



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(80)
2014

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ФИЗИОТЕРАПИИ И СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЫ»**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, А.И. Икрамов,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора), Ф.Г. Назиров,
У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,
М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов*

2014, № 4 (80)

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

e-mail

sammi-jurnal-pbim@umail.uz

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

Подписано в печать 03.10.2014.

Сдано в набор 03.11.2014.

Формат 60x84 ^{1/16}

Усл. п.л. 19,5

Заказ 270

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

| | |
|-------------------|-------------|
| Х.А. Акилов | (Ташкент) |
| Н.А. Абдуллаев | (Самарканд) |
| А.Н. Аллаяров | (Самарканд) |
| О.А. Атаниязова | (Нукус) |
| Т.А. Аскарров | (Бухара) |
| А.В. Девятов | (Ташкент) |
| И.И. Затевахин | (Россия) |
| С.И. Исмаилов | (Ташкент) |
| А.Ю. Разумовский | (Россия) |
| Rainer Rienmuller | (Австрия) |
| В.М. Розинов | (Россия) |
| Л.М. Рошаль | (Россия) |
| Р.Х. Хаитов | (Самарканд) |
| А.А. Хусинов | (Самарканд) |

**Ответственный за выпуск номера:
З.Б. Курбаниязов**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ф.А. Гафуров, И.П. Уринбоев, Ж Искандаров

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы: Настоящая работа основана на результатах обследования и лечения 19 больных по поводу ложного сустава диафиза плечевой кости. Возраст данных больных составляет от 50 до 70 лет. Из них мужчин 11(58%), женщин 8 (42%). Анализ предшествовавшего лечения показал, что из них 5 больных лечились методом открытого металлоостеосинтеза введенным интрамедуллярным штифтом, что не обеспечивает ротационные движения между отломками, 4 больным произведена фиксация по методу Крупко (фиксация шурупом), 7 больным произведена фиксация пластинами и 3 больным был наложен аппарат Илизарова закрытым путем. У тех больных, которым ввели металлический штифт причиной несращения являлось недостаточная компрессия отломков, наличие диастаза между отломками. Этим больным через несколько месяцев от 5 до 9 мес. накладывали добавочно аппарат Илизарова для того, чтобы достичь достаточной компрессии. Остальные больные также подверглись повторному оперативному лечению. Если диастаз между отломками составлял более чем на 1,5-2 см то применяли костный трансплантат из малоберцовой кости или из крыла подвздошной кости. Переломы срослись в сроках от 4 до 6 месяцев.

У тех больных, которым фиксация производилась пластиной и шурупами причиной несращения являлась недостаточная стабильность отломков, резорбция костной ткани вокруг шурупов. Этим больным также производилась повторная операция наложение аппарата Илизарова по предложенной нами методике. Наша методика заключается в открытом наложении аппарата Илизарова передним хирургическим доступом, после двукратной обработки кожи спиртом и йодовым раствором кожа рассекается «Z» образно после чего двугла-

вая мышца отодвигается медиально, плечевая мышца тупым путем раздвигается в стороны, после чего обнажаются костные отломки. Преимущества переднего доступа от заднего является анатомическое расположение нервов т.е. крупные нервы располагаются по задней и внутренней области плеча. В дистальный отломок вводятся 3 или 4 спицы, в этот момент ассистент максимально сгибает предплечье, чтобы спицы не задели локтевой отросток и не повредили суставную поверхность локтевого сустава, затем отломки репозируются, и спицы вбиваются в обратном направлении, проверяется стабильность отломков, их задачей являются удержание костных отломков до наложения аппарата Илизарова из двух колец, дополнительными полукольцами, в верхней трети плеча и в нижнем дистальном конце.

Восстановительное лечение с применением физиотерапевтических процедур было направлено на уменьшения отёка, увеличения венозного оттока, увеличение притока капиллярного кровообращения. На следующий день назначались лечебная гимнастика в суставах пальцев лучезапястного, локтевого сустава: с 2-3 дня УВЧ, рану УФО Спустя 1-2 месяца после операции мы применяли электрофарез соли кальция, биостимуляторы.

