 10 нафар аёл (20% ҳолат) да ва 3 – гуруҳда 12 нафардан (24% ҳолат) да қайд этилди. Додерлейн таёкчаларининг учрамаслиги, стафилакокклар, грамм манфий кокклар ва таёкчалар, айрим кандида замбуруғлари, кам сонли лейкоцитлар ва кўплаб эпителиал хужайраларнинг учраши билан кузатилган 4 - тозалик даражасига мослик 1 – гуруҳда 4 нафар аёл (8% ҳолат) да; 2 – ва 3 – гуруҳда 10 нафардан (ҳар бирида 20% ҳолат) да қайд этилди. **Хулоса:** Олинган натижалар аёлларнинг ёши ортиб боргани сари кин нормал микрофлоралари ҳисобланган Додерлейн таёкчалари (*L. acidophilus*) камийиб боришини, аксинча, бошқа (шартли патоген) микробларнинг ортиб боришини кўрсатади.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ СУНГИ КУНЛАРИ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ҚИН МИКРОФЛОРАСИНИНГ МАНЗАРАСИ

Бобоқулов А., дав. факултети 202 гуруҳ талабаси СамМИ

Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси (зав. каф. - доц. Вохидова А.М.)

Илмий раҳбар: катта ўқитувчиси Шайқулов Х.Ш.

Изданиш мақсади: Биз ҳам ҳомиладор аёлларнинг туғруқдан олдин ҳамда туғруқдан кейин қин микрофлораси ҳолатини ўрганиш ва уларни ўзаро қиёсий ҳолатини аниқлашни мақсад қилдик. **Тадқиқот материаллари ва услублари:** Бунинг учун Пастдарғом Т.Т.Б. туғруқ бўлимига (6.04.2016 й. - 12 нафар, ўртача ёши 24 (± 5); 7.04.2016 й. - 10 нафар ўртача ёши 27 (± 4) ҳамда Самарқанд шаҳар 1-сонли туғруқ мажмуасига (9.04.2016 й. - 8 нафар, ўртача ёши 29 (±5)) мурожат қилган жами 30 нафар аёллардан туғруқдан бир неча соат олдин ҳамда туғруқдан кейин 24 соат муҳлат ичида қиндан олинган 60 та суртма препаратларини Грам усулида бўяб микроскопик ўрганиб чиқдик. **Олинган натижалар:** Туғруқдан олдин: Додерлейн таёкчалари куп микдорда мавжуд бўлган 1 - тозалик даражаси (соғломлик)га мослик фақатгина 6 нафар (20%) аёллардагина аниқланди. Қолган ҳолатларда - кандидоз 8 (27%), гарднерелла 2 (6%), стафилакокк 4(13%), клебсиелла 2 (6%) ҳамда трихомонада 4 (13%) моно- ва полиинфекция тарзида патоген ҳамда шартли патоген микроорганизмлар топилди. Туғруқдан кейин: 1 - тозалик даражаси (соғломлик)га мослик 6 нафар (20%) аёлларда сақланиб қолди. Қолган ҳолатларда - кандидоз 16 (53%), стафилакокк 8 (27%), клебсиелла 2(6%) ҳамда трихомонада 4 (13%) моно- ва полиинфекция тарзида топилди. Гарднереллалар аниқланмади. **Хулоса:** Туғриқдан олдин кам сонли (6 нафар - 20%) аёлларнигина кин нормал микрофлорасининг ҳавифсизлиги қолган аёлларда патоген ва шартли патоген микробларнинг ўчраши, бу ҳолат туғриқдан кейин янада ортиши она ва бола саломатлигига аҳамиятли таъсир кўрсатишидан дарак беради.

AVLODNING POSTNATAL ONTOGENEZIDA INGICHKA ICHAKDA GLYUKOZANING SO'RILISHIGA

HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTERMIYANING TA'SIRI

Askaryants V.P., fan nomzodi, dotsent normal fiziologiya kafedراسи

TashPTI

Muhitdinov H.U, TashPTI 204-guruh Davolash Ishi Fakulteti talabasi

Ishning maqsadi: Avlodning postnatal ontogenezida ingichka ichakda glyukozaning so'rilishiga homiladorlik davridagi gipertermiyaning ta'sirini amalda o'rganish. **Kerakli jihozlar va o'rganish usullari:** Vistar tarmog'iga mansub voyaga yetgan kalamushlar qat'iy bir xil yorituv va oziqlantiruv sharoitlarida tajriba va tekshiruv guruhlariga bo'linadi. Tajriba guruhi homiladorlikning 1-kunidan to oxirigacha har kuni 2 soat davomida 40-41 °C haroratda o'stiriladi, shu bilan bir vaqtda xona haroratidagi issiqlik kameralariga o'tkaziladi. Kalamushlar tug'ilganlaridan so'ng birinchi kunidayog shunday ajratilarki, ularning bir qismi onalari bilan qolishadi, qolganlari esa tajriba kalamushidan (ona kalamushdan) tekshiruv kalamushlariga va aksincha, tekshiruv kalamushidan tajriba kalamushiga o'tkaziladi. Barcha holatlarda har bir emizikli ona kalamushga 8 tadan go'dak kalamushlar to'g'ri keldi. 1,7,14,21,28 va 56 kunliklarini og'irliklarini o'lchashdi va perfuzion usulda *in situ* glyukozaning

so'rilish tezligini 27,6 mM li eritmada aniqlashdi (mol/min/gramm to'qimani). **Tadqiqot natijalari va uning muhokamasi:** Aniqlandiki, tajriba kalamushlari tekshiruv kalamushlaridan o'sishda ortda qolishdi. Bu ortda qolish butun emizish davri mobaynida kuzatildi va 56-kunga kelib tenglashadi, faqatgina shu vaqtga kelib tajriba kalamushlarining og'irligi tekshiruv kalamushlarinikiga tenglashadi. Glyukozaning ingichka ichakda aktiv transport tezligi bu sharoitda tana og'irligiga mutanosib tarzda o'zgaradi, bu ko'rsatkich 28 kunlik bo'lgunga qadar tajriba kalamushlarida tekshiruvdagilarga nisbatan susaygan. **Xulosa:** Shunday qilib, homiladorlik davrida katta ona kalamushlarda 40-41 °C haroratdan, postnatal ontogenezda (tug'ulgandan so'ng) go'dak kalamushchalar 56-kungacha tananing o'sishi va og'irlikda ortda qolishadi. Yana shu narsa aniqlandiki, ingichka ichakda glyukozaning aktiv transporti tajriba kalamushlarida tekshiruv kalamushlariga nisbatan kamaygan. Vaxolanki, bu jarayon, o'sayotgan kalamushlarda yuqori haroratda tuzilmaviy buzilishi, ingichka ichakning fermentativ holatining o'zgarishi bilan bog'liq.

POSTNATAL ONTOGENEZNING BOSHLANG'ICH DAVRIDA KALAMUSHLARDA OSHQOZON OSTI BEZINING EKZOGEN VAZIFASI

Askaryants V.P., fan nomzodi, dotsent TashPTI normal fiziologiya kafedrasida

Ismoilova G.A., Abdullayeva S.H. TashPTI 204-guruh davolash ishi fakulteti talabalari

Ishning maqsadi: Postnatal ontogenezning boshlang'ich davrida oshqozonosti bezida tashqi sekretsiya vazifasining paydo bo'lishini, eruvchan oqsillar va karboksipeptidaza A va alfa-amilazalarning faolligining o'zgarishi misolida o'rganish. **Kerakli jihozlar va o'rganish usullari:** Tadqiqodni Vistar II tarmog'iga mansub oq kalamushlar hayotining 2 dan 60-kunlikkacha bo'lgan guruxlarida o'tkaziladi. 18 soatlik ochlikdan so'ng ularni to'ydirishdi va Louri usuli bo'yicha oshqozonosti bezining suv-tuz gomogenatida oqsilning miqdori, bio-test yig'indisiga ko'ra esa amilaza va L-aminokislotalar orqali karboksipeptidazalarning faolligi aniqlandi. Kubikspayn usuli orqali o'rganilgan ko'rsatkichlarning yoshga bog'liqligini tiklash amalga oshiriladi va EBM EC 1061 yordamida o'rganilgan jarayonlarning tezligini ko'rsatuvchi 1-xosila olindi. **Tadqiqot natijasi va uning muhokamasi:** Aniqlandiki, eruvchan oqsillarning oshqozonosti bezi to'qimalaridagi darajasi haftalik 35%ga kamaygandan so'ng, ortgan. Eng yuqori jadallik ko'rsatkichi postnatal davrning 12- 25-kunlariga to'g'ri keldi. Zimogenlar holidan oshqozonosti bezidan ajraladigan sutemizuvchilarning proteinazasi cheklangan proteolizdan so'ng, ingichka ichakda faollashadi. Vaxolanki tajribada butun emizish davrida karooksidaz faollik kuzatildi, umuman olganda bu ko'rsatkich kamaygan. Definitiv oziqlanishga o'tish bilan (25kun) karboksipeptidazaning faolligi dastlabki faollash issiz repressivlandi. Postnatal rivojlanishning 1-haftasi mobaynida amilaza aktivligi 60%ga kamaygani kuzatilgan, shundan so'ng organing aminolitik aktivligi o'sgan. Shu jarayonning maksimum tezligi 17- va 29-kunlarida kuzatildi. Solishtirma tahlilda aminolitik faollikda (1 mg oqsilda aniqlandi) boshqacha holat kuzatildi, uning eng yuqori cho'qqisi 23-kunga ya'ni ilgari mustaqil oziqlanishga o'tishga to'g'ri keldi. **Xulosa:** Bizning tadqidodlardan, pankreatik fermentlarning induksiya va repressiyasi dastlabki postnatal davrda "fiziologik stresslar" ta'sirida va balki endokrin genezda sodir bo'ladi va oshqozonosti bezining tuzilmalaridagi ioziga xoslik bilan bog'liq degan xulosaga kelish mumkin.

EKSPERIMENTAL O'TKIR SHISHGAN PANKREATIT NINGOQ KALAMUSHLAR YO'G'ON ICHAK MIKROBIOTA BO'SHLIG'IDAGI TOKSONOMIC TARKIBNI O'ZGARISHLARI

Ivashchuk S.L., Nurdinov H.N. Bukovina Davlat Tibbiyot Universiteti

Oilaviy meditsina bo'limi (kafedra mudiri - med.f.d., professor Sydorshuk L.P.)

Ilmiy rahbar - med.f.d. professor Sydorshuk L.P.

Tadqiqot maqsadi: Tajribada eksperimental o'tkir shishgan pankreatit shakllanishi va o'tish jarayonida yo'g'on ichakning luminal mikrobiotasining o'zgarishlar dinamikasini o'rganish. **Materiallar va usullar.** Tajriba 200-220g vazndagi 20 katta erkak kalamushlarda amalga oshirildi. Eksperimental o'tkir shishgan pankreatitni modellashtirish o'z uslublari bo'yicha amalga oshirildi. Yo'g'on ichak mikrobiota bo'shlig'I ekologik ahvoli 12, 24 va 48 soatlik vakt bilan baholandi, o'tkir pankreatit modellashtirish, mustahkamlik indeksi, uchraydigan chastota, indeks Berger-Parker hokimiyati uchun vaqt ichida muhokama qilindi. Statobrotku dasturi MYSTAT 12 (SYSTAT Software Inc., AQSh) yordamida amalga oshiriladi. Ma'lumotlarining aniqligi Talaba t-mezon tomonidan belgilanadi, sifat mezonlarini tahlil X2. Farqlar P <0,05 da aniq deb qabul qilindi. **Izlanish natijalari va ularni muhokamasi:** Proteuses: butun hayvonlarda, yo'g'on ichak mikrobiota bo'shlig'I asosiy mikrobiotasi Bifidobakteriyalar, probiotik, bacteroids, peptostreptokokki va fakultativnymi anaerob va aerob Escherichia, enterokokklarning va opportunistik asosiy mazmuni majburiy anaerob bakteriyalar tomonidan taqdim etiladi. Qo'shimcha mikrobiota anaerob klostrydiyalar va peptokokki orkali 12 soat keyin taqdim qilindi. Hayvonlarda yo'g'on ichak bo'shlig'ida o'tkir pankreatitni modellashtirish shuningdek bifidobakteriyalar, laktobakteriyalar, bacteroid va ichak qurtlarini (палочки) paydo qiladi. Qo'shimcha mikrobiyotada bakteriyalarning peptostreptokokkalar, poktokkokklarning kloctridial formalari hamda enterokokklar va proteealar bilan taqdim etilgan. Bu davrda patogen biotopo (enterotoxigenic Escherichia) va opportunistik (klepsiyely) Enterobacteriaceae va stafilokokk bilan zaharlanish yo'q ekanligini xarakterlidir. Tajribadan 24 soatdan keyin, yo'g'on ichak bo'shlig'idan peptostreptokokka (60% hayvonlarda) va enterokokklar (40,0%) eliminatsiyasi o'rin oladi. Shu asnodan, doimiy izolyatsiya indeks darajasi va uchrab turish peptokokki (70%), Clostridium (30%), Proteus (10,0%) oshadi. Bundan tashqari, bu davrda yo'g'on ichak bo'shlig'I kontaminatsiyasi shartli patogen enterobakteriya (Klebsiella va Enterobacterning turkumidagi bakteriyalar), stafilokok va Candida turkumidagi zamburug'lar etmaganlarni (na 10-20%) bifidobakteriyalar laktobakteriyalar uchun yashash joylarining konvensiya, otokton emissiyasini kamaytirish fonida bir ifloslanishini asarlari ichak opportunistik enterobakterlerdir, stafilokok va xamirturush jins Candida (jins Klebsiella va Enterobacterning bakteriyalar), bor. 48 soatdan keyin, o'tkir pankreatit modellashtirish bartaraf fiziologik foydali bifidobakteriyalarning laktobakteriyalar kuzatilgan va 40,0% ga biotopo o'z identifikatsiya kamaytirish va peptostreptokokki barcha eksperimental hayvonlarni bartaraf; Enterococci kalamush 60,0% aniqlangan emas. Shunday qilib, o'tkir pankreatit bilan tajribadaqi hayvonlarda 48 soatdan so'ng biotopda fiziologik foydali otokton bakteriyalar (bifidobakteriya, laktobakteri probiotik, enterokokklarning va peptostreptokokki) aniqlash chastotasi pasayishi hisoblanadi. Bunda peptokokki 40,0%, Clostridium 70,0% va protey 30,0% chastota ajralishini oshiradi. Bosh sahifa mikrobiota 48 soatdan kevin bacteroids, Clostridium, Escherichia, Proteus, stafilokok, patogen Escherichia, peptokokki, avlodning bifidobakteriyali va xamirturush jins Candidani taqdim etdi. Shunday qilib, listing taxa, ko'pchilik yo'g'on ichakning aralash infeksiya sifatida tavsiflanishi mumkin mikrobiotasining chuqur buzilishini, ishora mumkin bo'lgan, patogen va opportunistik bor. (yani,, shunday qilib aytib otilgan takconlar patogen va shartli patogenga karashli hisoblanib yogon ichak aralash infeksiya kabi mikrobiotlarni chukur buzilishiga cababshi boladi).

