

рецидивирующей крапивницей, отеком Квинке и бронхиальной астмой. Современный человек около 70-80% времени проводит в закрытых помещениях, поэтому изучение качества воздушной среды в них не менее актуально. **Выводы.** Нами обнаружено достоверное различие насыщенности полимерными материалами жилья больных аллергическими заболеваниями и здоровых детей, причем эта закономерность наблюдалась только в чистом районе.

МОНТЕЛУКАСТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Хонкелдиева Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Научный руководитель: Алимжанов И.И.

Актуальность. Воспаление-главный патогенетический компонент бронхиальной астмы (БА). Хроническое воспаление дыхательных путей обуславливает гиперреактивность бронхов со всей последующей клиникой заболевания. **Материалы и методы.** Нами проведено изучение клинической эффективности и переносимости антагониста цистеинил лейкотриеновых рецепторов- Монтелукаста натрия (**Singlon**). В рамках клинического испытания приняли участие 64 больных в возрасте (12-14лет). С основным диагнозом среднетяжелой персистирующей БА с потребностью в β_2 -агонистах короткого действия от 2 до 6 раз в неделю. После 4-недельного плацебо - периода они были рандомизированы на две параллельные группы: 1-я гр. (43 больных) получала монтелукаст в дозе 10 мг внутрь однократно в день на фоне стандартной базисной терапии 2-я группа (21 больной) велась на только стандартной базисной терапии без включения монтелукаста. Обе группы больных не различались по медицинским и социально- демографическим данным. Все пациенты ситуационно получали β_2 -агонисты короткого действия, суточное количество которых учитывалось. В течении испытания всем больным трижды (1-раз в месяц) проводилось клиническое исследование, включающее исследование функции внешнего дыхания, дилатационный тест с бронхолитиками, велся контроль использования β_2 -агонистов и симптомов БА по АСТ –тесту (astma-control-test или тест по контролю над астмой), проводились лабораторные исследования. Все пациенты вели дневник, в котором отмечали использование β_2 -агониста, других дополнительных препаратов для контроля над астмой. После приема первой дозы монтелукаста у всех больных оценивалось раннее действие испытуемого препарата путем измерения ОФВ1 и ПСВ до приема препарата и через 3 часа после приема. **Результаты.** У 12 пациентов отмечалась явная положительная динамика показателей функции внешнего дыхания (ФВД) после приема первой дозы (**Singlon**) индивидуальные колебания прироста ОФВ1 составили от 1,5 до 32%, у 8 пациентов динамика показателей ФВД оказалась отрицательной. У большинства больных (в62% случаев) отмечалось раннее действие исследуемого препарата, с максимумом эффекта к 3-7му дню. В результате 3-месячного лечения в обеих группах существенно улучшился контроль над течением БА. Экстренных обращений за дополнительной медицинской помощью в обеих группах не наблюдалось. **Выводы:** Проведенное испытание продемонстрировало, что препарат **Singlon** по эффективности контроля над симптомами БА при использовании у больных среднетяжелой БА достоверно улучшает контроль над симптомами. Монтелукаст в дозе 10мг/сут на фоне базисной терапии БА, включающей пролонгированные β_2 -агонисты и стандартные дозы ИГКС на протяжении 6 недель, позволяет максимально увеличить показатели ФВД у больных. Препарат **Singlon** проявил хорошую эффективность, переносимость, его целесообразно рекомендовать в качестве препарата базисной терапии для контроля над симптомами БА

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ В ОЦЕНКЕ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ

Шахова О., Хомик И. студенты 5 курса педиатрического факультета

Буковинский государственный медицинский университет.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. кафедрой: д.м.н., проф. Колоскова Е.К)

Научный руководитель: профессор Колоскова Е.К.

