

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО

**«ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ
ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ, ЮТУҚЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ»**

Республика илмий-амалий анжумани халқаро иштирок билан

МАТЕРИАЛЛАРИ ТЎПЛАМИ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Республиканской научно практической конференции с
международным участием

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЕНКА, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»**

2018 йил, 8-9 ноябрь, Бухоро

УДК 618-055.26: 616-053.3(043)

«ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ, ЮТУҚЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ»
Республика илмий-амалий анжумани материаллари тўплами (8-9 ноябр 2018й., Бухоро ш.)

Ушбу тўпланда Ўзбекистон ва чет эллик акушерлик ва гинекология, педиатрия соҳасининг етук мутахассислари, олимлар, олий таълим муассасалари ўқитувчилари, илмий изланувчилар, докторантлар ва амалиёт шифокорларининг оналик ва болаликни муҳофаза қилишнинг муаммолари ва уларнинг ечимлари, кенг тарқалган касалликлар уларни диагностикаси ва замонавий даволаш усуллари, ушбу соҳанинг долзарб мавзуларига оид тезислари берилган.

Таҳририят аъзолари

Нуралиев Н.А. – тиббиёт фанлар доктори, профессор
Сафоев Б.Б.– тиббиёт фанлар доктори, профессор
Наврўзова Ш.И.– тиббиёт фанлар доктори, профессор
Ихтиярова Г.А. – тиббиёт фанлар номзоди, доцент
Рахматуллаева М.М.-тиббиёт фанлар номзоди, катта ўқитувчи
Мухаммедова Ш.Т.-ассистент
Адизова С.Р.- ассистент

«ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ, ЮТУҚЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ»
Республика илмий-амалий анжумани материаллари тўплами Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Илмий кенгашида тасдиқланган (2018 йил 31 октябр, 3-сон баённома)

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА

Абдурахманова С.И., Бабаджанова Г.С., Сулаймонова Н.Ж.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на вековую историю изучения различных аспектов проблемы эндометриоза и миомы матки, эти два заболевания остаются одной из центральных медикосоциальных проблем, отрицательно влияющих на психоэмоциональное состояние, снижают работоспособность и репродуктивную функцию женщин. В последние годы особенно увеличилось число сочетания этих заболеваний.

Целью данного исследования было изучение эффективности консервативного лечения сочетанной формы миомы матки и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы обследования. Были обследованы 105 женщин, которые после предварительного обследования были разделены на 3 группы. 1-группа – 35 пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза, 2-группа – 35 пациенток с аденомиозом, 3-группа – 35 пациенток с миомой матки. Возраст обследованных колебался от 20 до 45 лет, и составлял в среднем $40,2 \pm 0,49$. Всем пациенткам, проведены гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза. Для консервативного лечения нами использованы препараты СМПР (Эсмия по 1 таб 1 раз в день в течении 84 дней) и Диенгест (Визанна по 1 таб 1 раз в день в течении 3 или 6 месяцев) в зависимости от патологии.

Результаты исследования и их обсуждение: в 1-группе на УЗИ выявлены интрамуральные и субсерозные узлы на фоне аденомиоза. В 60% случаев выявлено сочетание многоузловой миомы матки с диффузным аденомиозом; в 23% многоузловая миома матки сочеталась с диффузно-узловым аденомиозом; и в 17% сочетание многоузловой миомы матки с очаговым аденомиозом. Во 2-группе в 63% выявлен диффузный аденомиоз; в 35% очаговая форма аденомиоза; и 2% диффузно-узловая форма аденомиоза. 3-группу составили женщины с одиночными субсерозными и/или интрамуральными и множественными миоматозными узлами, максимальное количество узлов составляло 4-5. В зависимости от симптоматики женщины 1-группы с сочетанной патологией, получали тот или иной препарат, так при наличии болевого симптома и нарушении менструального цикла на фоне имеющихся миоматозных узлов (менее 5 см в диаметре), назначался диенгест, а при симптоме кровотечения и крупных миоматозных узлах на фоне аденомиоза назначался препарат эсмия. Женщины 2-группы с аденомиозом получали препарат Диенгест 2 мг. На фоне лечения у пациенток улучшалось состояние, уменьшались тазовые боли, регулировался менструальный цикл. При диффузном аденомиозе на УЗИ после 6 месячного лечения установлен диагноз аденомиоз 1-степени у

56% больных. При 3-степени аденомиоза улучшение состояния выявлено у 21%, что указывает на низкую эффективность 3х-месячного курса. Пациенткам 3-группы назначили препарат Эсмия. Мониторинг эффективности консервативного лечения определяли по улучшению состояния пациенток (уменьшение болевого симптома, остановка кровотечения) и по изменению УЗИ картины (уменьшение и рассасывание миоматозных узлов и аденоматозных очагов при их узловой форме).

Выводы: 1. Диеногест является высокоэффективным препаратом в отношении аденомиоза, который улучшает качество жизни женщин в следствие уменьшения болевого симптома.

2. При 3-степени аденомиоза эффективным является долгосрочный прием препарата (6 и более месяцев).

3. Современным подходом к консервативному лечению миомы матки является назначение СМПП – эсмия, которая позволяет снизить процент радикальных операций и повысить частоту органосохраняющих операций.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Абдуллаева Л.М., Нигматшаева А.Р.

Ташкентская медицинская академия

Хронический эндометрит (ХЭ) рассматривается как клиникоморфологический воспалительный синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности. Распространенность воспалительного процесса эндометрия окончательно не изучена и составляет в среднем 15%. Несмотря на множество работ, посвященных разработке различных диагностических критериев ХЭ, маркеры его развития остаются окончательно неопределенными.

Цель исследования: изучить клинико-anamнестические данные больных с ХЭ, на основе чего разработать клинические маркеры заболевания.

Материалы и методы исследования: в основу работы положены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования 98 пациенток репродуктивного возраста. На основании результатов морфологического исследования эндометрия, произведенного на 7-11 день менструального цикла, из 98 женщин сформирована основная I группа (n=67) с гистологически подтвержденным ХЭ, II группа сравнения (n=31) - условно здоровые женщины с эндометрием стадии пролиферации без признаков воспаления и патологических изменений. Для выявления группы риска по наличию или развитию ХЭ был выполнен логистический регрессионный анализ.

Результаты исследования: аномальное маточное кровотечение (АМК) отмечены в I группе в 31,1% случаях, во II группе - в 6,9% (p=0,001). У 36,5% пациенток с этим симптомом при морфологически

подтвержденном ХЭ отсутствовала сочетанная гинекологическая патология. У 63,5% пациенток с данным симптомом выявлено сочетание ХЭ с миомой (28,8%), эндометриозом (36,5%) и другими гинекологическими заболеваниями (23,1%). Сочетание обильных менструальных и межменструальных маточных кровотечений у пациенток с ХЭ выявлено в 16,8%, при этом комбинация данных симптомов не встречалась ни в одном случае в группе сравнения ($p=0,004$). Гипоменструальный синдром был диагностирован у 16,8% женщин с ХЭ, при этом у 75% пациенток из них подтверждено наличие внутриматочных синехий различной степени выраженности. Дисменорея в I группе отмечена в каждом третьем случае. Анализ репродуктивной функции показал, что при ХЭ превалирует бесплодие, выявленное у каждой второй пациентки (52,1%), при этом длительность бесплодия варьировала от 1 до 17 лет и в среднем составила $4,5 \pm 0,52$ года. В I группе первичное бесплодие выявлено в 22,8% случаях, вторичное – 29,3%. Первичное невынашивание беременности (ПНБ) встречалось в 22,8% случаях. В среднем число потерь беременности составило $1,7 \pm 0,12$ на пациентку, варьируя от 1 до 6.

Выводы: для выявления группы повышенного риска развития ХЭ у пациенток репродуктивного возраста можно использовать математическую модель, построенную на основе наличия клинических маркеров заболевания: обильные менструальные (OR=1,15), АМК (OR=-2,03), межменструальные АМК (OR=2,0), бесплодие (OR=-1,94), дисменорея (OR=-1,44), инфекции, передаваемые половым путем в анамнезе (OR=2,0) Чувствительность и специфичность предложенной модели составляют 98% и 64% соответственно.

ROLE OF INFECTION IN DAMAGE DEVELOPMENT FETUS COVERS AT WOMEN WITH HABITUAL NONECARRYING OF PREGNANCY AND PREMATURE BIRTH

**Agzamova M., Nigmatova G. M.
The Tashkent medical academy**

The purpose of our research was finding-out of a role of an infection at rupture плодных covers at women with habitual nonecarrying of pregnancy.

Material and research methods. In total 201 pregnant woman, from them 121 pregnant woman with habitual nonecarrying and premature birth by term from 18 till 34 weeks (the basic group) against an infection and 80 women which pregnancy proceeded physiologically is surveyed, but has been interrupted under medical indications (comparison group). We defined level oligopeptides in amniotic liquids on N.I.G abrieljan's method of Gabrielyan and co-authors; the maintenance of hycsozes in amniotic liquids and fetus covers; maintenances of hecsozamins in amniotic liquids, fetus covers and homogenate placentae; level free oksiprolin in aamniotic liquids and connected oksiprolin in fetus covers and homogenate placentae; the maintenance of malonic dialdigid

(MDA) in amniotic liquids, fetus covers and homogenate placentae defined on L.I.Andreeva's method and co-authors.

Results their discussion. Research of level of free oksiprolin in fetus covers of pregnant women with habitual nonecarrying has shown its sharp increase at pregnant women with early to abortions in 2,73 times concerning values of group of the women which pregnancy is interrupted under medical indications. At the same time at pregnant women with late abortions and premature birth level free oksiprolin exceeded corresponding values of group of comparison only in 1,84 and 1,86 times accordingly. The received results testify to the raised degradation of structures of collagen and its washing away on bioenvironments, in particular in амниотическую a liquid. Acknowledgement to it is decrease in level connected oksiprolin in плодных covers at pregnant women with habitual nonecarrying. So, values connected oksiprolin at pregnant women with early abortions have made $0,179 \pm 0,016$ fiber mkmol/mg that in 2,64 ($P < 0,001$) time more low, than in плодных covers of the women which pregnancy is interrupted under medical indications. In group of women with late abortions and premature birth the given indicator has made $0,234 \pm 0,021$ mkmol/mg of fiber and $0,238 \pm 0,020$ fiber mkmol/mg that is authentic below values of group of comparison in 2,02 and 2 times.

High values testify to presence of sclerous changes in a placenta free oksiprolin which expressiveness depended on term of hestation. So, the given indicator statistically significantly increased in 1,78; 2,14 and 2,29 times accordingly at pregnant women with early both late abortions, and premature birth. At the same time level connected oksiprolin in a placenta authentically decreased in 2,66; 2,13 and 2 times accordingly. One of quality indicators плодных covers are hlicosaminahlicanes. They make a basis intercellular matrix and play an important role in integrity of structural components of a cage. Last years interest of researchers to maintenance studying hecsoz in hlicosaminahlicanes (G-eiders) has increased.

In fetus covers and homogenate placentae the given indicator authentically decreased. So, the maintenance of G-eiders with плодных covers authentically decreased, is more expressed at pregnant women with early abortions. So, the maintenance гексоz in hlicosaminahlicanes was in 1,64; 1,55 and 1,46 times more low, than at group of the women which pregnancy is interrupted under medical indications, according to terms of hestation. At the same time we also reveal decrease in level of G-eiders in homogenate placentae, especially at pregnant women with early abortions. So, its values were authentically more low in 2,4; 1,85 and 1,58 times accordingly at pregnant women with early both late abortions, and premature to sorts; also have made $0,084 \pm 0,007$, $0,109 \pm 0,017$ и $0,128 \pm 0,011$ fiber mkmol/mg. In our opinion, it is connected with splitting hlicoproteinic complexes and an exit of their components in biological liquids.

Thus, at women with habitual nonecarring infectious heneza strengthening of processes peroxide oxidations lipides in system amniotic a liquid - fetus

covers - the placenta leads to disintegration hlicoproteins and collagen in fetus covers and a placenta, promoting pregnancy interruption.

СЕПСИС - ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

Алиева П.Р

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

Сепсис — общий инфекционный процесс, при котором микробы-возбудители, а также их токсины постоянно или периодически поступают из местного (исходного) очага в кровяное русло (или лимфатические пути), разносятся током крови с последующим оседанием в тканях различных органов и систем.

В инфицировании стафилококком и стрептококком наиболее существенное значение имеют следующие пути: антенатальный, интранатальный, контактный, воздушно-капельный, воздушно-пылевой, алиментарный и аутоинфекционный.

Антенатальное инфицирование наступает при нарушении проницаемости плаценты, о чем свидетельствует рождение детей с наличием везикул или пустул на коже туловища, конечностей, а также результаты одновременного бактериологического исследования содержимого пустулы или везикулы и отделяемого влагалища матери (обнаруживается однородная микрофлора, преимущественно стафилококк).

При интранатальном заражении инфицирование происходит через околоплодные воды и родовые пути матери.

Контактный путь в механизме передачи стафилококковой инфекции играет важную роль. Инфицирование возможно как при прямом контакте с больным или носителем, так и путем непрямого контакта (через посуду, игрушки, белье, предметы ухода, мягкий и твердый инвентарь и др.).

Воздушно-капельный путь является одним из основных в передаче стафилококковой инфекции в связи с тем, что возбудитель преимущественно вегетирует на слизистой дыхательных путей. Инфицирование осуществляется при разговоре, кашле, чихании, особенно при небрежном ношении масок, когда нос (основной резервуар) открыт. При повторном использовании маски без обработки она сама становится резервуаром инфекции.

Воздушно-пылевой путь передачи инфекции обусловлен высокой устойчивостью стафилококков во внешней среде. Помещения с недостаточной вентиляцией, низким качеством уборки также становятся резервуаром патогенных стафилококков.

Алиментарный путь инфицирования наступает в результате обсеменения патогенным стафилококком продуктов питания при несоблюдении правил приготовления, хранения, раздачи пищи, мытья посуды и рук.

Аутоинфекционный механизм заражения возможен после перенесенного гриппа и других острых респираторных заболеваний, усиливающих патогенное влияние стафилококка на организм ребенка.

Кроме того, известно, что стафилококки легко приспосабливаются к условиям внешней среды, они быстро приобретают устойчивость к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, сохраняя при этом вирулентные свойства. Поэтому следует учитывать возможность стафилококкового сепсиса, обусловленного дисбактериозом.

При длительной антибиотикотерапии без учета чувствительности возбудителя к антибиотикам нередко наступают количественные и качественные изменения нормальной микрофлоры кишечника, полости рта, миндалин, дыхательных путей, кожных и слизистых покровов. Это объясняется угнетающим влиянием антибиотиков не только на возбудителей заболевания, но и на сапрофитную флору, чувствительную к данным препаратам.

При этом на смену сапрофитам появляются микробы, устойчивые к воздействию антибиотиков, чаще всего патогенные стафилококки, протей, синегнойная палочка, а также дрожжеподобные грибки рода кандиды. В связи с этим изменяется взаимоотношение между макроорганизмом и микрофлорой, нарушается биологическое равновесие между различными видами микроорганизмов, исчезает «барьерное» действие нормальной микрофлоры, в результате чего наступает обильное размножение условно-патогенных микробов. Последние, особенно в ослабленном и аллергизированном первоначальным заболеванием организме, становятся патогенными и могут стать причиной развития сепсиса.

АНАЛИЗ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Адизова С.Р., Махмудов И.И., Хакимова М.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухарский областной дерматовенерологический диспансер

Гормональная контрацепция (ГК) является одной из наиболее эффективных средств обратимой контрацепции. В настоящее время для большинства женщин репродуктивного возраста оральные контрацептивы стали методом выбора, которые применяются около 70 млн. женщинами в мире.