СЕКЦИЯ ХИРУРГИЯ

Абдумажидов А.Ш., Эшмуродов Л.Н., Жахонгирова М.А. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ	3
Аброров Ш.Н., Джумаева М.И. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА	3
Абдумаликов А.Б., Худойкулов З.М., Норбекова Ф.М. БОЛАЛАРДА ЛИМФА СИСТЕМАСИНИНГ ЙИРИНГЛИ - ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕГИОНЛИ ЛИМФАТИК АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ КУЛЛАНИЛИШИНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ	3
Акбарова С.Б., Равзатов Ж.Б. ЛИМФОТРОПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	4
Акрамов Д.А. О РЕЗУЛЬТАТАХ ЩАДЯЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	4
Алиев М.А., Жураев А.М. ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА МОЗГА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТРАВМЫ	5
Алимов А.А. МЕТОДЫ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ	5
Алимов А.А. СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ	6
Алмабаев Ы.А., Кыжыров Ж.Н., Фахрадиев И.Р., Баймаханов Б.Б., Надиров Н.Т. ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	6
Алманова А.Ш. ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКИХ	7
Амонов Г.Т. КИФОПЛАСТИКА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА	7
Асатов Т.Ш., Курбонов Н.А., Сувонов М.Т. РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	7
Аслиев У.А., Дадаханян А.А., Рафиков Б.Р., Гулиева П.И. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	8
Атамуратов В.Р., Мурадов С.С., Хамракулов Ш.Ф. ПОДБОР МЕТОДА РЕГИОНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	8
Ахмедов Ю.М., Худойкулов З., Мавлянов Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ В САМАРКАНДСКОМ ВИЛОЯТЕ	9
Ахмедов Р.Ф., Ганиев З.Г., Жумагелдиев Ш.Ш. СТРАТЕГИЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН	9
Бабажанов Н.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ	9
Банадыга А. ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	10
Башаров Р.Н., Куралин И.С., Сафарова Ш.С. УДВОЕНИЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	10
Бейсеева Ж.Е., Ерсейит А.Б. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	11
Бейсеева Ж.Е., Ерсейит А.Б. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧЕК В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №7 ГОРОДА АЛМАТЫ	11
Бобомурадов А.Н. РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	11
Васильев И.С. ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ ДЛЯ ВЫБОРА ОБОСНОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ	12
Волкова Л.Д., Волкова О.А., Фирсова А.С. КУПИРОВАНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ	12

<i>Галимова А.И., Кудрявцев О.В.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	13
<i>Ганиев З.Г., Жумагелдиев Ш.Ш., Зугуров И.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ИНДЕКСА МАНГЕЙМА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ	13
<i>Гафаров Р.Р., Ачилов А.А., Абдуразаков Р.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ УРОСЕЛЕКТИВНЫХ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	14
<i>Гафаров Р.Р., Озодов М.М.</i> ЧАСТОТА ПОЧЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ГЕМОСТАЗА	14
<i>Давронова Г.Б., Авезова М.М.</i> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННОЙ ФОРМОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ОЗОНИРОВАННОЙ ЖИДКОСТИ	14
<i>Дадаханян А.А., Солеева С.Б.</i> ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	15
<i>Ерсейт А.Б., Бейсеева Ж.Е.</i> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	15
<i>Ерсейт А.Б., Бейсеева Ж.Е.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	16
<i>Жониев С.Ш.</i> К ВОПРОСУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	16
<i>Жониев С.Ш.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	16
<i>Жумаев С.Р., Умаров Н.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ	17
<i>Жураев З.И., Шукуров Ф.М.</i> К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНОРЕЗОНАНСНОЙ ТРАКТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	17
<i>Икрамова П.Х., Кучкаров И.И.</i> РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ГРАФИЧЕСКОЙ СХЕМЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛЫ АПГАР	18
<i>Имамов Д.О., Муталибов А.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	18
<i>Искандаров Ю.Н., Гафаров Р.Р., Нишанов Н.Н.</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН	18
<i>Исламов Н.К., Орипов О., Абдусаломов М.Д.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	19
<i>Исраилов Ш.Д.</i> АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ ПРОМЕДОЛОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ	19
<i>Камолов С.Ж., Махрамов У.Т., Тураев З.А.</i> ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	20
<i>Камолов С.Ж., Тураев З.А., Махрамов У.Т.</i> РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ	20
<i>Каххоров С.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА	21
<i>Ким Н.А., Нураддинов Х.Э.</i> СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА	21
<i>Кобилов Б.З.</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА	22
<i>Кобилов Б.З.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ "DCF" ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА	22

<i>Ковальчук Н.Е., Пантус А.В.</i> СВЕТЛООПТИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СОСУДИСТОМ СПЛЕТЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	23
<i>Крицкая А.О., Панишев Н.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА	23
<i>Курбонов Н.А., Асадов Т.Ш., Сувонов М.Т.</i> КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	24
<i>Лебедева С.В.</i> ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГРУППЫ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ОРИТ	24
<i>Мансуров М.А.</i> ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА	24
<i>Мардонов У.А., Рустамов И.М., Тагиева Ю.А., Сулаймонова Ш.Д.</i> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	25
<i>Мардонов У.А., Рустамов И.М., Тураев З.А.</i> ОПТИМАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	25
<i>Маханта А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ	26
<i>Махматкулов Х.Г., Пак Е.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА	26
<i>Махмудов Б.Ф.</i> РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	26
<i>Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., Тураев З.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	27
<i>Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., Тураев З.А.</i> СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	27
<i>Миркомилов М.Э.</i> ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ КОКАРНИТА С МЕДОТИЛИНОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА	28
<i>Миррахимова С. Ш., Ходжаева У.З., Кхера А.</i> НЕОВАСКУЛЯРНАЯ ГЛАУКОМА И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ	28
<i>Миртолибов М.М.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА У ЖЕНЩИН	29
<i>Мулдашева Ж.М., Садвакасова А.К.</i> ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ	29
<i>Муртазаев Х.Ш., Рустамов И.М., Тураев З.А.</i> ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	30
<i>Мусаев Д.Б., Хаитов Ф.И., Холбоев С.А., Маманазаров О.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГРОМЫ У ДЕТЕЙ	30
<i>Мусоев Т.Я., Сафаров С.С.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ	30
<i>Мусоев Т.Я., Сафаров С.С., Холиков Ф., Азимов Р.Р., Буранов Ш.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАССЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ	31
<i>Мустафоев Х.Н.</i> К ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	31
<i>Муродова Н.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	32
<i>Муталибов А.И., Хуррамов Ф.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ	32

<i>Мухтарова Д.А., Тахиржанова П.К.</i> ЗНАЧИМОСТЬ ОНКОМАРКЕРОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ	32
<i>Назаров М.А., Тиялков Х.А.</i> К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА	33
<i>Назаров С.М., Махрамов У.Т., Ибрагимов Х.И.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	33
<i>Назирова С.Х., Кангельбаева Г.Е., Имомалиева К.М.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИХРОМА В ЛЕЧЕНИИ СЕЗОННЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	34
<i>Намозов Ф., Файзулаев К., Мавлянов Н., Ахмедов И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ЯИЧКА У МАЛЬЧИКОВ	34
<i>Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш., Эгамбердиева С.М.</i> ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОЖОГАХ ГЛАЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	34
<i>Новоселова К.В.</i> ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	35
<i>Нозимов А.Э.</i> КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УПОРНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА	35
<i>Нормаматов Б., Шомуродов Х.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	36
<i>Нормуродов А.И., Тураев Ф.З.</i> ОПТИМИЗИРОВАТЬ ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	36
<i>Нураддинов Х.Э., Файзуллаев Д.Ш.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ	37
<i>Нураддинов Х.Э., Тахирджанова П.К.</i> ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА	37
<i>Нураддинов Х.Э., Мухтарова Д.А.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СИНОСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	37
<i>Нурманов А.Ф., Жалолов С.И., Ахмедов Г.К.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»	38
<i>Ортиков Б.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ТРАВМОГЕНЕЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	38
<i>Петросян А.А.</i> «ТЕЛЕВИЗИОННАЯ» ТРАВМА У ДЕТЕЙ	39
<i>Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н.</i> ЛЕЧЕНИЕ ДОНОРСКИХ РАН ПОСЛЕ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ	39
<i>Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЕКАСАН» ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГАХ	40
<i>Пикас П.Б.</i> СОСТОЯНИЕ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА	40
<i>Плюснина М.В.</i> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ	41
<i>Пулатов Т.М., Камолов С.Ж.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА	41
<i>Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ	41
<i>Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	42

<i>Рамазанов Ж.А., Умирбаев М.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	42
<i>Рубцов В.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	43
<i>Рузиев Ж.А., Азизов Ш.Ф., Солева Н.Б.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ	43
<i>Рустамов Ш.Х., Есназарова А.К., Самадова Н.А., Рустамов И.М.</i> МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ	44
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	44
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПУТЕМ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ ЖИВОТА	44
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	45
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	45
<i>Садуллаев Ж.С., Хужанова С.У.</i> ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	46
<i>Саидмуродов К.Б., Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Мардонов Б.А.</i> КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ	46
<i>Саидахмедова Д.А.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	47
<i>Саидов Т.Т.</i> ЗНАЧЕНИЕ ОСТ В ОЦЕНКЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ГЛАУКОМНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ	47
<i>Салимов А., Худойкулов З., Дустбеков М., Ахмедов И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУПОЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ	48
<i>Салихов Д.Б., Эсерганов С.Н., Имомов Ш.Ш.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ	48
<i>Собиров Э.Ж.</i> ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ	49
<i>Степаненко В.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	49
<i>Сувонов М.Т., Асадов Т.Ш., Курбонов Н.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА	50
<i>Сулаймонов А.Л., Обидов Ш.Х., Ахмедов Г.К.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	50
<i>Сулейманова Н.Ш., Атамуратов В.Р.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ	51
<i>Сулейманова Н.Ш., Атамуратов В.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВНУТРИ БРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ	51
<i>Сулайманова Н.Ш., Мурадов С.С., Пардаев О.Ш.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОМПАРТМЕНТ - СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ	51
<i>Тилляшайхов М.Н., Газиев Л.Т., Саидов Э.М.</i> НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОМ ПОЧЕЧНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ	52
<i>Тилляшайхов М.Н., Газиев Л.Т., Саидов Э.М.</i> ХИРУРГИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ: ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ	52