У всех больных получили костные сращения. Хорошие результаты получили у 16 (84%) больных, удовлетворительные у 3 (16%).

Таким образом, комбинированный метод остеосинтеза применяется не только при свежих и несвежих переломах диафиза плечевой кости но и при ложных суставах плечевой кости. Является важным предотвратит причины появления ложного сустава, путем правильного выбора метода лечения при свежих переломах диафиза плечевой кости.

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 10 У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А.А. Герман, В.П. Шаповалов

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы. Оценить уровень интерлейкина 10 при впервые диагностированном туберкулезе легких с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам у пациентов с дисфункцией щитовидной железы (низко нормальные значения свободного тироксина и высокое содержание свободного трийодтиронина) на фоне применения иммуномодулятора глутоксима.

Материал и методы. Пациенты были распределены в 2 клинически патогенетические группы: до лечения - группа 1А и после лечения - группа 1Б. Пациенты получали глутоксим по схеме один раз в день в дозе 1 мл 1% раствора (10 мг) каждый день, пять дней, потом по 1 инъекции через день еще 10 раз (всего 15 инъекций). Изучали уровень интерлейкина 10 (ИЛ-10) в сыворотке крови больных туберкулезом легких с помощью иммуноферментного анализа до и после получения глутоксима.

Результаты. О выраженной активации воспалительного процесса в обследуемых пациентов с ТБЛ свиде-

тельствует рост уровня противовоспалительного ИЛ-10. Так, уровень ИЛ-10 в гр.1А возрастал относительно ПЗЛ ($1,79 \pm 0,127$) в 2,1 раза ($p < 0,05$). После получения глутоксима уровень ИЛ-10 снизился, но превышал показатель ПЗЛ в 1,9 раза ($p < 0,05$). Результаты исследования показали, что у больных с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам и дисфункцией ЩЖ определяется вероятный рост уровня ИЛ-10, но после применения глутоксима его уровень снижается, хотя и превышает норму.

Выводы. При туберкулезе легких с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам с дисфункцией щитовидной железы определяется вероятный рост уровня противовоспалительного ИЛ-10, но после курса применения глутоксима его уровень снижается, хотя все еще превышает норму, что свидетельствует о необходимости нескольких таких курсов применения глутоксима.

К ВОПРОСУ КОНТРОЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Н. Глущенко

Южно-украинский национальный педагогический университет им. К.Д. Ушинского

Целью работы стало определение объективных критериев оценки функционального состояния дыхательной системы детей дошкольного возраста с нарушениями ЦНС.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели обследован 31 ребенок (11 девочек и 20 мальчиков) в возрасте 5-6 лет с различными нарушениями ЦНС. Обследование проводилось с использованием спиртоартериокардиоритмографа. В ходе исследования у обозначенной категории детей определялись следующие параметры паттерна дыхания: время вдоха (с), время выдоха (с), дыхательный объем (л), частота дыхания, а также соотношения дыхательного объема со временем вдоха и выдоха (л/с), времени вдоха со временем выдоха. Для оценки полученных результатов использовался метод непараметрической статистики, а именно центильный метод оценки, который позволяет находить место измеренного показателя в распределении, характерном для контингента данного возраста и пола. Попадание в каждый из коридоров популяционного центильного распределения можно охарактеризовать как вариант отклонения отдельного показателя от нормативных значений (которым соответствуют пределы 25-75% встречаемости), а именно – в коридоры 5-25% и 75-95% (умеренное уменьшение и увеличение соответственно) и в коридоры 0-5% и 95-100% (выраженное уменьшение и увеличение соответственно).

Результаты. Таким образом, нормативными значениями параметров паттерна дыхания для детей 5-6 лет с нарушениями ЦНС являются Твд – 0,9-1,2 с; Твдд – 1,2-

1,5 с; ДО – 0,141-0,215 л; ДО/Твд – 0,11-0,20 л/с; ДО/Твдд – 0,12-0,18 л/с; Твд/Твдд – 0,76-0,91; ЧД – 22,4-31,6. В границы умеренного увеличения исследуемых параметров попадают значения Твд – 1,3-1,4 с; Твдд – 1,6-2,0 с; ДО – 0,216-0,315 л; ДО/Твд – 0,21-0,29 л/с; ДО/Твдд – 0,19-0,25 л/с; Твд/Твдд – 0,92-1,06; ЧД – 31,7-37,2.