Цель исследования: изучить влияние гормональной контрацепции на степень чистоты влагалищного мазка многорожавщих женщин, в динамики приема ГК

Материалы и методы исследования: Исследование проведено в Бухарском областном Перинатальном центре за период 2017 до 2018. В настоящее исследование включены 45 многорожавщих женщин. Среди них 21 женщин применяли оральные контрацептивы и 24 многорожавщих

женщин получали инъекционную контрацепцию. Проведено бактериоскопическое исследование влагалищного секрета, который взят из трех точек после приема ГК.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у 11 (52,4%) женщин с ОК и 15 (62,5%) женщин с ИК обнаружено достаточно большое количество содержания палочек Дедерлейна. Умеренное содержание нормальных бактерий имели 28,6% и 25% женщин из обеих групп соответственно. Единичные палочки оказались в мазке у 4 (19%) женщин с ОК и 3 (12,5%) у использующих ИК в момент включения в исследование. В динамике приема ГК через 3 и 6 месяцев наблюдался увеличение палочек Дедерлейна, особенно в группе, применявших КОК, возможно это связано с увеличением лактобацилл на фоне протекторного влияния КОК. Наоборот положительная динамика результатов отражается и на количестве лейкоцитов и флоры влагалища, которые также имеют тенденцию к снижению в динамике наблюдения через 3 и 6 месяцев в отношении от их исходных значений.

Вывод: таким образом, анализ влагалищного мазка в ходе применения гормональных средств контрацепции позволяет делать вывод, что эти препараты не нарушают нормальную микрофлору влагалища, а зачастую влияют положительно на экосистему влагалища.

VAGINO-ECHOGRAPHIC MEASUREMENT OF UTERINE ARTERIES BLOOD FLOW DURING PREGNANCY

Adizova S.R., Ashurova N.G., Khotamova M.T.

Bukhara state medical institute

The aim of the study was a vaginal echographic measurement of uterine artery blood flow during pregnancy.

Materials and methods of examination: 88 women were examined at the time of 7-40 weeks of pregnancy. The rate of blood flow in the uterine arteries was measured by the Doppler method through the vagina with a simultaneous visual evaluation of the vessels using a new special device [1]. 71 women were able to determine the blood flow velocity in both arteries.

Survey results: A significant difference in the ratio of maximum systolic to minimal diastolic pressure (A / B) between the right and left arteries was found in the first and second trimesters of pregnancy. In the third trimester, this difference almost disappeared. During pregnancy, the magnitude of A / B and the pulsation index decreased [2]. It is believed that a combination of the two methods will help to more accurately diagnose, as it becomes possible to determine the blood flow in both uterine arteries. In connection with a significant difference in blood flow indicators in the right and left arteries, a unilateral study can give erroneous results, especially in the first and second trimesters.

Conclusions: thus, the proposed method is informative, simple and safe and can be used in clinical practice.

САЧРАТҚИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ ТЕРАТОГЕН ВА ЭМБРИОТОКСИК ТАЪСИРИ

Аллаева М.Ж., Асқаров О.О., Исакович Х.Х., Джанаев Ғ.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. ЖССТ маълумотиға кўра ҳар йили ҳомиладор аёлларнинг 3,5-4% қандли диабетдан азият чекадилар. Бу маълумот 2020 йилга бориб 7%га ошиши мумкин. Ушбу жараёни пасайтириш мақсадида диабетга қарши доривор воситалар қўлланилиб келинади. Бу доривор воситалар тан нархи нисбатан қиммат ва бир мунча салбий асоратларга ҳам олиб келади. Юқорида келтирилган камчиликларни бартараф этиб маҳаллий шароитда ўстирилганва нисбатан хавфсиз ўсимликларни олиш долзарб бўлиб қолмоқда.

Ишнинг мақсади. Гипогликемик таъсирга эга бўлгансачратқи (*Chicorium intybus* L.) қуруқ экстрактивининг тератоген ва эмбриотоксик таъсирини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Сачратқи қуруқ экстракти вазни 160-180 г. бўлган 32 та каламушларга суспензия ҳолида 100 ва 250 мг/кг дозаларда ҳар куни 1 мартабадан 20 кун давомида берибборилди. Препарат олган ҳайвонларда ҳомиладорлик даври худди назорат гуруҳидаги ҳайвонлардек ўтди.

Олинган натижалар.Тажрибани 21-22 кунларида ҳомиладор каламушларнинг бачадон бўшлиғи ёриб кўрилди, ҳомидалар сони ва оғирлиги аниқланди. Ҳомидаларнинг вазни тортиб кўрилганда назорат гуруҳидаги каламушларнинг ҳомидаларининг оғирлиги ўртача ҳисобда $4,6 \pm 0,32$ г гатенг бўлса, худди шу шароитда тажриба гуруҳидаги каламушларнинг ҳомидаларининг ўртача оғирлиги мос равишда $4,9 \pm 0,30$ ва $5,2 \pm 0,25$ г га, ҳар бир она каламушдаги ҳомидаларнинг ўртача сони эса $7,0 \pm 1,0$ та га тенг бўлди. Бундан ташқари бачадоннинг ҳолати, ҳомидаларнинг ҳар иккала бачадон шоҳлари бўйлаб тарқалганлиги, тухумдонларнинг ҳолати, уларда сариқ тана, яъни фолликулаларнинг етилиши, амнионнинг бутунлиги, ўлган ва тирик ҳомидаларнинг ҳолати, имплантация ва резорбция жойлари, плаценталарнинг сони ва уларнинг қон билан таминланиш ҳолатлари назорат гуруҳидаги каби нормада эканлиги аниқланди.

Махсус лупалар орқали катталаштирилган ҳолатда ҳомидаларнинг ташқи кўриниши, бош, тана ва оёқларининг ривожланиши таҳлили, уларда ҳеч қанадай туғма нуқсонлар йўқлигини кўрсатди.Алоҳида эътибор Буэн суюқлигида 2 хафта сақланган ҳомидаларнинг ички органларнинг Вилсон усули бўйича текширишга қаратилди. Натижада ҳомидаларда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар қайд этилмади.

Доусон усули бўйича ҳомидаларда таянч-ҳаракат аъзолари текширилганда уларда ҳам ҳеч қандай нуқсонлар қайд этилмади.

Постнатал давридаги текширувлар, хусусан: тишлар, тери қопламалари, ташқи жинсий органлари, мушакларнинг ривожланиши,

сўриш ва харакат рефлексларини таҳлили, уларда кўрсатилган кўрсаткичларнинг барчаси яхши ривожланганлигини кўрсатди.

Хулоса. Демак, сачратқи курук экстракти оптимал терапевтик дозада (100 мг/кг) ва максимал дозаларда (250 мг/кг) ҳомиланинг ўсишига ва ривожланишига ижобий таъсир этади. Препарат ҳомилалар ривожланишида патологик ўзгаришлар келтириб чиқармайди.

Юқорида келтирилган натижалар асосида сачратқи курук экстрактини тератоген ва эмбриотоксик таъсирларидан холи дейиш мумкин.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНДУКЦИИ РОДОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Аслонова М. Ж., Хафизова Д.Б., Ихтиярова Д.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт

Благоприятный исход родов для матери и ребенка во многом зависит от характера родовой деятельности. Нарушения её координации приводят к осложненному течению родов, отрицательным последствиям для матери и плода, росту оперативных вмешательств. Биологическая готовность организма беременных к родам является одной из наиболее важных предпосылок неосложненного их течения. В связи с этим большое число исследований посвящено подготовке шейки матки к родам. В настоящее время наиболее часто применяют препараты простагландинов Е2 в виде интрацервикальных и вагинальных гелей, свечей. Несмотря на высокую эффективность, использование простагландинов в ряде клинических ситуаций (преэклампсия, гипотрофия плода, резус-конфликт) не является оптимальным. Опасность их введения заключается в возможности стрессовой реакции плода и гиперстимуляции сократительной деятельности матки.

Цель исследования – клиническая оценка эффективности применения мифепристона для подготовки шейки матки к родам на различных сроках беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Бухарского городского и областного родильного дома. Вошедшие в исследование 30 беременных женщин, были разделены на 2 группы: I (n=11), в которой было показано прерывание беременности при сроке 28-35 недель, в связи с антенатальной гибелью плода, и II (n=19) с доношенной беременностью, срок 39-41 неделя, и «незрелыми» родовыми путями. Возраст женщин составил от 18 до 35 лет, среди них – от 18 до 20 лет – 6 (20%), от 21 до 25 лет – 12 (40%), от 26 до 35 – 12 (40%). Первородящих в I группе было 9 (82%) и во II – 14 (74%). Повторнородящих – 2 (18%) и 5 (26%) соответственно. Ни у одной из женщин не было показаний к родоразрешению путём операции кесарева сечения. Для оценки зрелости шейки матки применялась шкала Бишоп. У 25 женщин (83%) шейка матки была оценена как «незрелая», у 5 (17%) (из II группы) – как «недостаточно

зрелая» (6-7 баллов). Мифепристон («Мир-Фарм», Россия) назначался в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки (утром) перорально, с интервалом в 24 часа, в течение 2-х дней. У всех пациенток антенатально изучалось состояние фетоплацентарной системы.

Результаты исследования и их обсуждение. В течение первых суток после повторного приёма мифепристона родовая деятельность развилась у 4 (36%) в I группе и у 5 (26%) во II. На 2 сутки – у 2 (18%) и 6 (32%), на 3 сутки – у 1 (9%) и у 5 (26%), на 4 – у 3 (27%) и 2 (11%) соответственно. У одной женщины во II группе (5%) спонтанная родовая деятельность развилась на 5 сутки. У 4 (36%) женщин из I группы проводилось родовозбуждение путём дородовой амниотомии на 1-3 сутки после повторного приёма мифепристона. Во II группе данный вид родовозбуждения не применялся. Для развития нормальной родовой деятельности введение утеротоников потребовалось в 2 случаях (18%) в I группе и в 7 случаях (37%) во II. Перинатальных потерь не было.

Выводы. Клиническая эффективность мифепристона составляет 93%. Родовая деятельность развилась у 89% женщин. Использование препарата является эффективным методом подготовки к родам на различных гестационных сроках, а также снижает потребность в применении простагландинов и окситоцина.

МИКРОНУТРИЕНТЛАР ВА УЛАРНИНГ ҲОМИЛАНИНГ СОҒЛОМ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Ашурова Н.Г., Холова Н.Ф., Жумаева М.М.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Бухоро вилоят репродуктив маркази

Бугунги кунда республикамизда она ва бола саломатлиги давлат сиёсати даражасига кўтарилган. Демак туғилажак фарзанд нафақат оиласи, балки жамият учун ҳам керакли ва қутилган эканлигини биз оила қуриш ниятидаги жуфтликларнинг никоҳдан олдинги тиббий кўриклардан ўтишида, ҳомиладор аёлларнинг перинатал скрининг текширувларидан ўтказилишида, чақалоқларнинг неонатал скрининг текширувларида ўз ифодасини топади. Ўзбекистон Республикасида 12 миллион ҳолатда витаминлар ва минераллар етишмовчилиги аниқланиб, бу аҳолининг ярмини ташкил этиши жиддий муаммони туғдиради. Ҳолат баҳоланганда, фолат кислотаси, йод, камқонликнинг темиртанқислик тури бошқа витаминлар етишмовчилиги бир йилда чақалоқлар орасида 1000 та туғма касалликлар ва 15 мингта юрак туғма нуқсонларига сабаб бўлиши аниқланган. Витамин ва минераллар етишмовчилиги организмдаги оксиллар, минераллар ва моддалар алмашинувининг кескин ўзгаришларига сабаб бўлади. Буларнинг орасида витамин D, B6, фолат кислотаси (B9) авитаминози, ҳамда темир, кальций, йод ва цинк (рух) етишмовчилиги хавfli ҳисобланади. Озиқ овқатларда ушбу етишмовчиликлар мавжудлиги

сабабли кўпчилик аёллар гиповитаминоз ҳолатида ҳомиладор бўлиб қоладилар.

Тадқиқот мақсади: гиповитаминоз ҳолатида ҳомиладор бўлган аёлларда поливитаминлар билан таъминланганлик ҳолатини ўрганиш.

Материал ва услублар: Бухоро вилоятида 2018 йилнинг 9 ойи давомидақишлоқ аёлларининг поливитамин комплекслари билан таъминланганлик даражаси анкета сўров ҳамда статистик маълумотлар асосида таҳлил қилинди. 25646 нафар туғруқ кузатилган аёлларда ҳомиладорлик даврида Поливитамин комплексларини қабул қилиш даражаси ҳақида маълумотлар ўрганилди.

Натижа ва таҳлиллар. Изланишлар шуни кўрсатдики, вилоятда барча туғруқлардаги 85% аёллар поливитамин комплексларини қабул қилганлар сарасига киради. ҚВП доялари томонидан аёлда ҳомиладорлик тасдиқлангандан сўнг поливитамин комплекслари қуйидаги схема асосида бериб берилган:

I боскичда аёлда ҳомиладорлик аниқлангандан сўнг 12 ҳафтагача поливитамин комплекси 60 кунлик даврга берилди. II боскичда поливитамин комплекси 2 ойлик танаффусдан сўнг 69 кунлик даврга берилди.

Ҳомиладорлик даврида барча витамин ва минералларга эҳтиёж кўпайганлиги сабабли ҳомиладорликнинг илк даврида поливитамин препаратларини қўллаш ҳомиладорлик ва перинатал давр асоратларини 3-4,5 баробар камайтирди ҳамда бу ҳолат ҳомила тўлақонли ривожланиши учун шароит яратди. Бундан ташқари ҳомиланинг ўсмай қолиши, эрта туғруқлар, ҳомила тушиши каби асоратлар камайди. Ҳозирги кунда 29925 нафар ҳомиладор аёлдан 24535 нафар ҳомиладор аёл 112365 дона витрум пренатал поливитамин комплексини қабул қилмоқда. Вилоятда охириги йиллар давомида туғруқдан кейинги қон кетишлар сони бир мунчага камайди, ҳомиладор аёллар ўртасида камқонликнинг оғир даражалари кам учрайдиган бўлди.

Хулоса. Поливитамин комплекслари бу – ҳомиладор ва эмизиклик даврда зарур бўлган микронутриентларнинг маъқул ва тўғри миқдорда бўлиш талабини қондиради. Бундан кўзланган мақсад оналар ва гўдаклар ўлимини камайтириш, кам вазли, ногирон болалар туғилишини олдини олиш, ҳомиладорлик бўйича диспансер назоратига эрта олиш, тиббиётнинг бирламчи тизимида ишларни фаоллаштиришдир. 2018 йил 8 ойи давомида вилоятнинг 22406 нафар қишлоқ жойларида яшовчи ҳомиладорлар микронутриентлар етишмовчилигини олдини олиш мақсадида поливитаминлар комплекслари билан тўлиқ таъминландилар. Бу эса келажақда соғлом, нуқсонсиз болаларнинг туғилишига замин яратади.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ СЕПСИС В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Ашурова Н.Г., Акрамова Д.Э., Бобокулова С.Б., Саидова Ф.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухарский областной перинатальный центр

Актуальность. В последние годы среди случаев материнской смертности основное место занимает генитальный сепсис. Сепсис - это угрожающий фактор жизни человека и распространённый дисрегуляторный ответ организма на любую инфекцию.

По материалам Национального комитета по конфиденциальному анализу материнской смертности выявили 56 случаев, где причиной явился генитальный сепсис. В Узбекистане в период за 2013-2015 г.г. доля генитального сепсиса, как причина материнской смерти, составила 14,9%, это больше чем за период 2010-2012 годов (8,2%). Случаи, связанные с септическими осложнениями растут с высокими темпами.

Цель исследования: Профилактика послеродовых септических осложнений путём разработки эффективных методов диагностики и лечения генитального сепсиса.

Задачи исследования:

1. Анализ случаев материнской смертности, связанные с септическими осложнениями.

2. Определять и устранять очаги инфекции, приводящие к сепсису у беременных женщин.

Материалы исследования. В 2017 году в Бухарском областном перинатальном центре были изучены 22 истории болезни беременных женщин и рожениц с септическими осложнениями.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты изучения истории родов показало, что основными факторами развития септических послеродовых осложнений явились преждевременный или дородовой разрыв плодных оболочек, высокий паритет женщины, беременность, осложнённый инфекцией мочеполового тракта, преэклампсия и перенесенные во время беременности многократные эпизоды острой вирусной инфекции. При этом септические осложнения проявились в виде нижеследующих: хориоамнионит 12 случаев – 54,5%, эндометрит 2 случая – 9%, нагноении ран промежности и послекесарево сечения 8 случаев – 36,3%. В 2-х случаях зарегистрирована материнская смертность (9%).

Выводы: 1. Строгий гемодинамический и лабораторный контроль за беременными, роженицами и родильницами с признаками инфекций, позволяет раннее выявление осложнений. При этом необходимо действовать быстро согласно протоколу, разработанному на основании Национального стандарта Республики Узбекистан.