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных вариантов хронической патологии во всех возрастных группах. На фоне гормональных перестроек БА протекает скрыто, под маской «клинического благополучия», когда у многих больных определяются маркеры воспаления бронхов и их неспецифическая гипервосприимчивость, что позволяет говорить о «мнимом» благополучии и высоком риске развития рецидивов. **Цель исследования.** Оценить вероятности удержания контроля и риск его потери у подростков с разной степенью воспаления бронхов. **Материалы и методы.** На базе пульмоаллергологического отделения ОДКБ, г.Черновцы проведено комплексное обследование 63 подростков, страдающих БА. С учетом региональной нормы содержания метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха, сформированы две клинические группы наблюдения: первая (I) - 36 больных с признаками выраженного воспаления бронхов (содержание метаболитов монооксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) более 40,0 мкмоль/мл), вторая (II) - 27 детей, у которых содержание данного маркера воспаления в КВВ было ниже приведенного уровня. Для оценки контроля БА использовали два опросника, которые в целом, дают возможность оценить эффективность менеджмента заболевания. Так, АСТ-тест (астма контроль тест) позволяет при наличии у ребенка 25 баллов верифицировать полный контроль БА, при сумме баллов в пределах 20-24 - частичный, и в случае наличия менее 20 баллов констатировать отсутствие контроля над заболеванием. А GINA-тест отображает данные уровни контроля при наличии у подростков менее 6 баллов, 7-9 а также 10 и более баллов соответственно. **Результаты и их обсуждение.** В первой клинической группе средняя оценка достигнутого контроля согласно АСТ-тесту составила $20,75 \pm 0,32$ балла, а по GINA тесту - $8,47 \pm 0,16$ баллов. В группе сравнения оценка уровня контроля астмы составила соответственно $23,26 \pm 0,37$ ($P < 0,05$) и $6,74 \pm 0,2$ балла ($P < 0,05$). Таким образом, у подростков с признаками выраженного местного воспаления бронхов

уровень контроля астмы был достоверно ниже по сравнению с группой контроля. У подростков с БА содержание в конденсате выдыхаемого воздуха метаболитов оксида азота менее 40,0 мкмоль/л, достоверно указывает на относительный риск удержания контроля, на уровне 4,3 (по АСТ опроснику) и 5,5 - по опроснику GINA. **Выводы.** Таким образом, в периоде клинического благополучия БА у подростков сохраняются признаки местного воспалительного процесса, что требует продолжения базисной терапии например ситуационно, т.е. в периоде валяния триггерных факторов, либо на низкой степени контролирующей терапии.

БОТУЛИЗМНИ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Юсупова Н.А., Хужакулов Д.А. магистратура резидентлари
Юкуман касалликлар, эпидемиология ва дермотовенерология кафедраси
(каф. муdiri: т.ф.н., доц. Ярмухаммедова Н.А.) СамПИ
Илмий раҳбар: профессор Вафокулов С.Х.