О выраженном увеличении исследуемых параметров будут свидетельствовать значения, превышающие крайние границы умеренных.

В границы умеренного уменьшения исследуемых параметров попадают значения Твд – 0,7-0,8 с; Твдд – 0,8-1,1 с; ДО – 0,070-0,140 л; ДО/Твд – 0,04-0,10 л/с; ДО/Твдд – 0,08-0,11 л/с; Твд/Твдд – 0,37-0,75; ЧД – 18,8-22,3. О выраженном снижении исследуемых параметров будут свидетельствовать значения ниже крайних границ умеренных.

Выводы. Полученные экспериментальным путем результаты дают возможность объективно оценить параметры паттерна дыхания детей 5-6 лет с нарушениями ЦНС, что в свою очередь позволит дифференцировать подбор специальных дыхательных упражнений.

Учитывая то, что система внешнего дыхания функционально связана с кислородообеспечением организма ребенка, формированием речи и активизацией моторных функций в коре головного мозга, а также определяет возможности психофизического развития ребенка, контроль функционального состояния дыхательной системы дошкольников играет ключевую роль в повышении эффективности процесса реабилитации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЕЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЛЕГКОАТЛЕТОВ С ГЛУБОКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ СО ЗДОРОВЫМИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ СПОРТСМЕНАМИ

В.К. Гонестова, Е.М. Титова, О.В. Ильина, К.В. Концевая, Д.С. Игнатюк

ГУ «Республиканский научно-практический центр спорта» (Республика Беларусь)

Материал и методы исследования. Исследование центральной гемодинамики проводилось с помощью компьютерной методики "Импекард" (РБ) методом тетраполярной дифференциальной реографии. Использовались показатели, отражающие хроно- и инотропную функцию сердца, тонус магистральных артерий: ЧСС, АД с, АД д, АДп, АДср, систолический объем крови (СОК); минутный объем кровообращения (МОК); ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы; периферическое сосудистое сопротивление (ПСС); а также производные от ЧСС и АД: "двойное произведение" (ДП); вегетативный индекс Кердо (ВИ); коэффициент выносливости (КВ). Для анализа variability сердечного ритма использовались данные вариационной пульсометрии и спектрального анализа: мода (Мо), амплитуда моды (АМо), вариационный размах (dX), индекс напряжения (ИН), HF, Гц – отражает вагусную активность; LF, Гц – характерен для активность симпатической ВНС; VLF, Гц – отражает активность нейрогуморальных систем.

Проведен сравнительный анализ физиологических исследований 135 паралимпийцев с глубокими нарушениями зрения (ГНЗ) и 210 здоровых спортсменов акци-

лических видов легкой атлетики (легкоатлетические прыжки, метания, многоборье и др.). Возраст обследованных от 21 до 37 лет. Квалификация – ЗМС, МСМК, МС. Установлено, что у легкоатлетов-паралимпийцев с ГНЗ по сравнению со здоровыми спортсменами мужского пола регистрировался равнозначный средний гемодинамический тип: величина СИ практически не различалась (соответственно, 3,16±1,25 и 3,48±8,31 л/мин м², P=0,104). Наряду с этим выявлены меньшие величины показателей АДс, АДд, АДп, АДср., СОК, МОК, УИ при повышении ЧСС и КВ (P=0,001). Наряду с этим у паралимпийцев мужского пола регистрировались достоверно меньшие величины Мо на фоне повышения АМо, отношения LF/HF, LF, P=0,011).

У легкоатлетов женского пола с ГНЗ по сравнению со здоровыми спортсменками при равнозначном гемодинамическом типе различия менее выражены и проявляются снижением СОК, УИ, тенденцией к увеличению ЧСС на фоне снижении тону парасимпатического и повышения активности симпатического отдела ВНС (повышение отношения LF/HF, а также преобладание LF и снижения HF (P=0,09), свидетельствуя о снижении