<i>Тиялков Х.А.</i> К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	53
<i>Тиялков Х.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	53
<i>Толибова Д.М., Муратов Ф.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НА ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	53
<i>Тураев З.А., Камолов С.Ж., Махрамов У.М.</i> ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	54
<i>Тураев З.А., Махрамов У.Т., Камолов С.Ж., Рустамов И.М.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	54
<i>Тураев З.А., Махрамов У.Т., Камолов С.Ж.</i> ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ	55
<i>Тураев З.А., Рустамов И.М., Сайдуллаев З.Я.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА	55
<i>Узакова Г.А.</i> НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ	56
<i>Умирбаев М.А., Рамазанов Ж.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРИТОНЕОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В КОРРЕКЦИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	56
<i>Умирбаев М.А., Рамазанов Ж.А.</i> КОМБИНАЦИЯ РЕДУКЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В СОЧЕТАНИИ С МИНИИНВАЗИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	57
<i>Уралов Р.А., Мухаммадиев Б.Б., Шавкиев С.У., Бобомуратов А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	57
<i>Усанов А.Р., Назарова З.Х., Махматкулов Х.Г.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНО-СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ МАТНЬЕУ В МОДИФИКАЦИИ	58
<i>Хакимов М.Ш., Махмудов Г.А., Адашалиев А.Н.</i> ВЫБОР РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАРАПАПИЛЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	58
<i>Хакимов М.Ш., Алиджанов Х.К., Адашалиев А.Н.</i> РОЛЬ КАРОТИДНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ	59
<i>Хасанов А.</i> БИКАНАЛИКУЛЯРНАЯ ИНТУБАЦИЯ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ СИЛИКОНОВОЙ ТРУБКОЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА	59
<i>Ҳашимов Р.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	60
<i>Ходжакулова З.С., Тухтаев Ж.К.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	60
<i>Холхужаев Ф.И.</i> МЕСТО УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	61
<i>Холбеков Т.</i> РОЛЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОТЕКА ЛЕГКИХ	61
<i>Худойбердиев У.Ш., Тиялков Х.А.</i> БЛОКИРУЕМЫЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ МЕТАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	61
<i>Худойкулов З., Салимов А., Дустбеков М., Ахмедов И.</i> МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	62
<i>Худойкулов З.М., Хамидов М.А., Олимов И.Ж., Норбекова Ф.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ	62

Худойкулов З.М., Норбекова Ф.М., Аминов А.К., Ахмедов И.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	62
Худяков И.С., Романова О.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ОСГУД-ШЛАТТЕРА	63
Хушваков О.Э., Шерматов Ш.М. ИЗУЧЕНИЕ КРИВЫХ ТОНАЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ	63
Шавкатова Г.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	64
Шавкиев С.У., Бабажанов Н.М., Бердиёров У.М. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	64
Шамсиев Ж.З., Азимова А.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	64
Шербекоева Ф.У., Рустамов И.М. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ	65
Шишков А.П., Тунгусова М.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА	65
Шомуродов Х., Нормаматов Б. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	66
Эсирганов С.Н., Имомов Ш.Ш. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ	66
Юрлова А.С. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ	67
Якубов Г.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЕНАЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ МАКУЛОПАТИИ ПОСЛЕ ТЭК У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТОЙ	67
Abdullaev B.Sh. SELECTION OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT STENTS FOR CONTROLLING PORTAL HYPERTENSION	68
Abdullaev J.S., Adashaliev A.N. THE PATIENTS WITH THE PATHOLOGIC DEFORMATION OF THE CAROTID ARTERIES OF PARTICULARITIES OF THE SURGICAL TACTIC AND ANESTHESIOLOGICAL GUIDE	68
Adashaliev A.N. STAGE SURGERY RESULTS IN PATIENTS WITH COMBINED CAROTID ARTERY DISEASE AND GALLSTONE DISEASE	69
Aliev M.A. THE STUDY OF NEUROSURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC CHRONIC SUBDURAL HEMATOMAS	69
Beknazarov I.R., Adashaliev A.N. USING THE MINI INVASIVE TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS	70
Boltaev A.A., Adashaliev A.N. SHORT-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE	70
Dalerov A.D. RESULTS OF BRAIN ECHINOCOCCUS SURGERY	70
Egamov B. Yu., Adashaliev A.N. OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OCCLUSION OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY	71
Kan S.A. ABDOMINOPLASTICS OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY OF III-IV DEGREE	71
Karimov R.A., Adashaliev A.N. PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE IN COMBINATION WITH ATHEROSCLEROTIC CAROTID ARTERIES	72
Khaldarova M.F. PREVALENCE OF COLORECTAL CANCER BY GENDER AND AGE IN ALMATY, KAZAKHSTAN	72

<i>Khushvakova N.J., Khamrakulova N.O., Turgunov B.Sh.</i> THE MODELING FEATURES OF SELECTION OF TREATMENT MANAGEMENT OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA DURING THE BLOOD DISEASES	73
<i>Lazaruk O.V., Lazaruk T. Yu.</i> VIMENTIN EXPRESSION OF MIOEPITHELIAL CELLS IN TUMOUR AND AREAS AROUND THE TUMOUR OF DUCTAL BREAST CARCINOMA	73
<i>Lazaruk O.V., Lazaruk T. Yu.</i> COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF VIMENTIN EXPRESSION OF DUCTAL BREAST CARCINOMA (PARENCHYMAL AND STROMAL CELLS)	73
<i>Lazaruk O.V., Davydenko I.S., Lazaruk T. Yu.</i> VIMENTIN EXPRESSION IN VESSEL CELLS OF TUMOUR SITES INVASIVE DUCTAL BREAST CARCINOMA: IMMUNOHISTOCHEMICAL COLORING VARIABILITY	74
<i>Matsapaev A.Yu., Adashaliev A.N.</i> ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES	74
<i>Mahmatkulov S.M., Rashidov B.B., Yakubova L.I., Salimova D.E.</i> IMPROVEMENT TECHNOLOGY RADICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS	74
<i>Murodov A., Mirzaboev S.</i> FEATURES EPIDEMIOLOGY OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN SURGARY	75
<i>Nishonov T.Sh, Salomov M.S.</i> VALUE OF CONCENTRATIONS OF THE COENZYME Q10 AND ANTIOXIDANT STATUS OF BREAST CANCER	75
<i>Nomanov A., Khamidova Yu.V.</i> PREVALENCE OD DEEP VEIN THROMBOSIS AND PULMONARY EMBOLISM IN PATIENTS WITH SUPERFICIAL VEIN THROMBOSIS: REVIEW AND METS-ANALYSIS	75
<i>Oripov D.Y.</i> OPTIMAL DRAINING OPERATIONS IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF CANCEROUS GENESIS	76
<i>Oripov O.I.</i> THE FREQUENCY OF THE DIFFERENT TYPES OF PERIPHERAL RETINAL DYSTROPHIES ON PATIENTS WITH COMPOUND MYOPIC ASTIGMATISM	76
<i>Pereviznyk B.O.</i> THE EPIDEMIOLOGY OF SEVERE SEPSIS, CAUSED BY SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY ON WESTERN PART OF UKRAINE	76
<i>Raufov F.M.</i> DIAGNOSIS OF LYMPHADENOPATHY IN CHILDREN	77
<i>Raufov F.</i> CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF COLON CANCER ACCORDING SAMARKAND ONCOLOGY DISPENSARY.....	77
<i>Rakhmanov K.E., Mardonov B.A.</i> THE ROLE OF MORPHOLOGICAL MODIFICATIONS IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS	77
<i>Saatova U.M.</i> THE ROLE OF AUTO-OSTEOPLASTY IN TREATMENT OF PSEUDARTHROSIS ON LONG BONE	78
<i>Shukurov F.M., Aliev M.A.</i> TO THE QUESTIONS OF RECURRENT BRAIN GLIOMAS AFTER COMBINED TREATMENT	78
<i>Shvalyov F.M.</i> APPLICATION OF THE MODIFIED SCALE "MANNHEIM PERITONITIS INDEX" FOR FORECASTING CHILDREN'S POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER APPENDICULAR PERITONITIS	79
<i>Uzoqov A.D.</i> NEUROPROTECTIVE EFFECT OF CITICOLINE TO PREVENT POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION AFTER CHOLECYSTECTOMY UNDER GENERAL ANESTHESIA	79
<i>Xidirov Z.E., Kurbaniyazova F.Z., Kurbaniyazova A.Z.</i> PREVENTION AND TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS SYNDROME MIRIZZI	80
<i>Абдуллаев Н.К. Ғайратов Қ.Қ., Аҳмедов А.И.</i> ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ЯХШИ СИФАТЛИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	80
<i>Акрамов Б.Р., Насриев С.А., Пардаев О.Ш.</i> ҚОН АЙЛАНИШИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОРЛАР ОПЕРАТИВ ТУҒРУҒИДА КОМБИНИРЛАНГАН СПИНАЛ-ЭПИДУРАЛ АНЕСТЕЗИЯ ШАРОИТИДА СТРЕСС КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ	81

<i>Исмоилова З.Р., Исмоилов А.О.</i> ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ ПЕРФОРАЦИЯСИДА МИНИИНВАЗИВ ХИРУРГИК ТЕХНОЛОГИЯНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ	81
<i>Қосимов Р.Э., Кушаков А.У., Мамаюсутов С.С.</i> НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМАНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ДАВОСИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	81
<i>Насриддинов Б., Шарипов С., Худойбердиев А.</i> БОЛАЛАРДА ЛАНДРИ-ГИЙЕНА-БАРРЕ СИНДРОМИНИ КОМПЛЕКС ИНТЕНСИВ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ	82
<i>Очиллов Б.К., Мухиддинов Б.Х., Исмоилов А.О.</i> МЕХАНИК САРИҚЛИКДА МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ	82
<i>Саидмурадова Н.Б., Обидов Ш.Х., Аҳмедов Ф.К.</i> ҚОРИН ЁН ДЕВОРИ ВА БЕЛ РЕЦИДИВ ЧУРРАЛАРИДА ХИРУРГИК АМАЛИЁТНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	83
<i>Хайритдинов А.А.</i> РЕКТОВАГИНАЛ ОҚМАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	83
<i>Шарипов С.И., Орипова Д.</i> БОЛАЛАРДА ЛАЙЕЛЛА СИНДРОМИНИ РЕАНИМАЦИЯ БУЛИМИДА ИНТЕНСИВ ДАВО УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	83
<i>Шарипов С.И., Насриддинов Б.В.</i> БОЛАЛАРДА УТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТЛАРНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ	84
<i>Намозбойева Д.Х., То'хтаматов З.З.</i> GASTRADUODENAL YARA TESHILISHIDA VEMORLARLARNING O'LIM TANLILI	84

СЕКЦИЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Ахрорхужаев Н.Ш.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ	85
<i>Ахрорхужаев Н.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	85
<i>Аширов М.У., Шодиев С.С., Максудов Д.Д.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БЕРЕМЕННЫХ	85
<i>Аширов М.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	86
<i>Бахриддинов Ш.Д.</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ	86
<i>Бобобекова А.А.</i> СТАНОВЛЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ЛУНКИ ЗУБОВ	87
<i>Волошина А.А., Сотиболдиева З.А.</i> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	87
<i>Джураев Д.Т., Хасанов Х.Ш.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	87
<i>Джураев Д.Т., Усманов П.Р.</i> ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБА В ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	88
<i>Мелибаев Б.А., Шукуров Ф.Я.</i> СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АКРИЛОВАЯ ПЛАСТМАССА ДЛЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	88
<i>Мелибаев Б.А., Шукуров Ф.Я.</i> ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ПРИМЕНЕНИИ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	88
<i>Мирсалихова Ф.Л.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	89
<i>Пантус А.В., Ковальчук Н.Е.</i> КЛИНИКО-РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ МИКРОГНАТИЯМИ	89

<i>Салимов О.Р.</i>	
ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ФИКСИРУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	90
<i>Узакова Ё.У., Умрзокова М.А., Махмудова М.М.</i>	
ТОНЧАЙШИЕ НАНОПЛЕНКИ МОГУТ ВЕРНУТЬ МЕРТВЫЕ ЗУБЫ НАЗАД К ЖИЗНИ	90
<i>Фазлов Ж.У.</i>	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗУБОВ у СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ НА ОСНОВАНИИ ИЗМЕРЕНИЯ ЭЛЕКТРО ВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ	91
<i>Хасанов Х.Ш.</i>	
НАШ ОПЫТ В ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ХЕЙЛОПЛАСТИКА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	91
<i>Холбаев А.А., Равшианов И.Р.</i>	
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ (ВАКУУМОТЕРАПИЯ) ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА	92
<i>Шамсиев Р.А.</i>	
ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ у ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА	92
<i>Шодиев С.С., Фозилова Д.У.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ	92
<i>Шукуров Б.К., Эшонкулов У.Х.</i>	
АНАЛИЗ ЭТАПОВ ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	93
<i>Юсуналиходжаева С.Х.</i>	
О ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА	93
<i>Ядгарова Г.С.</i>	
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИЦА, ПРИКУСА И ЗУБНЫХ РЯДОВ У 12 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ НАХОДИВШИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	93
<i>Ярмухамедов Б.Х.</i>	
СОСТАВ МИКРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	94
<i>Ismatov F.A.</i>	
IMMUNOMODULATORY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF COMBINED INJURIES MAXILLOFACIAL REGION	94