Тадқиқотнинг дозарблиги: Овқат истеъмоли киши аҳоли соғлиғини белгилувчи муҳим омиллардан биридир. Тугри овқатланиш болаларнинг нормал узиши ва ривожланишини таъминлайди, касалликларни олдини олади, инсонлар умрини узайтиради, уларнинг ишчанлик қобилиятини оширади ва атроф муҳитга мослашишга шароит яратади. Шу билан бирга охириги ўн йилларда аҳолининг соғлиғи негатиб тендицияларга эга бўлмоқда. Ботулизм энг отир кечувчи юкуман касалликлар гуруҳига кириб, ер юзидати барча давлатларда учраб келаяпти, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам. Давлатимизда ботулизм барча маъмурий ҳудудларда ва Тошкент шаҳрида руйхатга олинаяпти. **Тадқиқот максади:** Ботулизм касаллиғида кузатилаган эпидемиологик ҳолат, клиник белгилар ва асоратларни урганишдан иборат. **Текшириш материаллари ва усуллари:** 2011 йилда 1-сон Шаҳар юкуман касалликлар шифохонасига тушган 14 та беморнинг касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил этилди. Беморларга таххис клиник-эпидемиологик ва лаборатор маълумотлар асосида қўйилган. Беморларга ботулизм таххиси клиник-эпидемиологик ва лаборатор маълумотлар асосида қўйилган. **Текшириш натижалари:** Кузатувимиздаги 14 та беморларнинг ёшлари 7-44 ёшдагилар ташкил қилиб шулардан 9 (64%) таси қатга ёшдагилар бўлиб, 5 (36%) тасини болалар ташкил этган. Мактаб ёшидагилар ва талабалар беморларни 5 (36%), ишчилар 5 (36%) кишини ташкил қилади. Ботулизм касаллиғи билан хасталанган беморлар шифохонага «УРВИ, 2 (14%), «Овқат токсиконфекцияси» 8 (57%), «Уткир гастроэнтероколит» 4 (29%) таххиси билан шифохонага юборилган Тахлиллар натижасида шу нараса маълум бўлдики, ботулизм касаллиғи асосан январь-март ойларида кузатилаган. Беморларни яшаш жойлари бўйича таҳлил қилиб чиксак Самарқанд шаҳар аҳолиси 2 (14%) киши, қишлоқ фуқаролари 12 (86%) кишини, шундан 11(79%) тасини Пастаргом тумани ҳудудда яшовчилар ташкил этди ва ушбу ҳудудда 1- учоқдан 9 (64%) бемор, 2-учоқдан 2 (14%) касалланиш аниқланди. Беморларнинг барчаси уй шароитида тайёрланган помидор ва бодрич маринади 10 (71%), баклажонли консерва 3 (21%), ҳасиб 1 (8%) махсулотларини истеъмол қилиши натижасида зарарланган. Кузатувимиздаги ҳамма беморларда касалликни бошланиши 2 хил қуринишда, яъни диспептик 6 (43%) ва диспептик-неврологик 8 (57%) симптомлар билан бошланиши кузатилади Беморларда қўйлаги белгилар: иттоз 5 (36%), ютининининг қийинлиғи 5 (36%), қуз олдининг хиралашуви 6 (43%), юрганга гандирақлаб юриш 3 (21%), овознинг манқаланиши 6 (43%), қушиш 6 (43%) беморда кузатилади. Умумий интоксикацион ва паралитик синдром ривожланиш даражасига қара, беморлар уч отирлик гуруҳига бўлинган: касалликнинг енгил даражаси 6 (43%), урта отир даражаси 6 (43%) отир даражаси 2 (14%). Барча беморлар шифохонага ётқизилгач, клиник-лаборатор ва эпидемиологик текширувлар утқизилган. Шунингдек, улар ботулизм билан хасталанган беморларга олиб борилган даво чораларига рива қилиниб олиб борилган. Беморларда 2(14%) кишида уткир нафас етишмовчиллиги, уткир юрак етишмовчиллиги қабил асоратлар кузатилаган. Ботулизм билан касалланган беморларни даволашда БКЗни Безредко усулида вена ичига юбориш ёрдам берди ва бундан ташқари беморларга кортикостероидлар, антигистамин, антибактериал препаратлар билан биргалиқда дезинтоксикацион даво утқизилди. **Хулоса:** Касалликнинг асосан январь- март ойларида учраши қайт қилинди. Касаллик асосан қишлоқ аҳолиси 12 (86%), шундан 11 (79%) Пастаргом тумани ҳудудда кузатилаётганлиги аниқланди. Беморларнинг барчаси уй шароитида тайёрланган сабзавотли консерва махсулотларидан ва бир ҳолатда ҳасиб истеъмол қилганда зарарланаётганлиги аниқланди. Барча беморларга бирламли таххис ботулизм қўйилмаган.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ 6-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Яворская К., Крицкий Г., Сорока С. студенты 5 курса медицинского факультета
Тернопольский Государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены и экологии (зав.кафедрой: д.м.н., проф. Кашуба М.О.)
Научный руководитель: доцент Крицкая Г.А.

Актуальность. Проблема определения готовности ребенка к обучению в школе была и остается достаточно актуальной. Поводом для таких выводов является реакция детского организма, который переживает период интенсивной гистоморфологической и функциональной перестройки органов и систем в этот период, на необычные воздействия школьного окружения. Ребенок 6 - летнего возраста, поступая в школу, должен быть "зрелым" в физиологическом и социальном смысле - он должен достичь соответствующего уровня умственного и эмоционально-волевого развития, иметь позитивное отношение к обучению, разрешение корректировать свое поведение, проявлять волевые усилия для выполнения поставленных задач. Для успешности школьного обучения также важны и навыки речи, развитие мелкой моторики рук и зрительно-двигательной координации. К основным критериям, по которым определяют готовность ребенка к школе относятся медицинские, физиологические и психофизиологические.