2. Применять антибиотики широкого спектра действия, не дожидаясь ответа на бактериологическую чувствительность. Антибактериальные

схемы следует пересматривать каждый день, а так же мониторинг и динамический пересмотр действующего протокола.

3. Как можно раньше у женщин с диагнозом генитальный сепсис, необходимо решить вопрос об удалении септического очага с целью предотвращения распространения очага инфекции.

АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА -344С>Т ГЕНА СYP11B2 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Ашурова У.А., Наджмутдинова Д.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Введение: Гипертензивные нарушения осложняют значительное количество беременностей и, тем самым, увеличивают количество материнской и неонатальной смертности, а также частоту заболеваемости. Изучение генов, которые могут влиять на риск развития данного осложнения гестации, способствует к полному пониманию патогенеза и определению терапевтических целей данного нарушения

Цель: анализ ассоциации полиморфизма -344С>Т гена СYP11B2 с риском развития гипертензивных нарушений во время беременности у женщин узбекской национальности.

Материалы и методы: в исследование вошли 201 пациентка с гипертензивными нарушениями, которые составили основную группу, разделенную на 3 подгруппы: подгруппа А - 41 беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ), подгруппа Б – 110 беременных с гестационной гипертензией (ГГ), подгруппа В – 50 беременных с преэклампсией (ПЭ). Контрольную группу составили 110 здоровых женщин репродуктивного возраста без хронических заболеваний и выраженной акушерской патологии в анамнезе. Гестационный срок при первом повышении АД значительно меньше у пациенток с ПЭ в отличие от подгруппы ГГ. ПЭ при предыдущих беременностях чаще встречалась у пациенток с ХАГ, нежели с ГГ и ПЭ (29,3%, 11,8% и 4% соответственно). Касательно методов родоразрешения, то беременность оперативными родами завершалась значительно чаще у женщин с ПЭ – 70%, в то время как, родоразрешение *perviasnaturalis* больше наблюдалось у женщин с ХАГ – 68,3%, что указывает на более тяжелое течение ПЭ среди остальных видов гипертензивных нарушений во время беременности.

Детекция генетического полиморфизма -344С>Т гена СYP11B2 проводилась методом ПЦР на приборе «AppliedBiosystems» 2720 (США), с использованием набора компании ООО «Литех» (Москва).

Результаты: Комплексное клинико-функциональное, лабораторное обследование с применением молекулярно-генетических технологий выявило значимое влияние полиморфизма -344С>Т гена СYP11B2 в

формирования гипертензивных нарушений у женщин. Согласно результатам наших исследований у беременных женщин узбекской национальности, с гипертензивными нарушениями выявлена высокая частота носительства функционально неблагоприятного аллеля Т и гомо/гетерозиготных генотипов С/Т и Т/Т полиморфизма -344С>Т гена CYP11B2 по сравнению с контрольной выборкой. Уровень статистической значимости различий в частоте аллеля Т и генотипов С/Т и Т/Т между исследованными группами пациентов и контрольной выборкой оказался достаточно высоким. Соответственно, у носителей Т аллели, генотипов С/Т и Т/Т риск развития гипертензивных нарушений был повышен в 2,8, 1,7 и 7,3 раз при $\chi^2 > 3,9$; $P < 0,05$. При этом, гомозиготный генотип С/С оказался протективным в отношении формирования гипертензивных нарушений у женщин. При наличии данного генотипа, риск гипертензивных нарушений был снижен более чем в 3 раза ($\chi^2 = 20,8$; $P < 0,05$; $OR = 0,3$; $95\%CI 0,20 - 0,5$).

Выводы: У беременных женщин узбекской национальности, с гипертензивными нарушениями, согласно результатам наших исследований, выявлена ассоциация с полиморфизмом -344С>Т гена альдостерон синтазы CYP11B2. Генотипы Т/Т и С/Т, аллель Т оказались рисковыми в развитии гестационной гипертензии и хронической артериальной гипертензии, в то время как гомозиготный генотип С/С оказался протективным. Данные наших исследований, побуждают к дальнейшим поискам генетических полиморфизмов, для прогнозирования риска развития гипертензии у женщин узбекской этнической принадлежности и разработки соответствующие меры профилактики.

ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕЕ РОЛЬ В ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Курбанова З.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

Дискуссионность ряда аспектов этиологии и патогенеза преэклампсии (ПЭ), противоречивость перечисляемых факторов риска развития ее на ранних сроках беременности, подчеркивает в необходимости углубленного анализа данной проблемы. Очевидным становится определение гемодинамических маркеров, с помощью которых была бы возможна не только ранняя диагностика ПЭ, следовательно, предупреждение развития тяжелых ее форм. Сложность оценки характера гемодинамических нарушений при ПЭ объясняется дискуссионностью аспектов разграничения компенсаторных изменений и кардиальной перестройки при различных вариантах ее течения. Преэклампсия сопровождается выраженным снижением функции левого желудочка и сердечного индекса.

Для ранней диагностики ПЭ, диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) более информативным является определение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и геометрической модели ЛЖ.

Цель исследования: Определить роль геометрической модели левого желудочка в диагностике и оценки степени тяжести ПЭ.

Материалы и методы исследования: Контингент исследования составили 120 беременные. I группа – 40 беременных с преэклампсией тяжелой степени; II группа – 40 беременных с преэклампсией легкой степени; III группа – 40 женщин с физиологически протекающей беременностью (контрольная). Нами проведен комплекс инструментальных и лабораторных исследований, включающий: клинико-статистический анализ, доплеровскую эхокардиографию.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе эхокардиографических параметров исследуемых беременных оказалось: во II триместре достоверно меньшим из объемных показателей было среднее значение конечно – диастолического объема ЛЖ 114 (107±120) мл у пациенток с тяжелой степени ПЭ. С прогрессированием беременности было выявлено не только дальнейшее снижение объема наполнения ЛЖ в диастолу, но и снижение ударного объема и фракции выброса.

Во II триместре беременности средние значения показателей фактической ММЛЖ и ИММЛЖ пациенток с тяжелой ПЭ достоверно превосходили аналогичные показатели женщин с легкой ПЭ и контрольной группы ($P < 0,05$). Среднее значение ММЛЖ у пациенток с легкой ПЭ оказалось достоверно меньше, чем у женщин с ПЭ тяжелой степени – 145 (128-150) и 155 (116-172), соответственно. Пользуясь критериями, разработанными Ж.Д. Кобалава и соавт. (2003) в отношении коэффициента диспропорциональности (КД) вычисляемого как отношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ и умноженного на 100%, нами было установлено, что непропорционально высокая ММЛЖ являлась прерогативой беременных с тяжелой преэклампсией. Таким образом, непропорционально высокая ММЛЖ при тяжелой ПЭ выступает маркером неадекватной сердечно – сосудистой перестройки.

Пациентки с легкой преэклампсией отличались достоверно большей частотой нормальной геометрии ЛЖ (72,5%), притом, что вариант концентрической ремоделирования у них встречался в два раза реже (18,2% и 37,4%), а концентрическая гипертрофия в четыре раза реже (9,1% и 32,4%, соответственно) чем при тяжелой ПЭ ($P < 0,05$).

В III триместре при ПЭ тяжелой степени возросла частота концентрической гипертрофии и ремоделирования – 45 и 40%, тогда как при легкой ПЭ доминирующим стал вариант концентрического ремоделирования – в 2,5 раза больше по сравнению с концентрической гипертрофией ЛЖ (36,4% против 13,5%).

Таким образом, прогрессирующее нарастание массы миокарда ЛЖ определяло не только достоверно большую величину КД у беременных с преэклампсией тяжелой степени, но и сопровождалось изменениями геометрии ЛЖ с формированием концентрической гипертрофии и

концентрического ремоделирования, приводящее к дисфункции ЛЖ и явилось прогностически неблагоприятным фактором риска тяжелого ее течения.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Н.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки.

Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции. При этом сопоставимые цифры были получены как в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, так и в развивающихся странах со средним и низким доходом населения.

Риск развития ХБП у женщин, по меньшей мере так же высок, как и у мужчин, если не выше. Согласно некоторым исследованиям, ХБП даже более распространена у женщин (14%) по сравнению с мужчинами (12%). Некоторые заболевания почек, такие как волчаночный нефрит или инфекция мочевых путей (острый или хронический пиелонефрит) более характерны для женщин. Пиелонефрит как инфекционные поражение почек (как и большинство инфекций мочевых путей) чаще встречаются у женщин, и их риск значительно возрастает во время беременности. В таких случаях, как и для большинства болезней почек, своевременная диагностика и лечение являются залогом успеха.

Целью исследования является определение частоту встречаемости и факторов риска развития ХБП среди женщин фертильного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 143 женщины фертильного возраста 19-45 лет средний возраст составил $39,7 \pm 3,3$. Всем обследуемым проводилось анкетирование, которое включало в себя вопросы, касающиеся возраста, место работы, наличия сопутствующих заболеваний и состояний, приверженность здоровому образу жизни, антропометрических данных- рост, вес- рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле Kettle,. Измерено артериальное давление. Выясняли наличие в настоящем или прошлом сахарного диабета или эпизодов повышения сахара, холестерина, изменений в анализах мочи, артериальная гипертония, нефропатия беременных у женщин и заболеваний почек у прямых родственников.

Проведено ряд специальных исследований, направленных на выявление ХБП и факторов риска её развития. Всем обследуемым определяли концентрацию альбумина и креатинина в моче. Анализ мочи проводили с помощью тест полосок URINE -2АС производства компании CypressDiagnostics (Бельгия).

Результаты и обсуждения: Наиболее распространенной причиной ХБП среди женщин фертильного возраста явилось ожирение и избыточная масса тела (7,2% и 36,9%) за которым следуют пиелонефрит (24%), нефропатия беременных (22,5%). А у 12,4% обследованных частые этиологии включают значение лекарств (самолечение с НПВП и антибиотиками).

Для 83 (58,1%) из них фильтрационная функция почек была нормальной. У 52 (36,4%) СКФ 60-80 мл/мин/1,73м², у 8 СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² у 5,5%.

При определении МАУ у обследованных больных с нормальными показателями фильтрационной функции почек 83 (53,2%) были получены следующие данные:

МАУ до 10 мг/л (норма) у 24 %, 10-30 мг/л (начальное повышение) у 53,3%, 30-80 мг/л (среднее повышение) – 33,7%, 80-150 мг/л (высокий уровень) – 8%. Микроальбуминурия выше 30 мг/л при нормальной СКФ составил 22,7% (p<0,05).

Вывод. Наиболее многочисленными факторами риска развития ХБП среди женщин фертильного возраста оказалась повышенная ИМТ, протеинурия в анамнезе (нефропатия беременных), вредные привычки в основном злоупотребление НПВП.

Правильная организация и активное проведение программы по профилактике, раннему выявлению в амбулаторно-поликлинических условиях, а также своевременное лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей позволит уменьшить численность запущенных форм заболеваний среди женщин детородного возраста.

ЮРАК РИТМИНИ ЎЗГАРИШИ ВА ХОМИЛАДОРЛИК

Бабаджанова Г.С., Узоқова М.К.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Хозирги кунда хомиладор аёлларнинг 0.2-4% кардиоваскуляр касалликлар билан асоратланади ва хомиладорликда юрак муаммолари кузатиладиган беморлар сони ортиб бормоқда. Дунёнинг ҳар хил давлатларида учраш частотаси турлича. Бир томондан бу биринчи туғувчи аёллар ёшининг ошиши билан тушунтирилса, бошқа томондан семизлик, диабет ва гипертензия сингари хавф омиллари ошиб бораётганлиги билан тушунтирилади. Шунингдек, туғма юрак нуқсонларини даволаш сифати ҳам ошиб бормоқда, натижада бундай аёллар ҳам хомиладор булиш бахтига сазовор булмоқда. Аёл хомиладор бўлганда юрак-қон томир тизимида метаболик жараёнлар ортади, натижада юрак кучли юклама остида ишлай бошлайди.

Мақсад: Илгари соғлом бўлган ва илк бор хомиладорлик вақтида юрак фаолияти ўзгарган аёлларнинг гемодинамик ва гемостатик ҳолатини ўрганиш. Мақсадга эришиш учун юрак ритмининг ўзгариши хомиладорликнинг қайси муддатларида кузатилишини ва паритет, ёш ва гемостатик параметрларининг таъсирини кўриб чиқамиз

Текшириш материаллари ва усуллар. Клиник текширув Тошкент шаҳар 9 т.к. хомиладорлар патологияст бўлимида олиб борилди. 2017йил июнь ойидан декабрь ойигача бўлган 6 ой муддатда ХКБ га мурожаат қилган 170 та аёллар касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Барча хомиладорларда хомиладорлик муддати 22 ҳафтадан катта бўлиб, ёши 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган аёллар қамраб олинди. Барча аёлларда ЭКГ ва ЭХОКГ текшируви ва кардиолог консултацияси ўтказилган. Текшириш материаллари бўлиб клиник-лаборатор таҳлиллар олинди.

Натижалар. Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики, ХКБга мурожаат қилган 1.8% беморлар юрак фаолиятининг ўзгаришига шикоят қилишган. Уларнинг аксариятини юракни уриб кетиши ва қўллар ивишиши безовта қилган. Шундан 30 та аёл алоҳида олиб ўрганилганда, аёлларнинг ўртача ёши 24 ± 1.7 ни ташкил этди. Хомиладорлик муддати ўрганиб чиқилганда, ўртача 24-26 ҳафтада хомиладорлар кўпроқ мурожаат қилгани аниқланди. Паритет ўрганиб чиқилганда, 48.6% биринчи туғувчиларга тўғри келди. Шунингдек, олдинги хомиладорлиги асоратсиз ўтган ва 3- марта туғувчи 2 аёлдан анамнез йиғилганда, олдинги туғруқдан кейин септик асорат кузатилганлиги маълум бўлди. 3та хомиладорда эса ёшлигида тез-тез ангина билан оғриганлиги аниқланди. Хомиладорларнинг юрак уриши солиштирилганда, деярли барча аёлларда тахикардия кузатилган. Гемостаз тизими таҳлил қилинганда, гематокрит ўртача 38-40%, Фибриноген “А” эса 3.8 ± 0.4 ташкил этди.

Хулоса. Текширувдан шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, илк бор юрак патологияси хомиладорликнинг 2 ярмида кўпроқ кузатилган, бунинг асосий сабаби юракка тушадиган юкламанинги ошиши билан боғлиқ. Бундай беморларнинг деярли ярмини 1туғувчилар ташкил этди. Гемостаз тизимида эса гиперкоагуляция белгилари намоён бўлди. Демак, гиперкоагуляция юракка тушадиган юкламани оширади ва бу унинг зўриқиб ишлашига сабаб бўлади.

ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗНЫМ ПАРИТЕТОМ

**Бабаджанова Г.С., Абдуразакова М.Д.,
Ташкентская медицинская академия**

Цель работы: изучение течения варикозной болезни у беременных в зависимости от паритета и разработать комплекс профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 48 беременных во II и III-триместрах гестации с разными вариантами варикозной болезни:

варикозное расширение вен органов малого таза (ВРВМТ), варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-группа - 12 первобеременных, 2-группа - 36 повторнобеременных. Контрольную группу составили 14 здоровых беременных. В работе были использованы клинические, лабораторные, ультразвуковое и доплерометрическое методы исследования фето-плацентарного комплекса и органов малого таза, консультации сосудистого хирурга.

Результаты исследования и их обсуждение. 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 лет. Варикозная болезнь появлялась уже при первой беременности, количество их составило 14(43,75%). Исходя из этого становится очевиден наследственный характер предрасположенности к данной патологии. До настоящей беременности 6 (18,75%) больных предохраняли от нежелательной беременности средствами гормональной контрацепции. Характеризуя репродуктивную функцию обследованных женщин, надо отметить, что у 7 в анамнезе искусственные аборт, у 5 самопроизвольные выкидыши, у 2 – неразвивающаяся беременность 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 26 недель), острая и хроническая гипоксия плода, увеличением частоты преждевременных родов и оперативных пособий. При изучении показатели свертывающей системы практически у всех беременных с варикозным расширением вен наблюдались нарушения коагуляционного звена гемостаза. Отмечалось увеличение активностисвертывания крови, возрастает количество фибриногена. Снижается физиологическое антикоагулянтное свойство крови за счет снижения среднего показателя активности антитромбина-III.