СЕКЦИЯ ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

<i>Аббосов Д.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А И ЭКСТРАБУККАЛЬНОЙ ФОРМОЙ СКАРЛАТИНЫ	95
<i>Абдиева Г., Мирзаев О.В., Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	95
<i>Абдиева Г., Мирзаев О.В., Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	96
<i>Абдувалиев А.А.</i>	
КОГНИТИВНАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ СТРУКТУРА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	96
<i>Абдувалиев А.А.</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЗДОРЬЕ БОЛЬНОГО	97
<i>Абдуганиев Ш., Кулмирзаева Х.</i>	
ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В РАЗВИТИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	97
<i>Абдукодирова Н.А.</i>	
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	97
<i>Абдуллаев Х.Д., Солиев К.А., Хасанов Н.Н.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ «ТРИДОКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ	98
<i>Абдуллаева Д.Г.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ	98

Абдухоликова Г.А. ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	99
Азимова М.Д., Мамурова Н.Н. КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ	99
Акбарова С.Б., Фазиллов С.А. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	99
Алимова Д.Д., Клеблеева Г.Д. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	100
Алиева Н.К. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕЗАДЕНИТА	100
Аминов С. СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	100
Аннаев М. Г. ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И СОР ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	101
Амирбекова А.Ш., Естаев Д.Е. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ	101
Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И. ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	102
Ахмедова Г.А., Тураев Х.Н., Кенжаева З. СОСТОЯНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	102
Ахророва З.В. ИНГИБИТОРЫ АПФ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	102
Бабаджанов Ф. К. ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ	103
Баирбекова А.О. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ	103
Баратова С.С. ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА РОСТ СПОРТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	104
Баратова С.С. РОЛЬ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	104
Бахритдинов Б.Р., Рафиков Б.Р., Давурова Л.Н. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВЫМИ МЕТОДАМИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	105
Белякова Н.Н., Байгожин Д.М., Штрауб Т.О. СТРУКТУРА ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ Г. КАРАГАНДЫ	105
Бобоев Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ	106
Боймуродов А.Х., Кодирова М.Р. ЛЕЧЕБНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ	106
Балаток И.А., Гладких Ф.В., Яворский О.М. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО	106
Батрановская С.А., Еременчук И.В. ОЦЕНКА СИСТЕМНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ	107
Бекмирзаев Т.Р. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	107
Бугибаева А.Б. ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ	108

<i>Буриева Р.Б.</i> МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	108
<i>Важина Н.Е., Бекух Ф.А.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДАЕМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИНЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГБУЗ СКИБ	109
<i>Войткевич Ю.И., Горбатюк И.Б.</i> СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ФОНЕ ИБС И ОЖИРЕНИЯ	109
<i>Волкова Л.Д., Божко Я.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА	109
<i>Восеева Д.Х.</i> ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ	110
<i>Габдулина Т.А., Насибуллина Г.Ш.</i> ОЦЕНКА СЛУХО-МОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	110
<i>Галиханова Ю.И.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	111
<i>Гиёсова Н.О., Гафарова С.У., Хамроев С.Б.</i> ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С МИКРОАЛЬБУМИУРИЕЙ	111
<i>Грязева А.С., Торопова Д.С., Малыгин А.Л.</i> ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ И ВОСТРЕБОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННОЙ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	112
<i>Даминов Р.У., Азизова Р.А., Валиева Т.А.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ИНГОЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЗЛ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	112
<i>Даньлиев Ю.М.</i> КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗЕ	113
<i>Джуманазаров И.И., Рахматов А.Б., Аметова А.С.</i> КОМПЬЮТЕРНАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФИБРОБЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ	113
<i>Дониёров Н.Э., Ким О.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА И α - ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	114
<i>Дониёров Н.Э., Ким О.В.</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	114
<i>Джумаева М.И., Исломова К.А., Ташинова Л.Х.</i> ИЗМЕНЕНИЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ	115
<i>Жураева Н.А.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ	115
<i>Закирьяева П.О.</i> КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	115
<i>Закирьяева П.О.</i> ОЦЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)	116
<i>Идрисова И.И.</i> СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДСЕСТЕР	116
<i>Илхомов Л.И.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	116
<i>Иващук С.И.</i> АКТИВНОСТЬ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТЁЧНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С УЧЁТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ IL-4 (C-590T), TNF- α (G-308A), PRSS1 (R122H) И CFTR (delF508C)	117
<i>Ибрагимов Х.И., Абдушукурова К.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ	117
<i>Игамбергенова А.М.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В» И «С» СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ	118

<i>Ирманова А.И.</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	118
<i>Искандарова Ф. И.</i> СВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	119
<i>Исломов И.И., Разиков А.А.</i> ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	119
<i>Исмаилов Ж.А., Юсунов А., Абдуллаев Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ НЕКОТОРЫХ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АЛЬВЕОЛИТОМ	120
<i>Йулдошев Т.Р., Абдусаттарова С.</i> ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АНЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	120
<i>Йулдошев Т.Р.</i> РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	121
<i>Кадырова Ф.Ш., Ураков Ш., Йулдошев Т., Дилмуродова В., Бердимуродова Д., Курбонова З., Мухиддинов А.И., Маджидова Г.Т.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	121
<i>Кадырова Ф.Ш., Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О., Мирзаев Р.З.</i> ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА	122
<i>Кадырова Ф.Ш., Хамраева А., Сувонов Ж., Мухиддинов А.И., Суннатова Г.И.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	122
<i>Калниязова И.Б., Пулатов Ш.К., Расулов Ш.М., Жураева Н.Т.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫХ И ВИЧ ИНФЕКЦИЙ	122
<i>Каримова С.А.</i> К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ	123
<i>Качалев Х.Ф., Узакбаева М.Ж.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ДИКЛОФЕНАКА	123
<i>Камалова К.Б.</i> ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ТИПОВ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	124
<i>Караулов Е.С., Болеханова Э.А., Шарипова Т.К.</i> ЧАСТОТА ПРИЧИН АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	124
<i>Караулов Е.С., Болеханова Э.А., Шарипова Т.К.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	125
<i>Каримов З.Б.</i> РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	125
<i>Касымова Г.П.</i> ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	126
<i>Касымова Г.П., Узбаева А.М., Сырымбек Р., Рахатов Б.Т., Ни Т., Абишева Т.</i> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У СПОРТСМЕНОВ	126
<i>Кирианкова М.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА РЕМАКСОЛ	126
<i>Ким О.В., Юлдашев И.Ё, Хамракулова П.У., Джумаев Г.Х.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА	127
<i>Ким О.В., Содиков С.С., Кувондинов Г.Б., Муртазаевва Н.</i> ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ОВАРИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ	127
<i>Ким А.А., Асатулаев А.Ф.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (клинический случай)	128
<i>Клеблеева Г.Д.</i> ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	128
<i>Кодирова М., Узатов М.</i> РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ЧЛЕНОВ ОДНОЙ СЕМЬИ (случай из практики)	128

<i>Кодиров А.А.</i> ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	129
<i>Косыбаева А.Е.</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНКОРА И КОРДАРОНА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА	129
<i>Косимов А.А.</i> ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	129
<i>Кудратова Н.Б., Хамраева Л.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	130
<i>Кучимова Ч.А., Кубаев Р.М., Тураев Б.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭРОТОМАНИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	130
<i>Кутумов Х.Ю.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ	131
<i>Литвинова Р.В., Кореневская Е.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРУКТУРА ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕГИОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	131
<i>Маженов С.М.</i> ЗНАЧЕНИЕ FULL СНЕК UP В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	132
<i>Мамурова М.М., Рузиева Ш.А.</i> УЗДГ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	132
<i>Маслокова Л.С.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖКТ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. ЕКАТЕРИНБУРГА	133
<i>Маценко В.И.</i> СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	133
<i>Мардонов Ж.С.</i> ИСХОД ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	134
<i>Мирзаев О.В., Абдиева Г.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ	134
<i>Мирзалиева М.М.</i> СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	135
<i>Мишина А.В.</i> СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, БОЛЬНЫХ СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ	135
<i>Мишина А.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОССИЙСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА ФЕНАЗИД В АМБУЛАТОРНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	135
<i>Мишина А.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ И ПЕРОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ВВЕДЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	136
<i>Морозов И.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	137
<i>Морозов И.А.</i> ИСКУССТВЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	137
<i>Муратов Т.И., Мухиддинов А.И.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	138
<i>Мухамедова М.Г., Арнопольская Д.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	138
<i>Муханбеткалиев А.А., Куралбаева А.А., Белгумбаева Т.А., Бижан Б.К., Молдалиев Б.М.</i> ОЦЕНКА КОАГУЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	138

<i>Мухсинов Ф.Б.</i> ЗАМОНАВИЙ ЭТАПДА МЕНИНГОКОККЛИ МЕНИНГИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ КЛИНИКА МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА ТАХЛИЛ ЭТИШ	139
<i>Мухиддинова Г.</i> РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ у СТУДЕНТОВ	139
<i>Насирова А.А, Жалалова И., Рузиев А.</i> МЕСТО КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	140
<i>Насирова З., Кодиров Д., Оринова А., Бердимуродова Д., Мухиддинов А.И., Суннатова Г.И., Мирзаев Р., Маджидова Г.Т.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕЧЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	140
<i>Насирова З., Курбанова З., Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д.</i> ЦЕФАЛОСПОРИНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	141
<i>Насырова З.А., Насирова А.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	141
<i>Насруллаев У.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ у БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В САМАРКАНДСКОМ РЕГИОНЕ	142
<i>Нечитайло Е.Ю.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	142
<i>Нигмонов Б.</i> ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	143
<i>Низанова С.С.</i> ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА - ИНФЕКЦИОННЫЙ АГЕНТ ВЫЗЫВАЮЩИЙ НЕИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	143
<i>Носирова Д.Э., Мамурова Н.Н.</i> ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЯМИ	143
<i>Нуриллаева Х.</i> ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	144
<i>Нуриддинов С.С., Ким А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА у ДЕТЕЙ	144
<i>Олейник Н.А.</i> ФОРМИРОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВА ВОЛЕЙБОЛЬНОЙ КОМАНДЫ ПОДРОСТКОВ	145
<i>Оллобердиев Х.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	145
<i>Омонова Р.</i> УСИЛЕНИЕ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА у ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	146
<i>Очилова Д.</i> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ	146
<i>Очилов У.У., Хидиров Л.Ф., Тураев Б.Т.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	147
<i>Плаксина С.С., Кошуриков Р.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	147
<i>Плаксина С.С.</i> ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ у БОЛЬНЫХ С 4В-СТАДИЕЙ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ	148
<i>Разаков С.А.</i> РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	148

<i>Рафиков Б., Ахмедов И.</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА	149
<i>Рахимова М.Б., Рахимова М.Э., Сайфиддинова М.А., Султанхонов С.С.</i> ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	149
<i>Рахматов А.Б., Джуманазаров И.И., Аметова А.С.</i> ИЗМЕНЕНИЯ В БРОНХАХ НА РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ	149
<i>Рахматов Ж., Абдушукурова К.Р., Наимова Х.А.</i> ДИАНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	150
<i>Рузиева Ш.А., Мамурова М.М.</i> КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ	150
<i>Рустамов А.У., Суюнов А.Ф., Юлдашев У.К.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРНИГИЛА С СОЛКОТРИХОВАКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ТРИХОМОНИАЗА СОЧЕТАННОГО С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ	151
<i>Рустамова Н.А.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОСПАЗМА МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ	151
<i>Рустамова Г.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ САММИ	152
<i>Саидахмедова Д.А.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ	152
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	153
<i>Сайдиева С.И.</i> РОЛЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАСТЕНИЙ	153
<i>Сайфиддинова М.А., Рахимова М.Э., Рахимова М.Б., Исломов И.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	153
<i>Саидахмедова Д.А.</i> ОЦЕНКА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ МИОКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ С ГЕЛЬМИНТНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ	154
<i>Салохиддинова Ш.Ш., Кодиров А.А.</i> ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ) ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	154
<i>Суярова З.</i> АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ: ТАКТИКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ	155
<i>Саттарова М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	155
<i>Сафарова С.Н., Асатулаев А.Ф.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	156
<i>Сафарова С.Н., Асатулаев А.Ф.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА	156
<i>Ситник В.А., Коломиец Д.И.</i> АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ САРКОИДОЗА ВНЕЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	156
<i>Сивак А.Ю., Коломиец В.И.</i> СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ КОМОРБИДНОСТИ	157
<i>Соловьев О.О., Сычев Г.К.</i> ЗАНЯТИЯ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	157
<i>Степан Н.А.</i> ДИНАМИКА УРОВНЯ НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В ПРОЦЕССЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ	158
<i>Столбова М.С., Петренко В.С.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	158
<i>Тажибаева З.А.</i> ТАБАКОКУРЕНИЕ - ОДНА ИЗ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОСТИ	159