Заключение. Анализируя данные, можно заключить, что основными факторами в развитии патологии вен у женщин при беременности являются: дисгормональная перестройка, увеличение ОЦК, формирование маточно-плацентарного кровообращения, изменения в свертывающей и противосвертывающей системах крови, наследственный фактор, повышение внутрибрюшного давления.

При варикозной болезни у беременных отмечены гиперкоагуляция, гипофункция плаценты, уменьшение скорости кровотока в пупочной вене и венозном протоке плода.

Для профилактики и снижения риска тромботических осложнений у беременных следует проводить доплерометрия венозной системы органов

малого таза с ВРВМТ как неотъемлемая часть скрининговых методов обследования беременных.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ ОТ ГЕНИТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Бабажанова Ш.Д., Любич А.С.

Республиканский перинатальный центр

Генитальный сепсис является одной из основных причин материнской смерти в Узбекистане.

Цель исследования: определить предотвратимые факторы материнской смерти от генитального сепсиса.

Материалы и методы: Было проведено ретроспективное конфиденциальное исследование 78 случаев материнской смерти, умерших от сепсиса в 2010-2015гг. Были изучены анонимизированные истории родов, амбулаторные карты и индивидуальные карты беременных, а также опросные анкеты медработников, которые участвовали при оказании помощи умершим женщинам. Проведен анализ диагностики и лечения сепсиса во время беременности, родов и послеродового периода, а также оказания акушерской и специализированной помощи женщинам с генитальным сепсисом.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе случаев материнской смерти от генитального сепсиса были выявлены следующие предотвратимые факторы:

- запоздалая диагностика генитального сепсиса была выявлена в 25 (32%) случаях. Такие симптомы как тахипноэ, тахикардия, диарея, сильные боли в животе, гипотермия, лейкопения не были учтены как симптомы сепсиса, и это привело к поздней диагностике сепсиса;

-нерациональная антибактериальная терапия имело место в 32 (41%) случаях. Были выявлены такие факторы, как монотерапия цефалоспорином 1 поколения, длительное применение антибактериального препарата, несмотря на явные признаки отсутствия эффекта от данного препарата, длительное применение эмпирической терапии без учета результатов бактериологического исследования;

-задержка с удалением очага инфекции – матки, было обнаружено в 34 (43%) случаях. Поздняя диагностика сепсиса, длительное консервативная терапия сепсиса привели к запоздалому радикальному хирургическому лечению, что способствовало развитию полиорганной недостаточности у родильницы и развитию необратимых состояний;

-задержка с проведением ранней целенаправленной терапии при септическом шоке обнаружено у 27 (35%) умерших женщин. При септическом шоке целью первых 6 часов проведения реанимационных мероприятий должно стать достижение следующих параметров: уровень центрального венозного давления 109-163 мм.вод.ст. (8-12 мм.рт.ст.), уровень среднего артериального давления на уровне 65 мм.рт.ст., объем

диуреза 0,5 мл× кг/час, сатурация в периферических сосудах– 85%, в центральной вене -70%. Для этого необходимо провести инвазивную респираторную поддержку, инфузионную терапию, введение вазоактивных препаратов и по показаниям – гемотрансфузию. У одной трети женщин при септическом шоке эти мероприятия были проведены с запаздыванием до 20-24 часов или проведены в недостаточном объеме, что привело к неблагоприятному исходу.

Выводы: своевременная диагностика, рациональная антибактериальная терапия, своевременное удаление очага инфекции при генитальном сепсисе, а также проведение ранней целенаправленной терапии при септическом шоке будут способствовать снижению материнской смертности от генитального сепсиса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

Баситханова С.Р., Юлдашева Д.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Частота родов крупным плодом, по данным литературных источников, в последние годы составляет от 4,5 до 20%. Высокие показатели неврологических осложнений со стороны плода, родового травматизма и неблагоприятные перинатальные исходы при макросомии плода имеют большое медицинское, и несомненно, социальное значение.

Крупные дети чаще всего рождаются у женщин: многорожавших, в возрасте старше 30 лет, с избыточной массой тела и большой прибавкой её во время беременности, страдающих сахарным диабетом, имевших в прошлом крупных детей.

Цель исследования: оптимизация тактики ведения беременности и родов у женщин с крупным плодом для снижения показателей материнского и детского травматизма.

Материал и методы исследования: Работа выполнена на базе 2 клиники ТМА. Для исследования было охвачено 30 женщин родивших через естественные родовые пути детей весом более 4000г (ретроспективный анализ с доношенным сроком беременности). В ходе исследования был собран тщательный анамнез, взяты данные из истории болезни данных женщин.

Основываясь на полученных результатах мы определили факторы риска способствующие рождению детей с макросомией и распределили их на 2 группы с последующим сравнением их между собой. Первую группу составили женщин с высоким ИМТ и вторую группу женщин в анамнезе рожавших детей с весом более 4000гр.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении женщин было выявлено в первой группе из 18 женщин роды 1/18(5,5%) осложнились травматизацией плода- переломом ключицы, 2/18(11,1%) дистоцией плечиков плода, 6/18(33,3%) с внутрижелудочковым

кровоизлиянием плода, 2/18(11,1%) родов протекали в тазовом предлежании плода из них 1/18(5%) осложнились вывихом бедра плода. Во 2й группе исследуемых женщин наблюдались осложнения: 3/12(25%) дистония плечиков, 4/12(33,3%) ранним послеродовым кровотечением, 2/12 (16,6%) внутрижелудочковым кровоизлиянием плода.

Проведенные исследования показали, что при ведении беременности у женщин с высоким ИМТ должна проводиться корректировка их показателей и должны проводиться работы направленные во избежание осложнений со стороны матери и плода. Новорожденные, родившиеся с крупной массой тела должны быть отнесены в группу риска по развитию осложнений, особенно неврологического характера. Для улучшения перинатальных исходов и снижения показателей материнской смертности врачи акушер-гинекологи должны вести роды согласно национальным стандартам.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Буранова Ф.Б. Федорова Т.А. Закирова Н.И.

**ФГУ «научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» минздравсоцразвития России
Самаркандский государственный медицинский институт**

Актуальность. Известно, что коагуляционные свойства крови тесно взаимосвязаны с гемореологическими, которые в свою очередь являются высокочувствительными к любым изменениям в процессе развития беременности. Особую значимость нарушение реологии крови приобретает у беременных после ЭКО, так как гормональная стимуляция суперовуляции является дополнительным мощным активирующим фактором запуска процессов тромбообразования на фоне имеющихся гиперкоагуляционных сдвигов. В связи с чем увеличивается риск прогрессирования таких осложнений, которые вносят существенный вклад в развитие плацентарной недостаточности (ПН).

Цель исследования: изучение особенностей гемореологических показателей крови в зависимости от проводимой терапии у беременных с плацентарной недостаточностью после ЭКО.

Материал и методы исследования. В основную группу были включены 40 беременных женщин, после ЭКО и ПЭ с хронической формой ПН, поступившие для лечения и родоразрешения в НЦАГ и П. Средний возраст исследуемых составил $34,6 \pm 4,2$ лет, срок гестации от 26 до 38 недель. В контрольную группу вошли 15 исследуемых с физиологическим течением беременности, аналогичными параметрами возраста и сроков гестации. При оценке реологических параметров крови учитывались показатели макрореологии: вязкость крови и плазмы, гематокрит, концентрация общего фибриногена плазмы, спонтанная

агрегация и деформируемость эритроцитов. В качестве антикоагулянта использовали 3,8% раствор цитрата натрия, в соотношении с кровью 1:9. Забор крови производился утром натощак, самотеком из локтевой вены, в тефлоновые пробирки. Измерение величины вязкости цельной крови производили с помощью вязкозиметра АКР-2 (Россия), до и после проводимой терапии, в диапазоне скоростей сдвига: 20 с-1, 50 с-1, 100 с-1, 150 с-1, 200 с-1 и 300 с-1. На основании данных, полученных с использованием анализатора АКР-2, производилась оценка индекса деформируемости эритроцитов (ИДЭ) по формуле:

$$\text{ИДЭ} = V_{100 \text{ с-1}} / V_{200 \text{ с-1}}$$

В целях оценки эффективности проводимой терапии и интерпретации показателей реологии крови, пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы, по 20 беременных в каждой. Беременным 1-ой группы в программу лечения ПН и гиперкоагуляционных расстройств были включены сеансы лечебного плазмафереза (ПА) в сочетании с 10% ГЭК. Пациенткам 2-ой группы в целях лечения ПН проводилась общепринятая терапия, для коррекции гемостазиологических нарушений назначались курантил 125 мг/сут, гепарин 5-10 тыс. в сутки 5-10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что до проводимого лечения уровень вязкости крови (ВК) беременных с ПН после ЭКО (основная группа) существенно отличался от параметров макрореологии исследуемых контрольной группы. Уровень ВК у беременных основной группы достоверно был высок во всех скоростях сдвига: при скорости сдвига 20-1 оборотов в секунду (об/сек) составил $8,46 \pm 0,31$, при скорости 300-1 об/сек – $4,96 \pm 0,27$. В контрольной группе, при тех же скоростях сдвига соответственно - $4,38 \pm 0,14$ и $3,34 \pm 0,08$ ($p < 0,001$). При изучении индекса деформируемости эритроцитов у беременных основной группы, отмечено его снижение. Показатель снижения деформируемости эритроцитов характеризует повышение их жесткости, что способствует нарушению нормального кровотока в зоне микроциркуляции и развитию тканевой гипоксии. Анализ уровня концентрации фибриногена до проводимого лечения у пациенток обеих групп превышал нормативные значения и составил $4,5 \pm 1,5$ г/л в 1-ой и $4,2 \pm 1,8$ г/л во 2-ой группе. Отмечено укорочение показателей *r+k* до $14,2 \pm 0,6$ мм и $15,8 \pm 0,4$ мм, увеличение *ma* до $52,4 \pm 0,6$ и $52,9 \pm 0,7$ мм, повышение ИТП до $21,6 \pm 0,8$ и $21,3 \pm 0,7$ у.е. в 1 и 2 группах соответственно.

После завершения курса лечения показатель ВК лучшим образом изменился у беременных на фоне комплексной терапии с ПА, во всех скоростях сдвига. При скорости сдвига 20-1 оборотов в секунду (об/сек) он составил $3,61 \pm 0,14$, при 300-1 об/сек – $3,27 \pm 0,12$, на фоне традиционной терапии при тех же скоростях сдвига соответственно - $4,25 \pm 0,12$ и $3,55 \pm 0,11$ ($p < 0,05$). На фоне применения ПА отмечено также улучшение деформируемости эритроцитов и других показателей гемореологии. Уровень фибриногена лучшим образом снизился у беременных 1 группы

до $2,37 \pm 0,8$, во 2 группе до $2,64 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,05$). Существенные изменения отмечались и в показателях гемостаза. Отмечено достоверное снижение индекса тромбодинамического потенциала (ИТП) в обеих группах. На фоне ПА с $21,6 \pm 0,8$ до $19,8 \pm 1,3$ у.е., после традиционной терапии с $21,3 \pm 0,7$ у.е. до $20,7 \pm 1,4$ ($p < 0,05$), ч/з неделю до $15,4 \pm 0,8$ у.е. и $17,8 \pm 1,2$ у.е. ($p < 0,05$) в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Заметно увеличились показатели $r+k$ после ПА и через неделю после ее завершения оказались достоверно выше – $20,2 \pm 0,7$ мм, чем при традиционной терапии - $19,1 \pm 0,4$ мм ($p < 0,05$). Наблюдалось незначительное уменьшение показателей ma : после ПАС $50,3 \pm 0,4$ до $46,3 \pm 0,8$ мм, после традиционной терапии с $52,9 \pm 0,7$ до $46,0 \pm 0,9$ мм. После применения ПА отмечена сравнительно лучшая тенденция к снижению активности факторов протромбинового комплекса с $98,7 \pm 4,9\%$ до $92,8 \pm 2,9\%$, по сравнению с традиционной терапией с $97,4 \pm 3,6\%$ до $94,6 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$).

Закключение. Таким образом, изменение коагуляционных свойств крови у беременных с ПН после ЭКО и ПЭ в значительной мере обусловлено нарушением показателей плазменного звена системы гемостаза, отклонениями микрореологических параметров, что связано с процессами нарушения агрегации, дезагрегации, деформируемости эритроцитов и повышенной степенью образования линейных агрегатов эритроцитов. Включение лечебного ПА в комплексную терапию ПН является вполне обоснованным и целесообразным, о чем свидетельствуют показатели нормализации макрореологии крови.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Гайбуллаева Д.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Гипертензивные расстройства относятся к наиболее сложной патологии беременности. В структуре материнской смертности ПЭ стабильно занимает 2 место и составляет 11,7% до 22,8% согласно последним данным Национального Комитета по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности 2013-2015 гг. Остается основной причиной заболеваемости новорожденных (640‰-780‰) и ранней неонатальной смертности. Частота ПН, клиническим проявлением, которой является СОРП, составляет 22,4-30,6%. Перинатальная смертность достигает до 40%. Гипергомоцистеинемия является фактором развития тромбофилических нарушений, способствующих развитию значительного числа патологии у беременных и их новорожденных при преэклампсии.

Целью исследования явилось изучение влияния гипергомоцистеинемии на развитие плацентарных изменений, исходы беременностей и родов, и состояния плода.

Материалы и методы: Обследованы 110 пациенток, среди которых первую группу (контрольную) составили 43(39%) женщины с течением

беременности без патологии, 46(42%) беременных с преэклампсией легкой степени и 21(19%) с преэклампсией тяжелой степени. Клинико- шкале Апгар. Все статистические расчеты были выполнены с помощью пакета программ spss 12.1, StatisticaforWindows 6.0, лабораторные исследования всех беременных проводились на сроке 32-36 недель. По степени тяжести ПЭ 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 $21,2 \pm 1,3$ года, 2-я группа – $27,1 \pm 0,9$ года, 3-й – $28,9 \pm 2,6$ года. Использовали ИФА- метод определения гомоцистеина в крови у беременных. Наличие хронической ФПН устанавливали при помощи клинических данных и результатов УЗИ, данных КТГ с использованием монитора акушерского компьютерного МАК-02-«Ч» «Кроха» (Россия). Состояние новорожденных при рождении оценивались по STADIA6.

Результаты исследования и их обсуждение. Отмечено развитие экстрагенитальной патологии у всех женщин II и III групп, наличие у них в прошлом ФПН, неразвивающиеся беременности. Роды в 7% случаев у беременных с преэклампсией закончились преждевременно. 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 сказать, что у пациенток 1-й группы частота превышения нормативных значений составила 73,9%, выявляясь у 17 обследованных беременных. В то же время у всех пациенток 2-й группы мы наблюдали высокие значения гомоцистеина в сыворотке крови. Анализ содержания общего холестерина в сыворотке крови пациенток с ПЭ установлено его прогрессирующее увеличение. Проведенный нами анализ уровня СРБ в сыворотке крови пациенток с ПЭ показал достоверное повышение данного показателя в 1,81 и 3 раза относительно значений 1-й группы пациенток. Патологическое действие гомоцистеина в значительной степени связано с нарушением функции эндотелия и, поэтому, можно предположить развитие дисфункции эндотелия у обследованных пациенток.

Таким образом, исследования показали: 1. У пациенток с ПЭ в сыворотке крови достоверно возрастает уровень гомоцистеина, обуславливая развитие дисфункции эндотелия.

2. Высокий уровень гомоцистеина проявляется на фоне гиперхолестеринемии и высокого значения СРБ, что совпадает с уровнем протеинурии и артериальной гипертензией.

3. Высокий уровень гомоцистеина в сыворотке крови беременных с ПЭ является одним из возможных механизмов развития ФПН, гипоксии и гипотрофии плода.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Гафарова С.У., Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Воспалительные изменения при тяжелом хроническом цервиците (ХЦ) могут сопровождаться дезорганизацией структурных особенностей многослойного плоского эпителия и стромы, полиморфизмом клеточных элементов. Нарушения в структуре соединительной ткани при хроническом вагините неизбежно ведут к появлению дистрофических изменений в клетках многослойного плоского эпителия с последующей вакуолизацией ядер и цитоплазмы и изменению ферментативных процессов, уменьшению и даже полному временному исчезновению гликогена в тканях. При хроническом процессе в большой мере поражается строма: происходит инфильтрация ее клетками, сосуды полнокровны и расширены. Пролиферация фиброзной ткани приводит к тому, что шейка при ХЦ нередко выглядит гипертрофированной, рельеф ее поверхности меняется.