Теменов Н.К., Мусабеева К.К., Исина С.Т. РОЛЬ ПАРАЗИТОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ	159
Тен О.Л. КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С РАДИОАКТИВНЫМИ ОТХОДАМИ	160
Тиллоева Н. ПРИМЕНЕНИЕ МУМИЕ В МЕДИЦИНЕ	160
Тодорико Л.Д. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	161
Тодорико Л.Д. ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ И УРОВНЯ КОРТИЗОЛА, КАК СИСТЕМНЫХ ФАКТОРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ	161
Тореханова Ж.Ж., Камолдаева Т.М., Катубеева Т.М., Рысбекова А.Е., Санак А.А. ВЛИЯНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	162
Тригубчик О.В. ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЗДАНИЯ ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ В КОМБИНАЦИИ С СТАТИНОМ	162
Тагиева Ю.А., Ержанова М.Е. ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛАГРИПА ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	163
Таирова З.К., Ахмедов И.А. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АНЕМИЯ: ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ	163
Туркманов М.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ НЕБУТАМОЛОМ	163
Узакова Г.З., Ачилова М.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В УСЛОВИЯХ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	164
Ураков Ш., Мирзаев Р.З., Арипов С., Мухиддинов А.И., Маджидова Г.Т. ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	164
Узоков Ш.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	165
Умедов Х., Ураков Ш., Арипов С., Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	165
Усманова В.К., Кошанова Ж.М., Томашева Д.Е. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРАТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ретроспективный анализ)	166
Хайиталиев Д.Ю. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИИ, ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	166
Хамраева Н.А. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	166
Хамраев Ш.Х., Ким О.В., Насруллаева Р.Т. НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТИ-ТИРОКСОМ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ	167
Хамроев Ш. СОДЕРЖАНИЕ БОЛЬШИХ ГРАНУЛОСОДЕРЖАЩИХ ЛИМФОЦИТОВ (БГЛ) КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ	167
Хасанова М.И., Бердиярова М.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА СУКРОФЕРА И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА	168
Хасанов Н.Н. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ И ЕГО РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ	168
Хасанов О.Б., Хамидов О.А., Джумаева Ш.Д. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	168

<i>Хасанова М.И., Бердиярова М.Б.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА СУКРОФЕРА И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА	169
<i>Хаятов Р.Б., Комилов Ж., Курбани Т.Р.</i> НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ	169
<i>Холмиев Р.Х., Рахмонова М., Тургунов Б.</i> ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АЛЬВЕОЛИТОМ	170
<i>Холмирзаева М.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ	170
<i>Худойбердиев Д.К., Аметова А.С., Хамроева Н.У.</i> ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ИЗМЕНЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ДО И ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ	171
<i>Худоеров И.Б.</i> ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ	171
<i>Худаярова С.М.</i> ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗВИСТОСТЕЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЕЙ	171
<i>Худаярова С.М.</i> РОЛЬ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗВИТИИ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА	172
<i>Чусовитина П.Г.</i> АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ИНДУЦИРУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ	172
<i>Шакирова Ш.А.</i> ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ	172
<i>Широв Б.Ф., Бахритдинов Б.Р., Саноев М.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗА	173
<i>Шодиева Г.Р., Равшанов Б., Примов Б.</i> РОЛЬ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ INF- γ И IL-6 В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	173
<i>Шоалимова З.М., Надирова Ю.И., Бобошарипов Ф.Г.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	174
<i>Штрауб Т.О., Белякова Н.Н., Байгожин Д.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ БИСОПРОЛОЛА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ИБС	174
<i>Штрауб Т., Дробкова А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ БИСОПРОЛОЛА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	175
<i>Шумко Г.И.</i> ВЛИЯНИЕ ФАКОВИТА НА СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	175
<i>Шумко Г.И.</i> СОСТОЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ	176
<i>Шынарбек Ж.Е., Нуржанов А.Б., Омарханов Ж.С., Рахимгулов К.К., Сейил Б.С.</i> ИЗУЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	176
<i>Эргашева Д.</i> ПСИХОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	177
<i>Юсупова С.Р.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ МАТКИ ЕСТЕСТВЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	177
<i>Юлдашева А.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЗГА У ЖЕНЩИН ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	177

Юлдашева З.С. ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	178
Яворская Е.Б., Воробец Е.В. ЧТО ЗНАЮТ РАБОТНИКИ ЛЕСНИЧЕСТВ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА	178
Акратова Д.Т., Matmurodov R.J. DEGREE COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARKINSON'S DISEASE DEPENDING OF THE LEVEL OF PROTEIN S100B IN THE BLOOD SERUM	179
Акратова Д., Акратова Н. THE ROLE OF GENETIC POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF PARKINSON'S DISEASE IN THE UZBEK NATIONALITY	179
Amanzholova A. THE ANALYSIS OF USING BISOPROLOL IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION	180
Annaev M.G. THE MODERN APPROACH OF DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	180
Annaev M.G., To'ymuradov B.V. DETERMINATION OF RISK GROUPS IN LIVER CIRRHOSIS	180
Atakhanova A.M. THE INFLUENCE OF MUSIC ON THE BRAIN	181
Burhanbaeva K., Zhaxilikova K. CARDIOVASCULAR SYSTEM PERFORMANCE RATE OF EMERGENCY TEAM MEDICAL STAFF	181
Eshankulova N.Y., Ataniyazov M.K. LONG-TERM RESULTS CAROTID ENDARTERECTOMY FOR ATHEROSCLEROTIC CAROTID ARTERY DISEASE	181
Gayurova U.H. IMPLEMENTATION OF INTEGRAL ASSESSMENT AND OPTIMAL TREATMENT METHODS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) ACCORDING TO GOLD PROGRAM	182
Ibadullayeva S.S., Mirtazaeva N.A., Yarlakapov I.A. MODERN EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN OF TYPHOID DISEASE	182
Juraeva M.Z. MEMBRANE THERAPEUTIC PLASMOPHERESIS IN PSORIASIS	182
Khushvakhtov O. OPTIMIZATION OF THE COMPLEX TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS BY THE PHYSICAL METHODS	183
Molaykhanov Sh.A. TO DEFINE THE PROBLEM OF IODINE DEFICIENCY AMONG STUDENTS	183
Mamatova D.M. IMPROVEMENT OF METHODS ETHICAL EDUCATION OF NURSES	184
Mirzaeva D.Kh., Prokhorova A.V. EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS IN UZBEKISTAN	184
Mirzarakhimova K.R., Rakhmonov T.O. THE INCIDENCE OF CONGENITAL HEART DEFECTS	184
Slyvka N.O., Virstyuk N.G., Plesh I.A. MODERN WAYS TO IMPROVE DIAGNOSIS DIAGNOSTICS FOR ALCOHOLIC LIVER DISEASE	185
Paraniuk Yu.D, Mikulets L.V. SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE DAILY MONITORING OF THE BLOOD PRESSURE IN PATIENTS SUFFERING FROM PRIMARY GOUT	185
Mirzayeva D., Muinjonov B., Deleyn P., Prokhorova A. ASSOCIATION OF AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WITH BASAL GANGLIA IMPAIRMENT	185
Paraniuk Yu.D, Mikulets L.V. RISK FACTORS AND SPREAD OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS	186
Pikas H.B., Pikas O.B. DIAGNOSTIC VALUE OF CHANGES FATTY ACIDS COMPOSITION IN BLOOD PLASMA IN SUFFERING FROM CASEOUS PNEUMONIA	186
Rajabova R.Sh., Shukurdjionova S.M. THICKNESS OF EPICARDIAL ADIPOSE AS RISK FACTOR OF THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC DISEASES OF THE HEART	187

<i>Rajabova R.Sh.</i> CLINICAL IMPORTANCE OF EPICARDIAL ADIPOSE TISSUE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE	187
<i>Rakhimberdiyev Sh.R.</i> STUDY THE DIFFERENCE OF ISCHEMIC STROKE RISK IN PATIENTS WHO HAD TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK CAUSED BY CAROTID AND INTRACRANIAL ARTERIES LESIONS	187
<i>Saydakhmedova M.</i> PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION, UNDER IN-HOSPITAL CONDITIONS	188
<i>Shvets N.V.</i> SUPPLEMENTATION INFLUENCES OF OMEGA-3 FATTY ACID TO ADIPOKINES LEVEL AND IMPROVES DYSLIPIDEMIA IN OBESE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, OSTEOARTHRITIS AND THEIR COINCIDENCE	188
<i>Nurtas A., Meruyert S., Dinar J., Saltanat U.</i> FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN VARIOUS ETHNIC GROUPS	189
<i>Stepaniuk N.H., Hladkykh F.V., Basarab O.V.</i> CHARACTERISTIC OF SIDE EFFECTS CAUSED BY ANALGESICS, ANTIPIRETTICS AND NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS WHICH WERE PRESCRIBED BY MEDICAL DOCTORS OF VINNITSA REGION OF UKRAINE IN 2015	189
<i>Sultankhonov S., Razikov A.A., Rakhimova M.E.</i> NEW METHOD OF IMPROVING CARDIAC AUSCULTATION THROUGH LISTENING TO MULTILAYER AUDIO TRACK	189
<i>Tashmukhamedova B.E.</i> EFFICACY OF LASER THERAPY IN INFANTS WITH INFECTIOUS-INFLAMMATORY RESPIRATORY DISEASES	190
<i>Voytiv K.Ya., Shanayda Yu.V.</i> CONTENT AND COMPONENT OF ESSENTIAL OILS OF OCIMUM AMERICANUM L. HERB	190
<i>Yuldasheva D.</i> INVESTIGATION OF SOME INDEXES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF STUDENTS	191
<i>Абдугантаров Ф.Б.</i> ВИЧ-ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТУБЕРКУЛЕЗ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ	191
<i>Ачилова М., Узакова Г.</i> ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИНИ БИРГАЛИҚДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	192
<i>Бегматова Д.А., Рустамов А.У., Юлдашев У.К.</i> ЛИПОВИТИЛИННИ ПСОРИАЗДАН СУНГ КУЛЛАШ	192
<i>Буранов И.Б.</i> ҚУТУРИШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	193
<i>Дадажанов У.У., Бердиярова М.Б., Хасанова М.И.</i> УТКИР ЛИМФОБЛАСТЛИ ЛЕЙКОЗНИ РЕМИССИЯ ДАВРИДА НЕЙРОЛЕЙКОЗ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	193
<i>Ибадуллаева С.С., Казаков Ш.О.</i> ҚОРИН ТИФИ КАСАЛЛИГИНИНГ БАЪЗИ БИР ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	193
<i>Казаков Ш.О., Ибадуллаева С.С.</i> ПАРАТИФ А ВА В СУРУНКАЛИ БАКТЕРИЯ ТАШУВЧИЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИК ЖАРАЁНДАГИ АҲАМИЯТИ	194
<i>Киличев Ф.</i> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА УТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ ЭТИОЛОГИК СТРУКТУРАСИНИ КЛИНИКА МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА ТАХЛИЛ ЭТИШ	194
<i>Қутлиева Д.Б.</i> САЛЬМОНЕЛЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЎТКИР ФАЗАСИ ОҚСИЛЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИК ВА ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ	195
<i>Мадрахимов А., Пардаев А.Ф., Обилов А.У.</i> СИЛ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАНЛАРДА ДОРИЛАРГА ТУРФУНЛИК КЕЛИБ ЧИҚИШИ ВА БЕМОРЛАРНИНГ КАСАЛЛИККА МУНОСАБАТИ	195
<i>Мирзаев Х.Х., Тураев Б.Ш., Байтурсунов Б.Р., Эргашев О.Б.</i> СИЛ КАСАЛЛИГИНИ ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	196

<i>Нарзуллаев М.М.</i> НСV-ИНФЕКЦИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ГЕМАТОЛОГИК СТАТУСНИНГ ЎРНИ	196
<i>Олманова Ш.С., Рўзиева Ш.А.</i> ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА БИОХИМИК БУЗИЛИШЛАРНИ КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРГА ТАЪСИРИ	196
<i>Расули Ф.</i> БОЛАЛАРДА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	197
<i>Расулов Ш.М., Неъматова Н.Ў.</i> ИЧАК ГЕЛЬМИНТОЗЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	197
<i>Расулов Ш.М., Калниязова И.Б.</i> ОИВ/ОИТС КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	198
<i>Саидова З.А., Каримов Ш.Э.</i> ОНА ВА БОЛА СОГЛИГИ МИЛЛАТ РИВОЖЛАНИШИНИНГ АСОСИЙ НЕГИЗИДИР	198
<i>Сайиткулова Г.Д., Бахритдинов Б.Р., Аметова А.С.</i> СПОНДИЛОДИСЦИТНИНГ МАГНИТ-РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИК ТАШХИСИ	199
<i>Сайитов Б.Ш.</i> ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА РЕТРОВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯГА СОДИҚЛИККА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАРНИ БАҲОЛАШ	199
<i>Тажибаева З.А.</i> ТАМАКИ ЧЕКИШНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ, УНИНГ САЛОМАТЛИККА САЛБИЙ ТАЪСИР ҚИЛИШДАГИ ЎРНИ	200
<i>Тешаев У.Ш.</i> ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО ТАДБИҚ ЭТГАН ГИРУДОТЕРАПИЯ УСУЛИДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ	200
<i>Тиркашев О.С., Кандимов О.Дж.</i> БОЛАЛАРДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ЖИХАТДАН КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	201
<i>Тўраев Б.Ш., Байтурсунов Б.Р., Мирзаев Х.Х., Эргашев О.Б.</i> ЭРКАКЛАР БЕПУШТЛИГИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	201
<i>Хайдарова Н.Н.</i> САЛЬМОНЕЛЛЁЗДА ЭНДОГЕН ИНТИОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ	201
<i>Шодиев Ф.Ғ., Джумаева Ш.Д., Сафарова Э.</i> СУТ БЕЗИ ЎСМА ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАШХИСИ	202