В эпителии экзоцервикса наряду с дистрофическими изменениями отмечается усиление пролиферации клеток, особенно парабазального слоя, а в зоне трансформации – гиперплазия резервных клеток. Подобная морфологическая картина иногда ошибочно интерпретируется как цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Однако, в отличие от последней, при цервиците в цилиндрическом эпителии почти всегда наблюдаются клетки воспалительного инфильтрата. Симптомы ХЦ при кольпоскопии представлены участками ацетобелого эпителия с нежной мозаикой и пунктацией, четко ограниченными или расплывчатыми йоднегативными участками.

Воспалительные процессы шейки матки и влагалища редко бывают изолированными и часто сочетаются с самыми разными видами патологических процессов (эктопиями, полипами, участками гиперкератоза, дисплазиями и т.д.), что обуславливает наличие порочного круга. Не ликвидировав один процесс, трудно справиться с другим. Этот факт рассматривается как причина того, что деструктивные методы лечения на фоне цервицита также нередко бывают малоэффективными.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПРОТЕФЛАЗИД® В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВПЧ

**Годлевская Н.А.,¹Ихтиярова Г.А.,¹Рахматуллаева М.М.
Винницкий национальный медицинский университет им.
Н.И.Пирогова, Украина**

¹Бухарский государственный медицинский институт

Инфекции, передающиеся половым путем, в том числе и ВПЧ ассоциированные, остаются одной из важных проблем современности. Тема остается актуальной и, соответственно, существует большое количество исследований и методов лечения патологии шейки матки, ассоциированной с папилломовирусной инфекцией. Особое место занимает лечение патологии шейки матки вызванной вирусным поражением с местным использованием препаратов, в том числе и интерферонсодержащих, в виде вагинальных тампонов или свечей. Существуют определенные схемы лечения в основе которых есть иммунологическое воздействие. Только в последние годы для лечения ВПЧ инфекций стали использовать этиотропную терапию.

Доказано: причина возникновения патологии шейки матки, в том числе дисплазии (цервикальной интраэпителиальной неоплазии - ЦИН) и рака - папилломавирусы человека (ВПЧ).

Нами предложено использование местного лечения патологии шейки матки вагинальными тампонами с раствором препарата Протефлазид® в качестве монотерапии. Для приготовления раствора необходимо разводить Протефлазид в физиологическом растворе хлорида натрия. Срок экспозиции вагинальных тампонов – 30-40 минут, проводить процедуры необходимо 2 раза в сутки. Продолжительность местного применения вагинальных тампонов при папилломавирусной и вирусно-бактериальных инфекциях женских половых органов – 14 дней ежемесячно в течении 3 месяцев подряд. Критериями включения в исследование: наличие цервикальной интраэпителиальной неоплазии I-II степеней на фоне ВПЧ разных штаммов, желание и возможность женщины в лечении.

Клиническая оценка эффективности местного использования вагинальных тампонов с раствором препарата Протефлазид® в виде 3 циклов монотерапии (по 14 дней в течении 3-х месяцев) показала позитивный эффект на состояние шейки матки по результатам ПАП-теста на основе жидкостной цитологии – уменьшение выявления LSIS с 80% до 8%, нормализация в 82% случаев; кольпоскопической картины – нормальная картина после лечения наблюдалась у 82% женщин; исчезновение маркеров пролиферации p 16 и ki-67 во всех случаях; достоверное изменение вирусной нагрузки в 1,8 раза; морфологически подтвержденный регресс цервикальной интраэпителиальной неоплазии в 96% и переход CINII в CIN I в 4% случаев. Отмечено положительное действие вагинальных тампонов на микробиоценоз влагалища, что проявлялось в снижении количества лейкоцитов в поле зрения в 2,16 раза,

увеличением частоты выявления лактобацилл в 5,6 раза. Лечение хорошо переносилось пациентками, без побочных проявлений. Преимущество способа лечения это безболезненность, удобная форма введения, амбулаторное применение.

При комбинированном применении препарата Протефлазид® (капли – системно, капли – местно в виде тампонов) эффективность лечения повышается.

Протефлазид® – эффективное и безопасное современное этиотропное лекарственное средство для лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий I-II степени (CIN), обусловленных ВПЧ.

ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ДЕВУШЕК

Дильмуратова В., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: определить зависимость нарушений гормонального фона от степени алиментарного ожирения.

Материал и методы исследования: обследовано 116 девушек с нарушением менструального (НМЦ) на фоне алиментарного ожирения и 30 практически здоровых подростков. Нарушение менструального цикла отмечено после значительной прибавки массы тела. Критериями алиментарного ожирения были высокое потребление калорий, выраженная гипертриглицеридемия, дислиппротеинемия и высокая активность липазы. Для диагностики наличия избыточной массы тела и ожирения применяли показатель индекса массы тела, который рассчитывали как соотношение массы тела (в кг) к квадрату роста (в м²) (индекс Кетле, ВОЗ, 1997) Характер распределения жировой ткани определяли с помощью коэффициента окружности талии (более 88 см)/окружность бедер (ОТ/ОБ)

Результаты исследования и их обсуждение. Снижение фертильности при ожирении обусловлено ановуляцией, клинически проявляющейся нерегулярными менструациями, гипоменструальным синдромом и аменореей. Изучение гормонов гипофиза показало повышение их уровня в сыворотке крови относительно значений группы практически здоровых лиц: ТТГ (в 1,59; 1,86 и 1,91 раза), ФСГ (в 1,95; 2,2 и 2,57 раза), ЛГ (в 1,61; 1,55 и 2,28 раза соответственно 1-й, 2-й а и 2-й б степени ожирения). Уровень эстрадиола у женщин с алиментарным ожирением и НМЦ имел тенденцию к увеличению при 1-й степени ожирения, а по мере увеличения массы тела его значения постепенно снижались и достигали нормативных значений. Содержание прогестерона в сыворотке крови женщин с ожирением снижался в 15,56; 17,23 и 28,51 раза. Уровень тестостерона превышал нормативные значения в 1,31; 1,4 и 1,6 раза, соответственно в группах с 1-й, 2-й а и 2-й б степенями ожирения. .

В зависимости от степени ожирения все обследованные женщины были разделены на 3 группы: 1-я – с 1-й степенью ожирения и НМЦ (20

пациенток), 2-я – со 2-й а степенью ожирения и НМЦ, (66 женщин) и 3-я – со 2-й б степенью ожирения и НМЦ (30 пациенток). Проведенные в этом плане исследования показали, что 1-я степень ожирения была в основном характерна для пациенток 21-25 лет (45%), 2-я а степень – для всех возрастных групп, а 2-я б степень ожирения в большей степени была характерна для 2 возрастных групп: 21-25 лет (40%) и 31-35 лет (46,7%).

Исследование масса-ростовых параметров показало, что средняя масса тела обследованных пациенток в зависимости от степени алиментарного ожирения составила $79,80 \pm 0,20$; $84,89 \pm 0,39$ и $96,89 \pm 0,40$ кг, соответственно у женщин с 1-й, 2-й а и 2-й б степенью ожирения. Показатель ОТ/ОБ если при 1-й степени ожирения сохранялась в пределах 0,85, то при 2-й а и 2-й б степенях возрастал, приближаясь к отметке 0,88. ИМТ возрастал пропорционально степени ожирения, составляя $29,10 \pm 0,06$; $32,34 \pm 0,12$ и $36,72 \pm 0,12$ кг/м². Длительность ожирения колебалась в широких пределах и составила в среднем $2,76 \pm 0,87$; $4,85 \pm 0,98$ и $5,74 \pm 0,89$ года, соответственно степени ожирения.

Таким образом, по мере прогрессирования алиментарного ожирения снижение фертильности возрастает, обусловленной неадекватной продукцией прогестерона. Избыток жировой ткани приводит к снижению циркулирующих в крови эстрогенов, повышению секреции тестостерона, особенно при андройдном типе ожирения. Поэтому снижение массы тела может оказать положительное влияние. Перспективным в этом плане являются препараты периферического действия.

INTRODUCTION OF PATIENTS WITH VARICOUS EXTENSION OF VENUES OF LOWER LIMBS AND PELVIC ORGANS

Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ixtiyarova D.F.

Bukhara state medical institute

Varicose veins of the pelvis were first described in 1949 by N. Taylor, who noted in his work the relationship between the violation of uterine hemodynamics and the occurrence of chronic pelvic pain in women [1]. On the basis of sonographic studies, it was found that varicose veins of the pelvis occur in 5.4% of conditionally healthy women, in 15.7% of women with diagnosed gynecological pathology [3]. Women with varicose veins of the pelvic floor complain of pain in the lower abdomen of the aching character, which increases with prolonged standing in the vertical position, after physical exertion, hypothermia, during intercourse. Often the pain radiates to the perineum, lumbar region [2]. The risk factors for the development of varicose veins of the small pelvis are numerous and varied, including working conditions, age, weakening of the ligamentous apparatus of the uterus and appendages due to obstetrical complications, gynecological diseases [4, 5].

The aim of the study was to estimate the incidence of varicose veins of the small pelvis and chronic pelvic pain syndrome among pregnant women with different gestation periods.

Material and methods. 15 ultimately healthy women of reproductive age from 19 to 38 years old (mean age 32.7 ± 2.1 years) (control group) who applied to the Bukhara regional maternity hospital to prepare for ultrasonic diagnostic criteria for assessing the state of the venous network of the small pelvis were examined planned pregnancy. The main group comprised 25 women of reproductive age from 20 to 39 years old (mean age 34.6 ± 1.3 years) with complaints of pelvic pain (100.0%), irregular menstrual cycle (36.0%), in whom in all cases of ultrasound examination revealed signs of varicose veins of the small pelvis. Ultrasound was performed on the scanner SSI 5000 SonoScape (China), using an intravaginal sensor in the modes of ultrasound and dopplerography, including color Doppler mapping and pulsed dopplerometry.

The complex ultrasound study included:

1. determination of the internal diameter of ovarian, uterine, arched and internal iliac veins (in cm);
2. determination of peak systolic blood flow velocity in uterine and internal iliac veins (in cm / s).

Results and discussion. The diameter of the left internal iliac, uterine and ovarian veins was on average 10% higher than on the right side. The peak systolic blood flow velocity on the left was on average 12% lower than in the right internal iliac and uterine veins. In the study of patients with SSVMT, isolated enlargement of the ovarian veins (group 1) was revealed in 4 (16%) cases, in 13 (52%) observations - combined expansion of ovarian, uterine and arched veins (group 2) in 8 (32%), there was a total enlargement of the pelvic veins (group 3).

In patients of the 1st group who had an isolated enlargement of the ovarian veins, the diameter of the vessels before the treatment ranged from 0.5 to 0.7 cm. After a course of treatment with dioflane, a phlebotonic drug, their diameter decreased to 0.2-0.3 cm.

In patients of the 2nd group, before the treatment, the ovarian veins were expanded to 0.7 cm, the uterine veins to 1.0-1.5 cm, the arched veins to 0.4-0.5 cm. The peak systolic blood flow velocity in the uterine veins from both sides was reduced in comparison with this parameter in the control group by 3.5 times or more and averaged 1.68 ± 0.31 cm / s. After the drug treatment, a significant reduction in the diameter of the examined veins was observed in 11 of 13 patients, i.e. in 84.6% of cases. The peak systolic blood flow velocity in the uterine veins increased by an average of 2 times in comparison with the initial data and amounted to 3.38 ± 0.35 cm / s.

Patients of the third group under ultrasound examination showed an increase in ovarian veins to 0.7 cm, uterine veins to 1.0-1.5 cm, arched veins to 0.4-0.5 cm, internal iliac veins to 1.3 -1.8 cm, there was also a decrease in peak systolic blood flow velocity in the iliac and uterine arteries on both sides by 3 times or more.

Conclusions. Ultrasound examination provides significant opportunities in diagnosing disorders of venous hemodynamics in pelvic organs in women,

allowing non-invasive examination of the vascular system, and its visualization of a quantitative analysis of blood flow.

Ultrasound dopplerometry acts as an irreplaceable assistant in the diagnosis, being a minimally invasive and highly informative method for diagnosing varicose veins of the pelvis.

The data obtained during the ultrasound study influence the formation of therapeutic phlebological tactics and target the physician to conduct a long and systematic observation of the patient with varicose veins of the pelvic organs.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И ФАКТОРЫ РИСКА ПРИВОДЯЩИЕ К ЕГО НАРУШЕНИЮ

Дусчанова З.А., Курбаниязова М.З., Икрамова Х.С.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

Репродуктивное здоровье служит основой физической, интеллектуальной и социального состояния личности, пары, семьи, социально-экономического развития нации. Понятие репродуктивное здоровье состоит из 5 основных частей включая вопросы материнства, планирования семьи, профилактика от аборта, лечение, инфекции передающейся половым путём /ИППП/ (в том числе от ВИЧ/СПИДа) и охрана репродуктивного здоровья. Среди населения Узбекистана 52.2% занимают женщины, 24.8%-подростки, в которых 52.7% из них 10-19 летние девушки. У 726.8 тысячи женщин детородного возраста беременность закончилась родами. Из рожавших женщин 11% случаев были роды 15-19 летних. Данная тема, затрагивающая актуальные вопросы среди подростков была выбрана нами также в связи с тем, что за год примерно 5000 девочек-подростков становятся беременными, из которых у 700 девочек-подростков беременность прерывается абортom.

Цель исследования: Определить уровень знания подростков о репродуктивном здоровье и факторах риска, уточнить их отношение к назревшей актуальной проблеме.

Методы исследования. В исследование вошли всего 70 девушек-подростков от 13-23 лет города Ургенча. Исследование проведено методами случайного отбора и анкетирования.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными источниками информации о репродуктивном здоровьи назвали друзей 42,6%, родителей 39,6%, врачей и медработников 30,2%, средства массовой информации, сайты 51,3%, телевидение и радио 22,5% что связано с увеличением активности СМИ. Сомнения вызывают правильности информации, получаемых от друзей, если от уроков здорового образа жизни и преподавателей получают 39,6%, от других источников 10,1% всей информации.

Изучение факторов риска репродуктивного здоровья во взаимосвязи с последствиями. Из факторов риска репродуктивного здоровья 65,7% назвали не желательную беременность, 60,9% ИППП; 40,8% депрессию,

50,3% аборт. Из причин, приводящих к факторам риска и патологии репродуктивного возраста назвали 57,4% алкоголизм, 48,5% слабость самозащиты, 42,6% недостаточная информация о средствах контрацепции, 38,5% недостаточная забота со стороны родителей, 23,7% любопытство, 29,6% настойчивость друзей, 30,2% доверительное отношение к друзьям, 17,8% финансовая нужда, 24,9% интерес к противоположному полу из-за возрастной особенности. На вопрос об аборте негативно ответили при 62,1% что пожизненное, грустное, психофизиологическое воспоминание, 47,9 % убийство, 29% прервут до процесса органогенеза и 24,3% под давлением, 19% положительно ответили, что несмотря на давления других будут рожать. На подходящие периоды в планировании семьи отмечают 9,5% в годы студенчества, 22,5% при продолжении обучения, 9,5% по окончании обучения 31,4% после выпуска, 27,2% не могут сказать. На вопрос как вы оцените себя, закончите школу без парня, 89,9% ответили, что в будущем встретят друга на всю жизнь, 10,1% будут торопиться подружиться.

Выводы: достаточное получение информации о репродуктивном здоровье от различных источников, что можно увидеть когда подростки свою будущую семейную жизнь представляют себе счастливой (89,9%), но раннее вступление в половые связи до замужества в связи с социальной психологией и глобализацией нарушают нашу священную традицию узбечек, подвергают себя к рискам нежелательной беременности, аборта, ИППП, депрессии.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Джураева Д.Л., Зохидова К.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель: изучение синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков. Проведена оценка течения пубертатного и юношеского периода у пациенток с этой патологией.

Методы: обследованы 64 девочек-подростков в возрасте от 12 до 19 лет с синдромом поликистозных яичников. Проводились: осмотр (с оценкой индекса массы тела и гирсутного числа), УЗИ органов малого таза, а также определение уровня гонадотропных и стероидных гормонов в крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Анамнестически у всех пациентов был выявлен высокий инфекционный индекс (ОРЗ, хронический тонзиллит, детские инфекции) в течении пубертатного периода. Возраст появления менархе не отличался от популяционного (11 – 13 лет), но у всех обследованных имело место олигоменорея. Гирсутное число было увеличено 1,5 – 2 раза, выявлено наличие акне на коже. Отмечено прогрессирование гирсутизма после менархе. В яичниковой ткани выявлены изменения: множество мелкокистозных включений,

увеличение размеров яичников. В крови выявлено повышение уровней лютеинизирующего гормона, тестостерона. Лечение было направлено на создание рационального режима учебы и отдыха, включало прием растительных седативных препаратов, нормализацию массы тела, циклическую витаминотерапию. У 12 пациенток в возрасте 16-17 лет (более 5 лет с момента менархе), потребовалось назначение гормональной терапии (Диане -35) прерывистыми курсами.

Выводы: у девочек-подростков с яичниковой гиперандрогенией вследствие поликистозных яичников отмечается осложненное течение пубертатного и юношеского периодов. Лечение должно включать рациональную диету, негормональную терапию. При длительности заболевания более 5 лет показано рациональное назначение гормональных препаратов.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Джураева Д.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель: Ранняя диагностика репродуктивных расстройств и улучшение репродуктивного здоровья девочек-подростков.

Методы: общеклинические, антропометрия, рентгенологические, УЗИ-сканирование органов малого таза, изучение функции яичников по общепринятым тестам, определение стероидных и пептидных гормонов (эстрадиол, тестостерон, кортизол, ФСГ, ЛГ, ТТГ) в сыворотке крови радиоиммунным методом, генетические (дерматоглифика).

Результаты исследования и их обсуждение. Обследованы более 200 девочек с репродуктивными нарушениями (задержка полового развития, I и II аменорея, гипоменструальный синдром, ювенильные кровотечения). Результаты исследований позволяют рекомендовать выявленные особенности в виде стандартов диагностики указанных репродуктивных нарушений у девочек-подростков. Репродуктивные нарушения, по статистическим данным, наблюдаются у 12-27% девочек-подростков. Для выяснения причин их возникновения, в первую очередь, следует оценить степень гормональной активности яичников. Поэтому в стандарты диагностики включены: осмотр с определением соответствия степени развития вторичных половых признаков возрасту, антропометрия, гинекологический осмотр, УЗИ матки и придатков, определение стероидов и тропных гормонов больной, ее биологического возраста, а также дерматоглифические исследования, поскольку четко прослежена наследственная отягощенность. Отсутствие развития вторичных половых признаков и эстрогенизации наружных половых органов в 12-13 лет, малые размеры матки и придатков (возрастные УЗИ-параметры), разница календарного и биологического возраста (1.5-2г), высокий уровень гонадотропинов указывают на отсутствие (либо недоразвитие)

гормональноактивных элементов в гонадах. Уровень ТТГ показывает гипофункцию щитовидной железы, что может быть причиной репродуктивных нарушений.

Выводы: стандарты обследования, внесенные в клинические протоколы, позволяют логично и быстро установить диагноз, начать патогенетически обоснованную терапию, оптимизировать прогноз и улучшить репродуктивное здоровье девочек-подростков.

РОЛЬ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МАСТОПАТИЯХ

Захидова К.Ш., Муминова Н.Х., Джураева Д.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Мастопатия возникает у 30–70% женщин репродуктивного возраста, при сопутствующих эндокринологических и гинекологических заболеваниях частота ее возрастает до 70–98%.

В пременопаузе встречается у 20% женщин. После наступления менопаузыновые кисты и узлы, как правило, не появляются, что доказывает участие гормонов яичников в возникновении болезни.

Целью исследования явилось изучение влияния применения антагониста гонадотропинрилизинг-гормона (ант-ГнРГ) на изменение кистозных образований и соотношение структурных компонентов молочной железы у больных с фиброзно-кистозной мастопатией и возможность использования его для лечения пациенток с данной патологией. Согласно поставленным задачам, проведен анализ клинических данных 88 пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией, страдающих различной патологией половой системы: субмукозной миомой матки, сопровождающейся кровотечениями – 29 (42,6%), рецидивирующей гиперплазией эндометрия – 23 (33,8%), наружным генитальным эндометриозом различной и патологическими изменениями щитовидной железы в виде тиреоидиталокализации – 16 (23,5%). Возраст больных колебался от 35 до 46 лет. Для реализации модели эстрогенодефицита использовался бусерелин. Женщины в течение 4 мес. получали бусерелинспрей по 300мг 3 раза в сутки месяц, после чего была достигнута устойчивая аменорея. Через 6 мес устойчивая аменорея сохранилась у 14 (21%) женщин, у 25 (38%) имели место скудные циклические менструальноподобные выделения, у 29 (43%) менструальный цикл восстановился полностью. Был отмечен постепенный регресс патологических изменений в полости матки (атрофия эндометрия, уменьшение размеров миоматозных узлов, исчезновение ациклических кровотечений). Проводилась оценка изменений, происходящих с кистозными образованиями в молочных железах в условиях относительного эстрогенодефицита, создающегося при длительном применении ант-ГнРГ. За пациентками в течение 1 года проводилось наблюдение. Состояние молочных желез контролировалось с

помощью ультразвукового исследования. С целью стандартизации кистозных изменений через 6 и 12 мес. оценивался объем полости только наибольшей (при наличии нескольких) или единственной киста.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что создание эстрогенодефицита приводит к изменению структуры молочной железы, которое выражается в постепенном доминировании фиброно-жировой инволюции. Следует отметить, что при контрольном ультразвуковом исследовании через 6 мес. после начала лечения бусерелином в 55 (81%) случаях выявлено уменьшение объема кистозных полостей, при этом у 13 (19%) женщин динамика не отмечена. Через 12 мес. после начала лечения уменьшение объема кист установлено уже у 63 (93%) женщин и лишь у 3 (7%) пациенток, у которых восстановились циклические изменения уровня половых гормонов и восстановились менструации, динамики отмечено не было.

Создание эстрогенодефицита посредством применения ант-ГнРГ ведет к уменьшению объема кистозных образований и изменению структуры. У пациенток, страдающих вышеперечисленной гинекологической патологией, антагонисты ГнРГ могут использоваться и как средство лечения фиброно-кистозной мастопатии.

КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НИЗКОДОЗИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ЭСТРОГЕН- ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Захидова К.Ш., Муминова Н.Х., Гиясова М.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность темы. У женщин раннего постменопаузального периода манифестация заболеваний щитовидной железы приходится на менопаузальный период. На фоне гормональных сдвигов у женщин в климактерии с предрасположенностью к заболеванию щитовидной железы и в условиях относительного дефицита может происходить развитие и дальнейшее прогрессирование заболеваний щитовидной железы, нередко приводящих к гипотиреозу и дислипидемии. Комбинированная терапия низкодозированными формами эстрогенов в сочетании с прогестагенами в непрерывном режиме является патогенетически обусловленным способом методом коррекции климактерических расстройств, способных снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: определить влияние заместительной гормональной эстроген-гестагенной терапии на течение различных заболеваний щитовидной железы у женщин в постменопаузе и разработать методику подбора и показания к ее применению.

Материал исследования: Обследованы 61 женщины в пре и постменопаузе с патологией щитовидной железы: диффузно-узловым нетоксическим зобом, узловым нетоксическим зобом, аутоиммунным

тиреоидитом с гипотиреозом, компенсированным L- тироксином и в эутиреозе в возрасте от 45 до 51 лет. Длительность менопаузы составила от 1 года до 4-х лет. Контрольную группу составили 40 женщин без эндокринной патологии. Всем пациенткам с патологией щитовидной железы проводилась гормональная коррекция 1 мг 17 β эстрадиолом в сочетании 2 мг дроспиренона в течение 12 месяцев в постоянном режиме.

Методы исследования: Всем женщинам проводился осмотр гинеколога, цитологическое исследование мазков на атипию, УЗИ-сканирование органов малого таза, щитовидной железы, маммография. Из лабораторных методов исследования проводились РИАГ (ЛГ, ФСГ, эстрадиол (Э2), тестостерон (Т), пролактин (Пр), прогестерон (Пг), свТ3, свТ4, ТТГ) , коагуляционный гемостаз (АЧТВ, фибриноген, протромбин, МНО).

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено преобладание среднетяжелых и тяжелых форм течения климактерического синдрома. После лечения отмечалось уменьшение проявлений климактерия, на фоне лечения не выявлено увеличения ИМТ и отмечалось достоверное снижение уровней ЛГ, ФСГ и увеличение уровня Э2 и Пг ($p < 0,001$), а также повышение свТ4 (до лечения $15,78 \pm 0,24$; после лечения $16,93 \pm 0,2$, $p < 0,001$) и тенденцию к повышению свТ3 (до лечения $4,7 \pm 0,09$, после лечения $5,2 \pm 0,09$, $p < 0,01$), уровень ТТГ существенно не изменился. Показаний к изменению доз тиреоидных препаратов у пациенток не было. После лечения препаратами эстрогенов в сочетании с прогестагенами отмечалось снижение уровня общего холестерина на 8% и ЛПНП на 6% ($p < 0,001$). Изменений уровня показателей гемостаза не выявлено.

Выводы: при отсутствии противопоказаний к назначению ЗГТ целесообразно положительно оценивать назначение низкодозированных форм эстрогенов в сочетании с прогестагенами для коррекции климактерических расстройств у женщин пре и постменопаузального периода с заболеваниями щитовидной железы.

**ХОМИЛАДОРЛИК ДАВОМИДА ХОМИЛАДОРЛИК ИЛК
ТОКСИКОЗЛАРИ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА КОНИНИНГ
ЭЛЕКТРОЛИТЛАР ХОЛАТИ
Зокирова Х.А., Шодиева Х.Т.
Тошкент тиббиёт академияси**

Хомиладорлик илк токсикозлари аёл организмида хомиладорлик туфайли вужудга келган патологик холат булиб, купгина симптомлар билан намоён булади, асосийси марказий нерв системаси, кон-томирлар холати ва моддалар алмашинувининг бузилишидир. ±

Маълумотларга кўра кушишнинг ўрта даражаси 15-18%, огир даражаси эса 0,5% хомиладор аёлларда учрайди. Хомиладорликда кушиш моддалар алмашинувини бузилишига, кон таркибидаги электролитлар балансини ўзгаришига ва организм дегидратациясига олиб келади. Ўз вақтида тугри

даво чоралари олиб борилмаган холларда хомиладорликда куплаб асоратлар, яъни жараён огир даражагача утиб кетиши, хомила ривожланишдан ортда қолиши ёки тўхташи, эрта тушиш хавфи кабилар келиб чиқиши мумкин.

Изланишдан мақсадимиз: қусиш кузатилаётган хомиладор аёлларда стандарт терапияга комплекс равишда даволовчи минерал сувларни куллаб, уларни клиник самарадорлиги ва организмда ўзлаштирилишини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва методлари: Илмий ишимиз ГТА 2-клиникасида олиб борилди. Тадқиқот учун 40та қусишни урта даражасини ўтказаетган хомиладор аёллар олинди.

Бу аёлларнинг ўртача еш кўрсаткичи 25,2ни, биринчи марта хомиладор булганлар 53,3%, қайта хомиладорлар 46.7%, уртача хомиладорлик муддати 8,5 хафтани ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Клиник симптомлар буйича, кўнгилайниш, қусиш 100%, иштаха пасайиши 87.5%, холсизлик 75%, бош айланиши 55%, таъм ва хид билиш сезгиларини узгариши 17,5%, уйку бузилиши 22,5%, сулак ажралиши 20%, кабзият 67,5% аёлларда кузатилди.

Қусишни ўрта даражасини ўтказаетган хомиладор аёлларда даволовчи минерал сув билан ўтказилган комплекс терапияни самарасини баҳолаш мақсадида коннинг электролит таркибини даводан олдин ва кейин текширдик. Даволовчи минерал сув таркиби турли минераллар билан бойитилган булиб, бу минераллар хужайра ичи мето болизмини яхшилашда ва хомиладорлик токсикозини ўтказаетган аёллар холатини ижобий томонга силжишига ердан беради.

Минерал сув билан ўтказилган комплекс даводан сўнг коннинг электролит таркиби қуйидагича узгарди. Даводан олдин «К»3, $97\pm 0,05$ кейин $4,35\pm 0,06$, «Са» $2,06\pm 0,04$ - $2,47\pm 0,02$, Mg $0,78\pm 0,01$ - $0,82\pm 0,01$, Na $176\pm 1,52$ - $168\pm 1,33$.

Кузатув ва текширув натижалари шуни кўрсатдики, даволовчи минерал сув билан олиб борилган комплекс терапия натижасида хомиладор аёллар умумий ахволи қисқа муддатда яхшиланади ва коннинг электролит таркибини ижобий томонга узгаради.

RELIABILITY OF SCREENING OF SMALL CHILDREN FOR GESTATIONAL AGE USING THE DOPPLER METHOD

Ikramova Sh.A. Khotamova M.T., Saidova F.I.

Bukhara state medical institute

The aim of the study was to determine the reliability of screening of small children for the gestational period using the Doppler method.

Materials and methods of research: One of the main causes of perinatal complications, mortality and subsequent neurological diseases is a violation of fetal growth. Since small children can also be genetically small, it is very important to have accurate diagnostic methods .

Results of the study: the reliability of Doppler measurement of blood flow in the umbilical artery was determined at 28 and 34 weeks gestation. 400 women were examined for the purpose of predicting the birth of small children and

newborns with a violation of the mass index index. The sensitivity of the method was low (from 16.9 to 41.7%). The prognostic value of the negative screening test was not satisfactory.

Conclusion: thus, the study of blood flow in the umbilical artery by the Doppler method at the gestational age of 28 and 34 weeks is not informative for diagnosing and predicting fetal development disorders. However, negative results should not depreciate this method as a means of diagnosing and predicting fetal distress in high-risk pregnancies.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ- ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Исмоилова Ш.Т., Джаббарова Ю.К.

Ферганское городское медицинское объединение

Цель: изучить частоту преэклампсии и исход родов у жительниц Ферганской области, страдающих ЖДА, по данным амбулаторного звена.

Материал и методы исследования. Проведен клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 194 женщин, в том числе 94 женщин, жительниц села Ферганского района, состоявших на учете у врача общей практики в поликлиническом звене (1 группа), и у 100 женщин, состоявших на учете в семейной поликлинике г. Фергана (2 группа). Использован метод случайной выборки. У всех беременных, взятых на учет в 1-ом триместре беременности, диагностирована хроническая ЖДА. В соответствии с рекомендациями Центра контроля заболеваний США (CDC) нижней границей нормы у беременных считали уровень гемоглобина в первом и третьем триместрах 110 г/л, а во втором - 105 г/л, принимая во внимание физиологическую гемодилюцию. При оценке степени тяжести анемии использована классификация ВОЗ (2011). Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. У беременных 1 группы выявлена анемия преимущественно легкой степени (68,0%) и в 2 раза реже - средней степени тяжести (32,0%). Первородящих и повторнородящих было одинаковое количество: $48,9 \pm 5,1\%$ (46) и $51,1 \pm 5,1\%$ (48) соответственно. Среди городских жительниц ЖДА легкой степени выявлена у 27%, средней степени - у 73%, что в 2,3 раза чаще, чем у жительниц села. Этот факт очевидно связан с тем, что беременные 2-ой группы с ранних сроков не получали витаминно-минеральные добавки, и в этой группе преобладали повторнородящие (74%). Наиболее часто были диагностированы эндемический зоб - у 80 (85,1%), острые и хронические инфекции (85,4%). Всем беременным рекомендовали принимать пищу, обогащенную белком, железом и витаминами, а сельские жительницы также с ранних сроков беременности получали бесплатно витаминно-минеральный комплекс Витрум Пренатал. Железосодержащие препараты (ферромакс, сорбифер, феррофер, гемофер, гинотардиферон) принимали лишь 109 (56,2%) беременных. У всех беременных, получавших и не

получавших препараты железа, к моменту родов анемия не была купирована. Наиболее частым осложнением беременности была угроза прерывания - (54,1%) случаев, в основном гормонального генеза. Преэклампсия развилась у 17,5% беременных, из них легкая преэклампсия была у 12 (12,8%) и тяжелая - у 4 (4,2%), что намного выше данных литературы. По данным Ю.Э.Доброхотовой, И.В.Бахаревой[2016] при анемии легкой степени (НЬ 90-110 г/л) преэклампсия развилась у 7,2% беременных, тогда как у здоровых - лишь у 4%. У обследованных нами беременных выявлена зависимость частоты развития преэклампсии от степени тяжести анемии. Частота кесарева сечения составила $19,1 \pm 4,0\%$ (18)..