СЕКЦИЯ ПЕДИАТРИЯ

<i>Абдувалиев А.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ	203
<i>Абдукодирова А.А.</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЯМ СТРАДАЮЩИМ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ	203
<i>Абдужалилова М.Ш.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОРВИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА	203
<i>Абдуллаева Д.</i> НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	204
<i>Абдуллаев Х.Д., Рустамова Г.Р.</i> ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ	204
<i>Абдуллаев Х., Бакаев А.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ	205
<i>Абдурахмонов Ж.</i> ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА И ТИМОПТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФВД, НАСЫЩЕННОСТИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ И РОСТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	205
<i>Абдурахмонов Ж.Й.</i> ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ ГРУПП РИСКА	205

<i>Абдурахманова М., Мажидова Р.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	206
<i>Акбаров С.Б., Равзатов Ж.Б.</i>	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	206
<i>Акбаров С.Б., Равзатов Ж.Б.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП	206
<i>Акбаров С.Б.</i>	
УЛУЧШЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	207
<i>Акбаров С.Б., Равзатов Ж.Б.</i>	
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ	207
<i>Алиева С.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА НЕЙРОМИДИН У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	208
<i>Алиев Х.Э.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	208
<i>Алиев Х.Э.</i>	
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЕМЕЙНОМ УРОВНЕ	209
<i>Алтанов А.В., Ахтямзянов Т.Р., Галиев И.А.</i>	
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ	209
<i>Аманов А.К.</i>	
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА МАРФАНА У ДЕТЕЙ	209
<i>Аметов Э.</i>	
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОГО СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ	210
<i>Атаева Д.Р.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ГОРДОКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	210
<i>Ахрарова Ф.М.</i>	
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	211
<i>Ачилова Н., Бурханов У.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	211
<i>Азимова А.А., Ильясова С., Азимова О.Т., Бойжигитова Д.И.</i>	
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН ОТРАВЛЕНИЙ НАЗИВИНОМ	212
<i>Алкарров Б.</i>	
ЭНДОКРИННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У МАЛЬЧИКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	212
<i>Ахроров М.М.</i>	
ВЛИЯНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	212
<i>Ахроров М.М.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РИНОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА	213
<i>Бабаев С.</i>	
ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В РОДАХ	213
<i>Баянкина М.М., Ванеева Ю.Н., Зиннатшина Г.А.</i>	
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	214
<i>Бурехина А.А., Лебедева С.В., Лиманская Я.В.</i>	
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	214
<i>Волошин С.Б.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ИЗ ПОЛИМОРФНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА (G308A)	215
<i>Гиясова Н., Мехроджева Ш.</i>	
ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №2 г. САМАРКАНДА	215

<i>Горбатюк И.Б.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ВЕРИФИКАЦИИ НЕСТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ	216
<i>Давранова А., Мехрожева Ш.</i> НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОКАРНИТИНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА	216
<i>Дехканов К.А., Утегенов Н.У., Акрамова М.Ю., Шагиязова Л.М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	216
<i>Джумаева Н.Б., Каюмова А.А.</i> КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРНИТИНОМ	217
<i>Зикиров Э.Ш.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	217
<i>Золина М.Ю., Пьянкова М.А., Ситникова И.С., Лиханова И.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	218
<i>Исаева Л.И., Гайбуллаев Ж.Ш., Шулешко М.А., Алланазаров А.Б., Ильясова С.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	218
<i>Исмоилов И.И.</i> ОСОБЕННОСТИ РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	219
<i>Исраилова Н.А.</i> ТЕЧЕНИЕ КАРДИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	219
<i>Камолжанов Б.К.</i> СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НИЗКОРОСЛОСТИ	220
<i>Карджавова Г.А., Ибрагимова М.Ф., Азимова Ш., Ильясова С., Алиев А.Б.</i> КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА	220
<i>Карджавова Г.А., Ильясова С., Шарипова З., Азимова О.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	221
<i>Карджавова Г.А., Ильясова С., Мирзаев А.К., Орифова М.О.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	221
<i>Каюмова А.А., Джумаева Н.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИКАМИ	222
<i>Кенжаева З.С.</i> КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ГИПЕРВИТАМИНОЗА «Д» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	222
<i>Кенжаева З.С.</i> ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	222
<i>Ким А.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ	223
<i>Кирияк В.Г., Хильчевская В.С.</i> ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ	223
<i>Кисиль Н.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ НОГТЕВОГО ЛОЖЕ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖКТ	224
<i>Климович Е.Н., Кухта О.Я., Гарас Н.Н.</i> ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА	224
<i>Ковтюк Н.И.</i> ОСОБЕННОСТИ СНА У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ	225
<i>Ковтюк Н.И.</i> КАЧЕСТВО СНА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ	225

<i>Курбани Т.Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ФЕРРОПОЛА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	225
<i>Курбанов Ш.Б.</i> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	226
<i>Лим М.В., Кодирова Ш.С., Ильясова С., Азимова О.Т., Узокова М.Ф.</i> НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	226
<i>Лим М.В., Шулешко М.А., Алланазаров А.Б., Исаева Л.И., Фарходова Ю., Ильясова С.Р.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРЫХ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ	227
<i>Мамаризаев И.</i> МОНИТОРИНГ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ	227
<i>Маматмуродов А.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	228
<i>Маматмусаева Ф.Ш.</i> НАРУШЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «А»	228
<i>Махатов С., Абдусаломова М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВИДЕО-ЭЭГ МОНИТОРИНГА И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПАРОКСИЗМАМИ	228
<i>Мацей Т.Ю., Хильчевская В.С., Колобакина Л.В.</i> ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ С УЧЕТОМ ЕЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ	229
<i>Мехроджева Ш., Бобоева Ш.</i> ОЦЕНКА И ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	229
<i>Меццержакова М.В.</i> ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ПОДРОСТКАМИ: ЧАСТОТА, МОТИВАЦИИ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ	230
<i>Михайлова Л.Р.</i> ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	230
<i>Михеева Т.Н.</i> ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ	231
<i>Михеева Т.Н.</i> ОЦЕНКА УРОВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ	231
<i>Муродова М.Д.</i> ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	231
<i>Мухамедназарова Н.Ш.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И МЕТОБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА	232
<i>Мухидова Г.Х.</i> МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОМПЬЮТЕРНО-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ	232
<i>Мухаметшина Г.И., Чехомова Д.В.</i> СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	232
<i>Мухтарова М.М., Жамолова З.Ш.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВОПРОСОВ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	233
<i>Набиев А., Дилбарова М.</i> ИЗУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	233
<i>Неметова З., Юсупова Р., Алибаева Г., Жандильдина Д.</i> ПРИМЕНЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	233
<i>Норова М.Б.</i> МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛОВЫ И ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 11 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	234

Поспелова А.А., Швецов А.А. ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ - ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ГРИППА А (H1N1) У РЕБЕНКА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ)	234
Поторочина М.В., Колесникова А.А. ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ	235
Рустамова З.А., Ачилова Н. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ	235
Сайиткулова Г.Д. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	236
Самадов Ф.Н., Абдуяминова З.Д. МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	236
Салимова У.Г. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	236
Сафарова Ш. ОТНОШЕНИЕ СЕРПОВИДНОГО КРАЯ ШИРОКОЙ ФАСЦИИ БЕДРА К БЕДРЕННЫМ СОСУДАМ ЧЕЛОВЕКА	237
Сафиуллина А.Р., Шарафиева Р.В. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	237
Сирожиддинова Х.Н. РЕАКЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И КОМПЛЕМЕНТА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ	238
Солева Н.Б. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БЕДРЕННОГО КАНАЛА У ПЛОДОВ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 1-ГОДА	238
Сулаймонова Ш.Д. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ	238
Тамбриазов М.Ф., Азимова О.Т., Ильясова С., Саидвалиева С.А. ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ	239
Тарнавская С.И., Климович К.Н. АССОЦИАЦИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е СЫВОРОТКИ КРОВИ	239
Терентьева Е.С., Ярославцева Н.В. ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	240
Тропынина Е.М., Потеряева О.А. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВИЧ/СПИД ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	240
Узокова М.Ф., Азимова Ш.Т., Ильясова С., Раимова Н., Фарходова Ю. СОСТОЯНИЕ МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ	241
Умарова С.С. ВЫЯВЛЕНИЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	241
Умарова С.С., Абдумуминов М. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИСТУПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	242
Утегенов Н.У., Дехканов К.А., Ахадова З.А., Шагиязова Л.М. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	242
Фесик Н.В., Ортеменка Е.П. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АДЕКВАТНОЙ СРОКУ ГЕСТАЦИИ МАССОЙ ТЕЛА	243
Фомина М.А. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА	243
Халимбетов Г.С., Самадов Ф.Н. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: КЛИНИКО-НЕЙРОБИОХИМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ	244

<i>Хамраева Л.С., Кудратова Н.Б.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	244
<i>Холмуминов, С.С.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ПРОЯВЛЕНИИ КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	244
<i>Холмуминов, С.С.</i>	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО	245
<i>Худойбердиев Ж.А.</i>	
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕГО КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ	245
<i>Худойбердиев Ж.А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ	246
<i>Хусинова Ф.А.</i>	
ВЛИЯНИЕ КОЭНЗИМ Q10 НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЙ	246
<i>Шахова О.А., Саранчук А.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВАНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БРОНХОВ У ПОДРОСТКОВ	247
<i>Эргашева М.Я.</i>	
СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	247
<i>Юлдашева З.С., Мельман С.А., Акбонеева У.О., Жантелов А.К., Утешева А.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	248
<i>Ядгарова Г.С.</i>	
МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОВЫ И ЛИЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ	248
<i>Ядгарова Г.С.</i>	
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИЦА, ПРИКУСА И ЗУБНЫХ РЯДОВ У 12 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	249
<i>Янишевская А.О., Семань-Минько И.С.</i>	
КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СОН РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА. РАССТРОЙСТВА СНА В КАЧЕСТВЕ НАРУШЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА	249
<i>Анваров J.A.</i>	
COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE METHODS COPROSCOPY AND ELISA ANALYSIS FOR THE DIAGNOSIS OF GIARDIASIS	249
<i>Garas N.N., Kiriyaq V.G.</i>	
EFFICIENCY OF TREATMENT OF SEVERE BRONCHIAL ASTHMA ATTACK IN SCHOOL AGE CHILDREN	250
<i>Holmuradova Z.E.</i>	
STUDY OF ARTERIAL HYPERTENSION RISK FACTORS IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME	250
<i>Izzatullaev O.Sh.</i>	
ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES ON CHILDREN ON SEIZURES	251
<i>Khlunovs'ka L.Yu.</i>	
SOME FEATURES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF CHILDREN WITH DUODENAL PEPTIC ULCER DISEASE	251
<i>Mirzaeva A.B.</i>	
EARLY DIAGNOSTIC CRITERIA OF TETRALOGY OF FALLOT IN CHILDREN	251
<i>Nechytailo D.</i>	
PECULIARITIES OF INDEXES OF 24 HOURS BLOOD PRESSURE MONITORING IN SCHOOL AGE CHILDREN	252
<i>Olimjon A.O.</i>	
TREATMENT OF JUVENILE RHEUMATIC ARTHRITIS AT CHILDREN	252
<i>Ostonov O., Narziev L., Hamraeva A.</i>	
PROLONGED NEONATAL JUANDICE	252
<i>Porsokhonova K.E.</i>	
OPTIMIZATION OF TREATMENT OF REFRACTORY FORMS OF EPILEPSY IN THE CASE OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY OF CHILDHOOD	253
<i>Salimova Z.A., Eshimova M.B.</i>	
COMPOSITION OF HIGHER FATTY ACID AND IT'S CORRECTION IN CHILDREN WITH VITAMIN D-DEFICIENCY RICKETS	253
<i>Umarova S.S.</i>	
THE DEGREE BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN SUFFERING FROM ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS	253