Выводы. Беременность у всех женщин протекала на фоне анемии и не была купирована к моменту родов, что свидетельствует о необходимости совершенствования качества антенатального ухода. ЖДА является фактором высокого риска невынашивания беременности (54,1%) и развития преэклампсии (17,5%). Уточнение патогенеза развития этих осложнений на фоне анемии у беременных требует проведения дальнейших исследований и разработки новых подходов к профилактике развития преэклампсии и терапии сочетанной патологии.

КОРРЕКЦИЯ ГЛЮКОЗАМИНИЛМУРАМИЛДИПЕПТИДОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

**Исмоилова Д.У.,¹ Мусаходжаева Д.А.,² Магзумова Н.М.,
¹ Джумаева Д.Н.**

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал,¹ Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,² Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы наружного генитального эндометриоза определяется высокой частотой этого заболевания у женщин репродуктивного возраста и его ассоциацией с бесплодием. В целом считается, что в общей популяции эндометриозом страдают приблизительно 7-12% женщин репродуктивного возраста. При этом эндометриоз диагностируется у 40-90% женщин с бесплодием. На данный момент дискутируется вопрос о роли иммунных нарушений в развитии эндометриозидных гетеротопий. Важной проблемой в настоящее время является поиск медикаментозных путей лечения эндометриоза и связанного с ним бесплодия. Одним из препаратов, действующих на клетки фагоцитарного ряда, является Ликопид, активным действующим веществом которого является ГМДП (глюкозаминилмурамилдипептид).

Целью исследования явилось изучить динамику цитокинов в сыворотке крови у женщин с бесплодием при наружном генитальном эндометриозе. Было обследовано 49 женщин. Из них 14 здоровых фертильных женщин репродуктивного возраста составили контрольную

группу, 35 женщин с наружным генитальным эндометриозом I-II стадии и бесплодием - основную группу. Пациентки основной группы были разделены на две подгруппы: I подгруппа - 20 женщин в раннем послеоперационном периоде в дополнение к традиционной терапии получали иммуномодулирующий препарат Ликопид (применялся *per os* в дозе 10 мг 1 раз в сутки в течение первых десяти дней послеоперационного периода). II подгруппа - 15 женщины с традиционным ведением послеоперационного периода (назначались антибактериальные и обезболивающие препараты), не получавшие терапию препаратом Ликопид. Обследование женщин проводилось дважды: при поступлении в стационар для проведения хирургического лечения и через 1 месяц после лечения. Для оценки исхода лечения динамическое наблюдение за женщинами основной группы проводилось в течение одного года после лапароскопии. Иммунологические исследования проводились изучением уровня провоспалительных (IL-6, MCP-1 и IFN γ) и противовоспалительного (IL-4) цитокинов методом ИФА. Проведенные исследования до лечения показали, что уровень MCP-1 и IL-4 были достоверно повышены ($P < 0,001$) у 48% женщин, при этом уровни IL-6 и IFN γ достоверно снижены ($P < 0,01$) у женщин основной группы. Разнонаправленные изменения сывороточных уровней медиаторов иммунного ответа способствуют выживанию попавших в брюшную полость клеток эндометрия как из-за снижения эффективности защитных клеточных реакций, так и благодаря повышению выработки факторов, усиливающих рост и размножение клеточных элементов. Эти процессы служат благоприятным фоном для реализации основных патогенетических механизмов развития эндометриоза.

Включение Ликопида в комплексную терапию раннего послеоперационного периода пациенток с эндометриозом оказывало положительное влияние на их репродуктивную функцию в тех случаях, когда у женщин изначально отмечались нормальные значения уровня MCP-1, а через 1 месяц после лечения происходило повышение содержания IL-6 и IFN γ . У пациенток с изначально высокими значениями MCP-1 применение Ликопида не оказывало положительного влияния на состояние репродуктивной функции.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА.

Ихтиярова Г.А., Асланова М.Ж., Хафизова Д.Б.

Бухарский медицинский институт

Иммунный баланс в функциональной системе мать-плацента-плод формируется под влиянием факторов, среди которых значительную роль играют состояние здоровья женщины перед гестацией. Поскольку нарушение плодово-материнских иммунных взаимоотношений при плацентарной недостаточности является важным звеном патогенеза, оценка цитокинового статуса должна быть неотъемлемой частью комплексного обследования беременных с антенатальной гибелью плода (АГП).

Цель исследования: изучение роли провоспалительных цитокинов при АГП, для разработки оптимальной тактики ведения и вида индукции, с одновременным прогнозированием течения родов и послеродового периода.

Материалы и методы исследования: Всего было обследовано в сыворотке крови содержание провоспалительных интерлейкинов у 65 беременных, из них 45 с АГП до и после индукции и 20 с физиологическим течением родовой деятельности.

Результаты исследования и их обсуждение: Общеизвестным фактом является, то что при АГП особое место занимает фетоплацентарная недостаточность и основными причинами которой является выраженная воспалительная реакция всего организма, в том числе и матки. Патогенезе развития антенатальной гибели плода заболеваний особое место отводится медиаторам воспаления, особенно про воспалительных таких как IL-6 и IL-8. Большой интерес представляют результаты исследования провоспалительных цитокинов и возможности использования этих данных для прогнозирования родов: о сроках, методах родоразрешения и исхода послеродового периода в акушерской практике, которые помогают для последующей разработки тактики ведения.

Также высокие значения IL-6 и IL-8 по данным Мусахаджаевой Д.А. указывают на процесс созревания шейки матки перед предстоящими родами, которые также могут послужить диагностическим маркером.

Повышение уровней провоспалительных цитокинов под действием ВУИ во II и III триместрах беременности приводит к увеличению синтеза простагландина амниотическими оболочками, способствующего преждевременному развитию родовой деятельности, исходя из этого мы смогли прогнозировать ближайшие сроки родоразрешения.

Из 45 женщин основной группы роды завершились через естественные родовые пути у – (79%), кесарево сечением – (21%). Продолжительность АГП составила от 6 до 13 суток. Сыворотку для определения цитокинов собирали на первые же сутки после поступления в стационар с диагнозом АГП. В контрольной группе также здоровым

родильницам, на 3-4 –е сутки перед выпиской. Сроки гестации в двух сравниваемых группах были идентичны. IL-6 и IL-8 относятся к провоспалительным цитокинам, концентрация которых были повышены. Содержание концентрации IL-6 повысилась в 14,3 раз, что означало генерализацию воспалительного процесса. IL-6 в основном регулирует иммунный ответ, реакции острой фазы и воспаления, тормозит синтез TNF- α , что наблюдалось и в наших исследованиях. У больных где были высокие значения IL-6, показатель TNF- α , снижался, приближаясь к нормативным данным.

Концентрация IL-8 также была высокая, где средняя концентрация составила $60,8 \pm 7,9$ пг/мл, превышая в 1,8 раз больше показателей контрольной группы, составив $35,6 \pm 10,2$ пг/мл. Местное действие IL-8 приводит к повышению проникновения активированных макрофагов, что может способствовать плацентарной дисфункции.

В целом для пациенток с декомпенсированной ХПН, которая осложнилась АГП, характерно наличие выраженных системных нарушений иммунного статуса в виде повышения в сыворотке крови уровней IL-6, IL-8.

По показателям провоспалительных интерлейкинов появилась возможность своевременного вмешательства в процесс родов, несмотря на некоторые теории, с одновременным появлением перспективы снизить случаи кровотечения и септических осложнений в послеродовом периоде. А также надо отметить, что нами полученные результаты послужат прогностическим критерием исхода заболевания.

По литературным данным [Касбулатов Ф.М., Муминова Н.Х.] повышение уровней IL-6 и IL-8 прогнозирует о крайне тяжелом состоянии пациентки или даже о ее предстоящей гибели в случае запоздалом вмешательстве. Таких результатов было у 6 (13,3%) из 45 пациенток, где окончательным диагнозом был АГП со сроком давности внутриутробной гибели до 10 дней с бактериемией. Ссылаясь на комплекс диагностических маркеров мы смогли своевременно принимать решения в пользу индукции родов в экстренном порядке, после максимальной стабилизации гемастаза.

Прогностическая ценность IL-6 и IL-8 составила 86,6% в 39 случаях и совпадала с клиникой декомпенсированной ФПН на фоне ВУИ при АГП. Анализ полученных данных показал, что изначальное повышение уровня провоспалительных цитокинов у беременных с АГП свидетельствует о наличие в организме выраженного иммунного ответа на развитие дегенеративно-воспалительных процессов, после завершения родов уже на 2-3-е сутки, при благоприятном течение патологического процесса начинало достоверно снижаться.

Вывод:

Повышенный исходный уровень провоспалительных цитокинов и последующее выраженное их снижение у больных с АГП, возможно, отражают изменение направленности иммунного ответа в процессе

лечения в результате переключения доминирующего изначально клеточного -Th-1-типа, на гуморальный, что следует расценивать как благоприятный прогностический показатель.

Достоверное повышение уровней IL-6 и IL-8 у больных с АГП позволяет использовать их в качестве дополнительных критериев иммунодиагностики и помогают к экстренному завершению беременности.

В целом прогностическая ценность провоспалительных цитокинов при АГП высокая и варьирует в пределах от 82,2% до 91%, что можно рекомендовать как одним их достоверных маркеров диагностики ФПН и как при мониторинге за течением воспалительного процесса, который возможно может развиваться послеродовом периоде и для прогнозирования исхода патологического состояния.

ИММУННАЯ СИСТЕМА ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Каримова Ф.Д., Муминова Н.Х., Гиясова М.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Гнойно-септические состояния (ГСС) в акушерстве развиваются при острых массивных кровопотерях, тяжёлых гипертониях, гнойно-септических осложнениях сопровождаются тяжёлой эндогенной интоксикацией, полиорганной недостаточностью и вторичным иммунодефицитом. Одними из основных направлений в лечении данных критических состояний является иммунокоррекция.

Целью настоящей работы явилось изучение Т-клеточного звена иммунитета и оценка клинической эффективности иммунотерапии у тяжёлых больных с гнойно-септическими состояниями.

Материалы и методы. Обследовано 51 реанимационных больных с ССВО (34), с сепсисом (7) и с тяжёлым сепсисом (11). В контрольной группе обследованы 25 пациентки. Иммуный статус больных оценивали по показателям относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), показателя иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+), пролиферативной активности клеток, фагоцитарной активности моноцитов.

С целью иммунокоррекции мы использовали препарат Полиоксидоний по бмг 2 раза в сутки регрес. Препарат способствует стимуляции фагоцитоза и ускорению хемотаксиса полиморфно-ядерных лейкоцитов в очаге инфекции, повышает гуморальный иммунный ответ, повышает неспецифическую резистентность организма к инфекциям.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинико-лабораторный анализ показал, что в группе реанимационных больных в 79% случаев регистрировалась глубокая лимфопения, снижение процентного содержания CD3+ Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD4+ и CD8+), функциональной активности Т-клеток и значительное снижение DR-моноцитов (ниже 30%). Содержание апоптотических клеток среди

свежевыделенных лимфоцитов было в 6 раз выше, чем в контрольной группе ($31,5 \pm 3,5\%$, $4,9 \pm 0,9\%$). Больные основной группы также отличались высоким уровнем индуцированного апоптоза. Максимальные значения апоптоза были отмечены у больных в случае развития полиорганной недостаточности которая наблюдалась у 8 больных.

Проведение эффективной иммунной терапии с использованием Галавита у реанимационных больных сопровождалось возрастанием ФНО-а, абсолютного количества Т-клеток, иммунорегуляторного индекса и продукции ИЛ-2. Также иммунокорректирующие эффекты Полиоксидонийс комплексной терапией способствовали регрессу клинических признаков критического состояния в течение 3-7 суток.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Каримов Д.Н., Каримова Н.Н., Орипова Ф.Ш., Ахмедов Ф.К.,
Бухарский государственный медицинский институт**

В структуре гинекологической заболеваемости детского и юношеского возраст удельный вес опухолей и опухолевидных образований яичников колеблется от 1- до 4.6 % . При этом 1-е место занимает опухолевидное образование придатков матки 40 – 50 %.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ и сравнение результатов обследования, лечение послеоперационного ведения 38 пациентки с доброкачественными образованиями яичников за период 2014- 2017 год, поступившие в отделение экстренной гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП. Больные были в возрасте от 13 до 18 лет. Из них фолликулярная киста – 7, эндометриоидная киста -12, дермоидная киста– 1, муцинозная киста – 5, параовариальная киста – 3.

1-ю группу вошли 27 больных оперированных лапароскопическим доступом. Во 2-ю группу вошли 11 больные, оперированные лапаротомическим доступом. До операции всем больным проведено общеклиническое исследование. Помимо общепринятых инструментально-лабораторных методов определяли онкомаркеры крови (СА-125), гемостазиограмму. Проводили УЗИ органов малого таза и брюшной полости, МСКТ. Объем операции решался индивидуально с учетом анамнеза, возраста и репродуктивного состояния больных: Цистомэктомия - 11, резекция кисты яичника 16, аднексэктомия – 2, овариоэктомия - 9. Больные активизированы к концу 1-го дня после операции. Среднее пребывание больных 1-й группы составила 2 дня \pm 1 к/д. 2-й группы 5 \pm 1 к/д. Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичное. У 2-х больных первой группы отмечалось нарушение менструально-овариального цикла по типу полименореи. У 3-х больных второй группы отмечался нарушение менструально-овариального цикла по

типу аменореи в течении 2-4 месяцев. При изучении отдаленных результатов после операции лапароскопическим доступом в короткий срок восстанавливалась репродуктивная функция яичников, менструальный цикл.

Таким образом, операции, проведенные лапароскопическим доступом является малотравматичным и способствуют быстрому восстановлению репродуктивного состояние девочек.

АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ

**Каримова Н.Н., Каримов Д.Н.,Орипова Ф.Ш., Саломова И.С.,
Бухарский государственный медицинский институт**

Целью нашей работы является оценить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей яичников у беременных.

Материал и методы. 73 беременных женщин с доброкачественными опухолями яичников: I группа – 13 женщины, которым хирургическое лечение выполнено во время беременности от 8 до 28 недель; II группа – 22 женщины, которым удаление опухоли произведено при родоразрешении в ходе операции кесарева сечения; III группа – 38 женщины, которым хирургическое лечение выполнено после самопроизвольных родов от 6 дней до 7 месяцев. Всем пациенткам ультразвуковое исследование проводилось при первом обращении за медицинской помощью, в сроки скрининга, при наличии показаний во время беременности, перед оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде, при наличии признаков угрозы прерывания беременности. Ультразвуковое исследование помимо эхографии включало также цветное доплеровское картирование и доплерометрию. Все удаленные доброкачественные опухоли яичников были верифицированы при гистологическом исследовании. На основании сопоставления данных определялась диагностическая ценность комплексного ультразвукового исследования (чувствительность и специфичность) в диагностике опухолей у беременных.

Результаты исследования и их обсуждение. Чувствительность и специфичность ультразвуковых методов исследования в диагностике доброкачественных эпителиальных опухолей, включая серозные, серозные папиллярные, муцинозные цистаденомы, составила 71,4 и 94,9%, зрелых кистозных тератом – 91,7 и 98,7%, эндометриоидных кист – 83,9 и 97,4% соответственно. Точность диагностики пограничных и злокачественных опухолей яичника была наибольшей и составила 90,9 и 99,1%. Наименьшей точностью характеризовалась диагностика опухолевидных образований (параовариальных, фолликулярных кист, кист желтого тела,

простых кист, лишенных выстилающего эпителия, инклюзионных, текалютеиновых кист): чувствительность – 76,1%, специфичность – 88,1%.

Заключение. Эхографическая структура доброкачественных опухолей яичников у беременных имеет ряд особенностей. В целях принятия решения о необходимости хирургического лечения во время беременности, ультразвуковое исследование у беременных с доброкачественными опухолями яичников должно носить экспертный характер и проводиться наиболее опытными специалистами, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЫ МАТКИ

Каримов Д.Н., Каримова Н.Н, Усманова Н.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

Миома матки наиболее распространенное доброкачественное новообразование матки и встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста, при этом существенно снижает репродуктивную функцию женщин. ММ до сих пор лечится в основном хирургическим путем и является наиболее частой причиной гистерэктомии.