<i>Yadgarova G.S.</i> ANTHROPOMETRIC PARAMETERS OF THE FACE OF HEALTHY CHILDREN AND THEIR CONFORMITY WITH THE LAW OF GOLDEN RATIO	254
<i>Жамолова З.</i> ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА УТКИР БУГУВЧИ ЛАРИНГОТРАХЕИТНИНГ КЕЛИБ ЧИКИШИ ВА КЕЧИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ	254
<i>Маматкулов Б.А., Сувонов Б.Б.</i> КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР	255
<i>Мирзарахимова К.Р.</i> ИЖТИМОЙ-ГИГИЕНИК ОМИЛЛАРНИНГ БОЛАЛАРДАГИ ТУҒМА НОГИРОНЛИК ДАРАЖАСИГА ТАЪСИРИ (Тошкент шаҳар Хамза тумани маълумотлари асосида)	255
<i>Файзуллаева Х.Б.</i> НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИ БИЛАН ТУГИЛАН ЧАКАЛОКЛАР АНАМНЕЗИНИНГ КЛИНИК АХАМИЯТИ	255
<i>Эрназаров А.</i> КИЗАМИК КАСАЛЛИГИНИ БИР ЁШГАЧА БУЛГАН БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ МАЛИЁДА УЧРАГАН БИР ХОЛАТ БУЙИЧА ТАХЛИЛ ЭТИШ	256

СЕКЦИЯ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

<i>Абдикулова Н.Х.</i> ХАРАКТЕР ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	257
<i>Абдуразакова М.Д.</i> ОСОБЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ	257
<i>Аверьянов В.В., Гараев А.Т.</i> СПОСОБ РЕГЕНЕРАЦИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДИСПЕРГИРОВАННЫХ КОЛЛОИДОВ	258
<i>Агзамова А.С.</i> ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	258
<i>Акбарова С.Б., Равзатов Ж.Б.</i> ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ	259
<i>Акбарова С.Б., Равзатов Ж.Б.</i> ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СРЕДИ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СВП	259
<i>Акпербекова И.С.</i> АНАЛИЗ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	259
<i>Акпербекова И.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА	260
<i>Алиева Н.К.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	260
<i>Алиева С.З.</i> ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ	260
<i>Анисимов А.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ РОДОВ И КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	261
<i>Бахтиерова Р.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	262
<i>Бердиева Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ КРУПНЫМ ПЛОДОМ	262
<i>Бобохолова С.Ш.</i> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮННЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ	263
<i>Вриц О.М., Семань-Минько И.С.</i> ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МАТЕРИ: ДОЛГОКОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ, ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?	263
<i>Гайбуллаева Д.Ф.</i> ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ В РАЗВИТИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ	264

<i>Дружкова Е.Б.</i> СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	264
<i>Ибрагимова Г.И., Шукчураева Н.И., Келдиёрова Ш.Б.</i> ДИАГНОСТИКА, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ЯИЧНИКОВ	265
<i>Илика В.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕССОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ В ФИБРИНОИДЕ И ЭНДОТЕЛИОЦИТАХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ БАЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАЗАЛЬНОМ ДЕЦИДУИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ	265
<i>Илхомов Л.И.</i> ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	266
<i>Исроилова Н.Р.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР	266
<i>Истамова М.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ПОСТПЛАЦЕНТАРНОМ ПЕРИОДЕ	267
<i>Каримова С.А.</i> СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	267
<i>Каробоева М.З.</i> АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	268
<i>Кондратьева М.А., Ковальчук А.А.</i> ИСХОДЫ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	268
<i>Кузиева Ю.</i> ОЦЕНКА ИСХОДОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ	268
<i>Кузьмина А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ	269
<i>Мадолимова Н.Х., Тухтамишева Н.О.</i> ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ СТАНДАРТА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРИЭКЛАМПСИЕЙ	269
<i>Махмудова З.М., Парвизи Н.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ	270
<i>Махмудов С.Б.</i> АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	270
<i>Муратова А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТОЙ	271
<i>Наркулова С.У.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВЫРАБОТКА ТАКТИКА ВЕДЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ	271
<i>Низанова С.С.</i> ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА - ИНФЕКЦИОННЫЙ АГЕНТ ВЫЗЫВАЮЩИЙ НЕИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	272
<i>Норполвонов А.У.</i> МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА	272
<i>Рахматов Ж.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	273
<i>Рахматова З.М.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	273
<i>Сагатова А.А.</i> ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	274

<i>Сагатова А.А., Саттарова К.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	274
<i>Самсонова М.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОВОЙ СМЕСИ С 3% КИСЛОРОДОМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ГИНЕКОЛОГИИ	274
<i>Саттарова К.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ	275
<i>Саттарова К.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА	275
<i>Солеева С.Б.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ	276
<i>Суванова Ф.Б.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	276
<i>Тургунова С.Б.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	277
<i>Тухтамишева Н.О.</i> ЭСМИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ	277
<i>Умарова Ш.Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАНДИН Е2 ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	278
<i>Хабибова С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МИОМАХ МАТКИ	278
<i>Хамидова Н.</i> ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ	278
<i>Хегай О.А.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ В СТАДИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА	279
<i>Хожиева Г.Х.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В I В ВО II ТРИМЕСТРАХ	279
<i>Худайбергенова И.К.</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ	280
<i>Худойкулова О.Г.</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	280
<i>Худойкулова О.Г.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТРЕПТАЗЫ ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МАТКИ И ПРИДАТКОВ	280
<i>Шукурова Л.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	281
<i>Эгамова С., Акпербекова И.С.</i> СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ	281
<i>Юлдашева У.О.</i> ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	282
<i>Юсупова Г.И., Карабаева М.А., Аннакулов А.Ж.</i> ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРВИ	282
<i>Юсупова Г.И., Карабаева М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	282
<i>Abatova A.A.</i> THE INCIDENCE OF SOME FORMS OF OBSTETRIC PATHOLOGY, AND THEIR IMPLEMENTATION IN PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF INFERTILITY	283
<i>Abbosova U.</i> OUTCOMES OF PREGNANCY IN URINARY TRACT INFECTIONS	283
<i>Ahmedova G.S., Sattarova K.A.</i> FREQUENCY AND STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL DISEASES IN ADOLESCENT GIRLS OF SURKHANDARYA REGION	284

<i>Ashirova M.N., Tashmatova I.H., Sattarova K.A.</i> PRE-ECLAMPSIA CULARITIES OF LABORATORY DATA IN PRE-ECLAMPSIA	284
<i>Dikal M.V., Cherniukh O.G.</i> CLINICAL AND BIOCHEMICAL KIDNEY'S FUNCTIONALCONDITION PARAMETERSOF PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA	284
<i>Muxammadieva M.I., Sattarova K.A.</i> EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF ANTIANEMIC THERAPY IN PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM ANEMIA	285
<i>Nuriddinov H.Z.</i> ASPECTS OF DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN PREGNANCY	285
<i>Kozhabek G.B.</i> VAGINAL BACTERIA OVERGROWTH IN PREGNANT WOMEN. SYMPTOMS AND SIGNS OF VAGINAL FLORA	286
<i>Muminjonova I.F.</i> STATE OF BLOOD COAGULATION OF PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME	286
<i>Solieva U.X.</i> THE INCIDENCE OF BRONCHOPNEUMONIA COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN	286
<i>Tairova D.</i> PRENATAL ANTIBIOTIC TREATMENT IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND NEONATAL OUTCOME	287
<i>Turdimurotova K.</i> PREGNANCY OUTCOME AFTER LAPAROSCOPIC MYОМЕСТОМУ	287
<i>Yuldashov S.I.</i> RELATIONSHIP COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND DELIVERY IN FEATURES TORCH-INFECTION	288
<i>Аннакулов А.Ж., Юсупова Г.И.</i> НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИН КЎЧИШИДА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ	288
<i>Бабаджанова Г.С., Узоқова М.К.</i> ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИДА ПРОСТАГЛАНДИН E2 САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ	289
<i>Узоқова М.К.</i> ТОНГИ ВА ТУНГИ ИНДУКЦИЯНИ НАТИЖАСИГА ҚАРАБ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ	289
<i>Узоқова М.К.</i> ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ОКСИТОЦИН ВА АТОСИБАННИ ЮРАК УРИШИ СОНИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	289
<i>Abdurakhmonov A.</i> НОМИЛАДОРЛАР СЕМИЗЛИГИ-ОНА ВА ВОЛА УЧУН ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ОШИРАДИ	289
<i>Abdurakhmonov A.</i> MENOPAUSAL OSTEOPOROZNI DAVOLASHDAGISAMARADOR USULLAR	290
<i>Uzoqova M.K.</i> НОМИЛАДОРЛИКНИ КО'ТARA ОЛМАЙДИГАН АYOЛЛАРДА АUТОИММУН QALQONСИMON БЕZ KASALLIGI ВА QONDAГИ АNTIFOSFOLIPID АNTITЕLOLAR O'ZARO BOG'LIQLIGI	290

СЕКЦИЯ МОРФОЛОГИЯ

<i>Абдуллаева С.Х.</i> ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КАРБОГИДРАЗ КРЫСЯТ, ПОЛУЧАЮЩИХ НИЗКОУГЛЕВОДНЫЙ РАЦИОН, ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЫ	291
<i>Акимов О.Е.</i> ВЛИЯНИЕ НАНОДИСПЕРСНОГО КРЕМНЕЗЕМА НА ГЕНЕРАЦИЮ СУПЕРОКСИДНОГО АНИОН-РАДИКАЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ СОЧЕТАННОЙ НИТРАТНОЙ И ФТОРИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	291
<i>Аззамов Ж.</i> РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ГЕЛЕВЫЕ ПЛЕНКИ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА	291
<i>Аликулов Х.</i> ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ЗЕВА СТУДЕНТОВ	292
<i>Бахтиёрв Б.Б.</i> МОРФОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАССАЖИРОВ ПЕРЕДНЕГО СИДЕНЬЯ ПРИ ТРАВМЕ ВНУТРИ САЛОНА ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ	292
<i>Бегматова Д.А., Бегматова Д.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭЛЕМЕНТАРНОГО АНАЛИЗА В ЛИСТЬЯХ ШЕЛКОВИЦЫ И ВЫДЕЛЕНИЯХ ТУТОВОГО ШЕЛКОПРЯДА	293

<i>Бойманов Ф.Х., Махмудов О.И.</i> МОРФОЛОГИЯ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАН КОЖИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧЕЛОВЕКА	293
<i>Боднарчук Ю.В.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОЦИТОВ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	294
<i>Васильчишина А.В., Хмара А.Б., Никорич Д.М.</i> ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНЕГО ЯГОДИЧНОГО НЕРВА У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА	294
<i>Войтко М.Я.</i> ПРОТИВОГРИБКОВОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕРАСТВОРИМОЙ КОМПОЗИЦИИ НИТРАТА СЕРЕБРА И 1-НАФТИЛ-5-(2-НИТРОВИНИЛ)-4-ХЛОРО-1Н-ИМИДАЗОЛ	295
<i>Воробеева Ю.И.</i> ПРЕНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ ДИСБАЛАНС У ПОТОМСТВА	295
<i>Ганчев К.С.</i> ПОЗДНИЕ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	296
<i>Гиллох О.В., Ференчук Е.А.</i> АКТИВНОСТИ СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И Н ⁺ -АТФ-АЗЫ В ДЕСНАХ КРЫС ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ	296
<i>Грицюк М.И.</i> ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	296
<i>Дикал М.В., Ференчук Е.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИТОХОНДРИЯХ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУЛЕМОЙ	297
<i>Досмаганбетова Б.А., Бауыржан Х., Каргина Г.К.</i> ОЦЕНКА МУТАГЕННОЙ ОПАСНОСТИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	297
<i>Жантлесова Т.Б., Бережной В.В.</i> БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА ARTEMISIA	298
<i>Иванцов О.Р.</i> РЕАКЦИЯ ИНСУЛИНОЦИТОВ ОСТРОВКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА МЕДИКАМЕНТОЗУЮ КОРРЕКЦИЮ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	298
<i>Ивасюк С.Н.</i> АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СЕСКВИТЕРПЕНОВЫХ ЛАКТОНОВ SAUSSUREA PORSII DEGEN	299
<i>Имирова Г.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТИЗАЦИИ КОЛЛАГЕНА ИЗ СУХОЖИЛИЙ МАРАЛА	299
<i>Исламов Т.Ш.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН.....	300
<i>Исламова З.Б., Балаян Э.В., Джуманова Н.Э., Мамурова Г.Н.</i> НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ЗАЩИТА ПРИ ЛЕГОЧНЫХ МИКОЗАХ	300
<i>Кадиркулов Ш.У.</i> ПОРАЖЕНИЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ И ОЖОГОВОГО ШОКА	301
<i>Калдыбай Д.Н.</i> ЭТНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	301
<i>Камалов Т.М.</i> ХАРАКТЕР КОЛОТО-РЕЗАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	302
<i>Камбаров Ё.</i> АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО БИОПСИЯМ	302
<i>Кравцова Н.Ю.</i> ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У КРЫС ЛИНИИ SHR	302
<i>Кувандикова Х., Тангилов А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ СТУДЕНТОВ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННЫХ СТАФИЛОКОККОВ	303
<i>Куралин И.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ССАДИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	303
<i>Курбаниязова Ф.З.</i> МОРФОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ	304

<i>Лисюков А.Н., Исаев Д.Ю., Фадеев Ф.О., Соколов М.Е.</i>	
ПРЯМАЯ ГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ НЕЙРОРЕГЕНЕРАЦИИ В ЦНС.....	304
<i>Лукьянова Е.М.</i>	
СВЯЗЬ МЕЖДУ ТЛР-5 И ОЖИРЕНИЕМ	304
<i>Махатова Б.Г.</i>	
ПРАВИЛА СБОРА И ЗАГОТОВКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ КОРОВЬЯКА ДЖУНГАРСКОГО (VERBA SCUMSONG ARICUMS SHRENK)	305
<i>Мейирман А.С., Тогузбаева К.К., Оракбай Л.Ж., Ходжахметова А.</i>	
АНАЛИЗ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ОСТАТОЧНЫМИ КОЛИЧЕСТВАМИ СОВРЕМЕННЫХ ПЕСТИЦИДОВ В РЯДЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	305
<i>Мергазина М., Кабыкай Е.</i>	
ЛИЗОЦИМНАЯ АКТИВНОСТЬ ВЫДЕЛЕННЫХ МОЛОЧНОКИСЛЫХ КУЛЬТУР РОДА LACTOBACILLUS SPP. ИЗ ЗАКВАСОК ПРИМЕНЯЕМЫХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ	305
<i>Мирзаева Ш.А., Норбутаев И.А.</i>	
ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ	306
<i>Нураддинов Х.Э.</i>	
К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОВЫХ ПАЗУХ	306
<i>Нурланов Ж.Н., Токтарова Т.К.</i>	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛЯТОВ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОГНОЗИРУЕМЫМ ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (ДИВ)	307
<i>Орипова А. Ф., Эгамбердиева М.Э.</i>	
ОЧАГОВАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК В ЛЕГКИХ	307
<i>Отыченко О.Н.</i>	
УСТОЙЧИВОСТЬ ЛЕГИРОВАННОГО МАГНИТНЫМИ ДОБАВКАМИ МАТЕРИАЛА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ БИОГЕННОГО ГИДРОКСИАПАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>IN VITRO</i>	307
<i>Равшанов Д.М.</i>	
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СТВОРОК ДВУХСТВОРЧАТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КЛАПАНА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ЧЕЛОВЕКА	308
<i>Рахимова З.</i>	
ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ КАНАЛА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА	308
<i>Рустамов И.М.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ПРИ ДЕФЕКТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	309
<i>Рустамова С.Б.</i>	
МАКРО И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ	309
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ ЭКЗОСОМ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ ПРИ КАДМИЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	309
<i>Сайдахмедова М.</i>	
РУССКИЙ ЯЗЫК КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЯЗЫК ВРАЧА	310
<i>Сайиткулова Ш.Р.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ЭПИТЕЛИОЦИТОВ БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У КРОЛИКОВ В РАННИЕ ВОЗРАСТЫ	310
<i>Сайлау Ж.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЯ У ГРИБОВ <i>P.CANDIDA</i> КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГВЗ	311
<i>Сайфулина Д.</i>	
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	311
<i>Сахацкая И.М.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПИОНА ЛЕКАРСТВЕННОГО ДЕКОРАТИВНЫХ СОРТОВ	312
<i>Сметанок О.И.</i>	
ФИТОМЕЛАТОНИН В ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЯХ БУКОВИНСКИХ КАРПАТ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	312
<i>Собиров А.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	312
<i>Стрижаковская Л.А., Комар Т.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО МОРФОГЕНЕЗА МУЖСКОГО МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА	313

<i>Султонов Б.И., Балаян Э.В., Мамурова Г.Н., Исламова З.Б.</i> ЛЕГОЧНЫЕ МИКОЗЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	313
<i>Суярова З.С.</i> КОРРЕЛЯТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА МАТКИ	314
<i>Таджиева З.М.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЯТЕН СПЕРМЫ, ПОДВЕРГНУТЫХ ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ	314
<i>Тищенко С.В.</i> ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА В АРКУАТНОМ ЯДРЕ ГИПОТАЛАМУСА У КРЫС СО СПОНТАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	315
<i>Токашева Д.С.</i> ИДЕНТИФИКАЦИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)	315
<i>Усманов Ф.Р., Зарединов Д.А.</i> МИГРАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА РАДИОАКТИВНЫХ ГАЗОВ НА ТЕРРИТОРИЯХ ЦЕНТРАЛЬНО-КЫЗЫЛКУМСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ	315
<i>Халмуминов А.Д., Кидирбаева И.У.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА СТАРТУСОС <i>S. AUREUS</i>	316
<i>Хамдамов Д.</i> ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫСЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ И ПРИ ДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОВ	316
<i>Цигикало А.В., Олейник И.Ю., Каптерук-Картюк И.С.</i> ТРЕХМЕРНОЕ РЕКОНСТРУИРОВАНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ КАК СРЕДСТВО ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ИЗУЧЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	317
<i>Шарипова З.Р.</i> К ПАТОМОРФОЛОГИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ФИБРОЗИРУЮЩИХ АЛЬВЕОЛИТОВ	317
<i>Шокосимов Ш.Ш., Утамуродов Ш.К.</i> ЭНДОКРИННЫЕ I-КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОРСКИХ СВИНОК	317
<i>Эгамбердиева М.Э., Абдусаматов А.</i> ЭНДОКРИННЫЕ СТРУКТУРЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПНЕВМОНИИ	318
<i>Якубов М.З., Махмудов О.И.</i> ХАРАКТЕР ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК СВЯЗАННЫХ С ПАДЕНИЯМИ С ВЫСОТЫ	318
<i>Акрмова S.S.</i> OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	319
<i>Askarbekova M.</i> HYALURONIDASE, LECITHINASE AND HEMOLYTIC ACTIVITY OF CLINICAL STRAINS OF <i>S. AUREUS</i> , ISOLATED FROM PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME (DFS)	319
<i>Askaryane V.P., Abdullaeva S.Kh.</i> RESTRUCTURING SYNTHESIS AND SECRETION OF PANCREATIC ENZYMES WITH BLOCKADE OF CHOLINERGIC INNERVATION OF THE VARIOUS LINKS	320
<i>Atakhanova A.M.</i> BARROQUE MUSIC AS FACTOR FOR IMPROVING STUDENTS' RECALL	320
<i>Chyhrynets D.R., Kyslychak Y.A., Gumenna M.V.</i> NEW ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF PHOSPHONIUM DERIVATIVES OF PYRIMIDINE AND ITS RELATIONSHIP WITH CHEMICAL STRUCTURE	321
<i>Danukalo M.V.</i> EXPRESSION PATTERN OF INDUCIBLE NITRIC OXIDE SYNTHASE IN LOCUS COERULEUS NEURONS IN RATS WITH SPONTANEOUS ARTERIAL HYPERTENSION	321
<i>Humenyak O.I., Yermilova O.O., Hudyk R.R.</i> SENSITIVITY OF CLINICAL AND REFERENT STAINS OF MICROORGANISMS TO INFUSIONS OF MEDICAL HERBS	321
<i>Khmara A.B., Komar T.V., Nykorych D.M.</i> VARIANT ANATOMY OF THE UPPER LIMB SUPERFICIAL VEINS IN HUMAN FETUSES AGED 7-9 MONTHS	322
<i>Kolesnikova A., Kurmanali N., Meralieva Sh., Turgan I., Mohammad Q.A., Hamidula Jamal</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF SUICIDE CASES AMONG THE POPULATION OF ALMATY CITY FOR 2014 - 2015 years	322

<i>Mombekov S.E., Dilbarhanov R.D., Datkhayev U.M., Orazbekov Y.K.</i> THE USE OF TRADITIONAL MEDICINE MACLURA AURANTIACA	323
<i>Mirzaeva S.H.A.</i> THE STUDY OF ASCENDING PART OF THE AORTA IN HUMAN FETUS IN AGE ASPECT	323
<i>Patraboy V.V., Rak R.O., Zakutnii O.O.</i> DYNAMICS OF SENSITIVITY OF CLINICAL STRAINS OF <i>M. TUBERCULOSIS</i> TO ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS	323
<i>Rak R.O.</i> LECTINOHISTOCHEMICAL REGULARITIES OF THE HUMAN PAROTID GLAND EPITHELIAL GERMS DIFFERENTIATION	324
<i>Rak R.O, Myroniuk Y.I., Skorotizhuk N.I.</i> SEROVARIANTS <i>E. COLI</i> , WHICH PLAY A LEADING ROLE IN CHRONIC ULCERATIVE COLITIS	324
<i>Rashidov B.B.</i> BY PATHOMORPHOSIS RHEUMATISM	325
<i>Reva T.V., Voytkovich Y.I.</i> HISTOLOGICAL CHANGES OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE DEPENDING ON THE TYPE OF REFLUX	325
<i>Sadovoi O.B., Kovalskyi B.M., Yakubiak V.V.</i> PROSPECTS OF THE RESEARCH OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF COLLOIDAL LIQUIDS OF CUPRUM NANOPARTICLES	326
<i>Slyvka N.O., Besedynska O.V., Samsonyuk V.O., Plesh I.A.</i> WERNICKE'S ENCEPHALOPATHY AS A CAUSE OF DEATH IN ALCOHOL ADDICTS: AUTOPSY STUDY	326
<i>Toleu E.T., Toguzbaeva K.K., Seuduanova L.B., Orakbay L.G., Kaldybay D.N.</i> RISK ASSESSMENT THE IMPACT OF PESTICIDES ON THE HEALTH STATUS OF THE RURAL POPULATION	326
<i>Ustenova G.O., Amirkhanova A.Sh., Mombekov S.E.</i> PHYTOPREPARATIONS USE IN TRADITIONAL MEDICINE OF KAZAKHSTAN	327
<i>Zarubaev R.M., Nurlanov Zh.N.</i> DEFINING CARRIER OF <i>S.AUREUS</i> AMONG STUDENTS OF 2 GRADE OF KSMU WITH SPECIALTY GENERAL MEDICINE	327
<i>Аллазов И.С.</i> БОЛАЛАРДА СУТКАЛИК СИЎДИК АЖРАЛИШ МИҚДОРНИ СТАТИСТИК ТАХЛИЛИ	327
<i>Жабборовва М., Мамарахимов М.</i> ЎПКАНИНГ ТИРИКЛИК СИЎМИНИ ЁШГА ВА ЖИНСГА БОЎЛИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ	328
<i>Карабаев Ж.А., Аббосова З.М., Хурсанов Ё.Э.</i> ПАСТ АТМОСФЕРА БОСИМИГА НИСБАТАН ЕТУКЛИК ДАВРИДАГИ ОРГАНИЗМНИНГ РЕАКТИВЛИГИ	328
<i>Накиева Г.</i> ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ТАЛАБАЛАРДА ИККИЛАМЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР МАНЗАРАСИ	328
<i>Рахимова З., Жуманов Б.</i> ХОМИЛАДОР АЁЛЛАР КИН МИКРОФЛОРАСИНИНГ ЁШГА БЎҒЛИҚ ТАРКИБИЙ ЎЗГАРИШИ	329
<i>Бобокулов А.</i> ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ СУНГИ КУНЛАРИ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ҚИН МИКРОФЛОРАСИНИНГ МАНЗАРАСИ	329
<i>Askaryants V.P., Muhitdinov H.U.</i> AVLODNING POSTNATAL ONTOGENEZIDA INGICHKA ICHAKDA GLYUKOZANING SO'RILISHIGA HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTERMIYANING TA'SIRI	329
<i>Askaryants V.P., Ismoilova G.A., Abdullayeva S.H.</i> POSTNATAL ONTOGENEZNING BOSHLANG'ICH DAVRIDA KALAMUSHLARDA OSHQOZON OSTIBEZINING EKZOGEN VAZIFASI	330
<i>Ivashchuk S.I., Nurdinov H.N.</i> EKSPERIMENTAL O'TKIR SHISHGAN PANKREATITNING OQ KALAMUSHLAR YO'G'ON ICHAK MIKROBIOTA BO'SHLIG'IDAGI TOKSONOMIC TARKIBNI O'ZGARISHLARI	330

Сданов в набор 30.04.2016 г. Подписанов в печать 20.05.2016 г.

Формат 60×84 1/8. Объем 46,25 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 58

Отпечатано в Самаркандском Государственном медицинском институте

140100, г. Самарканд, ул. А. Темура 18