Эмболизация маточной артерии - современной способ лечение миомы матки без хирургической операции. Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миом с помощью специальных эмболов, которой вводится в артерии матки по тонкой трубочек (катетеру) через бедро. Препарат содержит мелкие шарики (эмболы) который прикрывает артерии миомы после чего она погибает в течение нескольких часов. При миоме ЭМА вызывает прекращение кровотока по ветвям маточных артерии кровоснабжающую миому. После прекращения кровоснабжения мышечные клетки формирующую миому гибнут. В течение нескольких недель происходит их замещение соединительной тканью. Затем в процессе рассасывания этой ткани происходит значительное уменьшение или исчезновение узлов.

В исследование включены 23 пациенток 29-45 лет с симптомом миомы матки, планирующие беременность и получавшие консервативное лечение и которым планировалось хирургическое лечение.

По результатам исследования выявлено у 14 (60%) женщины в течение 7-9 ти дней наступила аменорея. После лечение отчетливо уменьшение анемии (легкой степени у 98 (46%) женщин, нормальный уровень гемоглобина у 106 (53%). Среднее значение уменьшения размеров матки составило 30,7% (минимальное -8% , с 415 до 380 см³ , максимальное -70% , с 1180 до 270 см³) , ММ- на 25.8% (минимальное 12% , с 285 до 251 см³, максимальное 45%, с 849 до 327 см³) У 50% (23,1%) женщин размеры матки и миоматозных узлов не изменилось. 20 (92,3%) пациенткам была успешно произведена ЭМА, которым не пришлось удалить репродуктивный орган.

Достижение аменореи у большинства пациенток можно считать важным терапевтическим эффектом для больных, страдающих аномальными маточными кровотечениями на фоне миомы матки и нуждающихся в отсроченном хирургическом лечении. Для оценки возможности назначения ЭМА с целью избежать хирургического лечения необходимо оценить долгосрочные результаты после проведения нескольких курсов.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ОСТАНОВКИ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Каримова Н.Н., Комилжонова О.О., Жумаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Частота кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8%. (3,4).

Цель исследования: Оценить методы реабилитации женщин перенесших массивное кровотечение и характеристика показателей качества жизни в отдаленный период (3 мес-1 год) после родов.

Материалы и методы исследования: Обследованы 73 женщины после массивного акушерского кровотечения. Из них: по поводу преэклампсии тяжелой степени 31 (42,4%) женщин, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты 15 (20,5%), центрального и низкого расположения плаценты 14 (19,2%), анемии тяжелой степени 13 (17,8%). Пациентки разделены на 2 группы: 1-я группа – женщины 22 (30,1%), перенесшие органосохраняющей операций с целью остановки кровотечения, 2-я группа – женщины, 51 (69,8%) перенесшие массивное кровотечение с остановкой консервативными методами, без лапаротомии.

Оценка качества жизни пациенток проводилась на основании опроса. Вопросы анкеты включали показатели работы вегетативной нервной системы, качества сна, наличие и выраженность депрессивных состояний сразу после операции и в период от 5-6 до 12 мес после лечения. Для оценки эмоциональной сферы были предложен тест Бека (наличие и степень депрессивного состояния), анкета субъективных характеристик сна. Сроки заполнения анкет-1-е сутки после оперативного лечения и период от 3 до 6 мес после лечения, анализ субъективных характеристик сна – до родов и в период от 3 до 6 мес после лечения.

После осложненных родов анкетирование проведено всем пациенткам. Страх перед повторным кровотечением отмечен у 18 (90%) пациенток 1-й группы и 21 (41,2%) женщины из 2-й группы. Головная боль и головокружение отмечались в 1,7 раза, а чувства прилива жара к лицу в 1,4 раза чаще у больных 1-й группы. Снижение работоспособности в 2,8 раза чаще, а такие симптомы, как плаксивость, раздражительность,

потливость, нарушение сна, в среднем в 2 раза чаще выявлены у пациенток 1-й группы. Прибавка в массе более 4 кг через 6-12 мес после операции отмечена у пациенток 2-й группы в 2,5 раза реже.

Наличие и степень депрессивного состояния оценивалась по тесту Бека. Констатировалась наличие депрессивного состояния при количестве 10 баллов и выше, легкая степень – от 10 до 15, средняя – от 16 до 19 баллов. Среди больных 1-й группы в 1-е сутки после операции менее 10 баллов отмечено у 11 (50%) женщин, от 10 до 15 баллов – у 8 (36,3%), от 16 до 19 баллов – 3 (13,6%), через 3-6 мес после операции – соответственно у 63,7, 22,4 и 13,8%.

Среди пациенток 2-й группы в 1-е сутки после операции менее 10 баллов отмечено у 37 (72,5%) женщин, от 10 до 15 баллов – у 10 (19,6%), от 16 до 19 баллов – 4 (7,8%), через 3-6 мес после осложненных родов – соответственно у 82,8, 14,1 и 3,1%. Анализ качества сна проводился по анкете больной оценки субъективных характеристик сна (время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, сновидения, качества сна, качества пробуждения). По этой анкете нормой считаются показатели от 20 до 30 баллов. Показатели менее 20 баллов характеризуют различные виды нарушений сна. Оценивали сон пациенток до в сроки от 3 до 6 мес после осложненных родов. В 1-й группе больных этот показатель составил соответственно $24,2 \pm 1,1$ и $27,1 \pm 1,5$ балла, во 2-й группе – $19,6 \pm 0,9$ и $20,4 \pm 0,9$ балла.

Таким образом, изменения вегетативной нервной системы, показатели наличия и выраженности депрессивных состояний и качества сна значительно меньше и быстрее восстанавливается, чем у пациенток после оперативных вмешательств.

Использование традиционных лечебно-реабилитационных мер приводит к улучшению показателей качества жизни после осложненных родов у 15,4% женщин. Применение консервативных методов остановки кровотечения, органосохраняющий объем оперативных вмешательств позволяет увеличить данный показатель до 73,3%.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ L- АРГИНИНОМ

Каримов А.Х.

Ташкентская медицинская академия,

Актуальность проблемы. Фетоплацентарная недостаточность остается ведущей причиной высокой заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на этапах последующего развития. Поэтому проблема плацентарной недостаточности и задержки внутриутробного развития плода приобретает не только клиническую, но и социальную значимость.

Цель работы: определение ультразвуковых (УЗ) критериев плацентарной дисфункции и контроль эффективности лечения.

Материалы и методы исследования. 60 беременных с плацентарной дисфункцией во II и III триместрах беременности. Этапы УЗ диагностики плацентарной дисфункции:

1 этап. Ранняя УЗ диагностика нарушений плацентации в I триместре беременности основана на 2D-визуализации ретрохориальных гематом, гипертонуса миометрия, регистрации высокорезистентного кровотока в маточных и спиральных артериях.

2 этап. Метод визуализации плацентарного кровотока *in vivo* на основе 3D энергетической доплерометрии для обнаружения патологической васкуляризации плаценты в I–II триместре. Определяли: бипариетальный размер головки (БПР), окружность живота (ОЖ), длину бедра (ДБ), локализацию, толщину и степень зрелости плаценты, количество околоплодных вод.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностические УЗ критерии плацентарной дисфункции: Плацента приобретает свою эхографическую картину в начале второго триместра беременности. В течении II и III триместра беременности толщина плаценты соответствует 2-3,6 см. Уменьшение менее чем 2 см расценивается как гипоплазия, увеличение свыше 4 см, как гиперплазия. Преждевременное старение плаценты выявлено в 77,3 %, также в 4,5% выявлено наличие кист плацентарной ткани. Мутные околоплодные воды (59,09%), в 27,3% случаев отмечено маловодие. В 24 нед. отставание длины бедра плода на 9,04% - меньше ($p < 0,05$). Практически в равных соотношениях встречаются нарушения кровообращения в маточно-плацентарном и плодово- плацентарном кровотоках (28,3% / 26,7 %). Нарушение кровотока на двух уровнях, не достигающее критических значений выявлено у 10% беременных, что в 5,5 раз реже, чем встречаемость НК 1а и НК 1б степени в сумме. При развитии НК 2 степени частота встречаемости синдрома ограничения роста плода составляет 16,7 %.

В начале исследования беременных женщин основной группы достоверного отставания БПР головки и ОЖ плода не выявлено, тогда как в сроке 25-27 недель ДБ плода составила $47,33 \pm 2,08$ мм, что по сравнению с ДБ плода в контрольной группе $52 \pm 3,08$ мм на 9,04% меньше ($p < 0,05$). В доношенном сроке, после получения терапии L- аргинином, достоверной разницы нет.

В то же время у категории женщин получавших Тивортин в сроке 30-31 неделя, в доношенном сроке беременности отмечается достоверное ($p < 0,05$) отставание БПР и ОЖ плода на 4,7% и 6,8 % соответственно.

У беременных получавших L-аргинин в 25-29 недель беременности, происходит достоверное снижение индекса резистентности в 25-29 нед. в артерии пуповины ($p < 0,01$) с $0,68 \pm 0,09$ до $0,58 \pm 0,05$ в доношенном сроке гестации, снижение ИР маточной артерии ($p < 0,05$) с $0,58 \pm 0,16$ до $0,43 \pm$

0,08. Также происходит достоверное снижение кровотока в средней мозговой артерии ($p < 0,05$), ИР в 25-29 недель гестации равен $1,05 \pm 0,23$; в 37-40 недель $1,27 \pm 0,19$.

У беременных получавших L-аргинин в 30-34 недели беременности выявлено достоверное снижение ИР маточной артерии с $0,55 \pm 0,16$ в 30-34 недели до $0,39 \pm 0,1$ перед родоразрешением ($p < 0,01$), и достоверное ($p < 0,05$) увеличение ИР средней мозговой артерии с $0,88 \pm 0,29$ в 30-34 недели до $1,13 \pm 0,25$ в 37-40 недель.

Закключение. Своевременное начало терапии нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока во втором триместре эффективнее, чем в третьем.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Каюмова Г. М., Саркисова Л.В

Бухарский государственный медицинский институт

Проблема причины преждевременных родов в настоящее время далека до своего решения. Существует большое количество гипотез, объясняющих преждевременное начало родовой деятельности. Однако все они, к сожалению, не позволяют точно прогнозировать недонашивание беременности, а большинство из них можно использовать для объяснения начала родов только ретроспективно.

Целью настоящего исследования явилось оценить параметры центральной гемодинамики маточного кровотока при недонашивании беременности в III триместре.

Материалы и методы. Проведено исследование центральной гемодинамики в маточно-плацентарного кровотока у 45 беременных со спонтанно начавшимися преждевременными родами в сроке 29-недель-36 недель 6 дней. Исследование проводилось у женщин, поступивших в акушерский стационар с клиникой угрожавших или начинавшихся преждевременных родов до проведения токолитической терапии. Оценивались ударный и минутный объёмы кровообращения, сердечный индекс: общие периферическое сосудистое сопротивление, среднее-артериальное давление, а также пульсационный индекс в правой и левой маточных артериях и артерии пуповины. Исследование ударного объёма проводилось методом импульсно-волновой доплер-эхокардиографии. Контрольную группу составили 40 беременных завершившие беременность в доношенном сроке. Эти женщины также были обследованы в сроки 28 недель-36 недель 6 дней. В исследование включены только женщины с одноплодной беременностью, с отсутствием синдрома артериальной гипертензии и без внутриутробной задержки роста плода.

Результаты исследования и их обсуждение. Для беременности, завершившейся преждевременными родами, в сравнении с неосложнённым

гестационным процессом характерны достоверно более низкие показатели ударного объёма ($60,5 \pm 0,1$ л/мин против $76,1 \pm 8,1$ мл соответственно $p=0,001$), и минутного объёма ($4,6 \pm 0,5$ л/мин против $5,9 \pm 1,0$ л/мин соответственно, $p=0,001$), сердечного индекса ($2,6 \pm 0,3$ л/мин/ м² против $3,7 \pm 0,8$ л/мин/ м² соответственно, $p=0,001$) и достоверно более высокие значения общего периферического сосудистого сопротивления (1379 ± 108 динхсхсм⁵ против 1174 ± 185 динхсхсм⁵, соответственно, $p=0,001$). При этом, величины среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений были сопоставимы в обеих группах ($86,6 \pm 8,1$ мм Нг при неосложненной беременности и $81,5 \pm 5,6$ мм Нг при преждевременных родах, $p=0,14$: $83,2 \pm 8,3$ при неосложненной беременности и $79,2 \pm 4,4$ при преждевременных родах, $p=0,13$).

Показатели пульсационного индекса в правой маточной артерии и артерии пуповины были сопоставимы в основной и контрольных группах (правая маточная артерии при неосложнённой беременности $0,81 \pm 0,22$, при преждевременных родах $1,15 \pm 0,61$, $p=0,09$: артерии пуповины при неосложнённой беременности $0,95 \pm 0,22$ при преждевременных родах $1,16 \pm 0,25$, $p=0,06$), тогда как его величина в левой маточной артерии при недонашивании беременности были достоверно выше, в сравнении с неосложнённым гестационным процессом ($1,08 \pm 0,23$ против $0,82 \pm 0,20$ соответственно, $p=0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о возможном наличии гиповолемии при недонашивании беременности, которая в свою очередь является следствием неадекватной адаптации сердечно-сосудистой системы к беременности.

Это объединяет преждевременные роды с другими специфическими осложнениями гестационного процесса - преэклампсией и внутриутробной задержкой роста плода в так называемой - материнский плацентарный синдром-, для которого характерны осложнённые объёмные показатели кровообращения.

По мнению ряда исследователей, развитие данного синдрома при беременности увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений в последующие годы жизни. Высокие значения пульсационного индекса в левой маточной артерии при преждевременных родах возможно, указывает на ведущую роль этой артерии в кровоснабжении миометрии, и наряду с объёмными показателями кровообращения могут быть использованы для прогноза преждевременных родов в сроки 28 недель-36 недель 6 дней.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Каюмова Г. М., Саркисова Л.В.

Бухарский государственный медицинский институт

Охрана материнства и детства – это особая отрасль здравоохранения, приоритетное направление социальной политики любого государства.

Последние десятилетия сопровождались ухудшением социально-экономической и экологической ситуации, что оказало негативное влияние на здоровье женщин, привело к увеличению группы беременных с нарушением массы тела, что рассматривается как фактор риска перинатальной и младенческой патологии. Своевременная диагностика и профилактика различных осложнений течения беременности, поиск рациональных методов подготовки к беременности и ведения беременных, становятся важным аспектом современного акушерства, перинатологии и педиатрии.

В качестве пускового механизма данных осложнений можно рассматривать нарушение взаимодействия инвазивного цитотрофобласта и материнских факторов, приводящее к неполноценной физиологической трансформации стенок спиральных артерий, нарушению кровоснабжения плаценты в виде чередования ее ишемии и реперфузии, а также к генерализации и чрезмерной выраженности оксидативного стресса и системного воспалительного ответа [1].

Цель исследования – оценить особенности состояния плаценты у женщин при преждевременных родах.

Материалы и методы. Нами было обследовано 50 беременных женщин, беременность у которых закончилась преждевременными родами при сроке гестации 28-36 недель. Всем пациенткам было проведено комплексное исследование, включающее морфологическую оценку состояния плаценты. Были оценены следующие показатели: соответствие плаценты гестационному сроку, нарушение созревания ворсин, патологическая незрелость плаценты, стеноз сосудов пуповины, инволютивно-дистрофические изменения, компенсаторные реакции, инфицирование плаценты, фуникулит, плацентарный хориоамнионит, париетальный хориоамнионит, париетальный децидуит, базальный децидуит, интервиллузит, виллузит, возбудители инфекции; наличие другой патологии плаценты: очаговой гиповаскуляризации, облитерирующей ангиопатии, межворсинчатых кровоизлияний, гипоплазии, кровоизлияний в плодные оболочки, дилатации всех опорных ворсин.

Результаты исследования и их обсуждение. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был у 57,7% рожениц, ВУИ имели 73,3%, преэклампсия различной степени тяжести – 17,7%, многоводие – 24,4%. Предлежание плаценты – 2,2%, ПОНРП – 4,4%. В 75,5% случаев было преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, безводный промежуток составил в среднем 22+0,5ч. Продолжительность 1-го периода родов в среднем составила 8,1+0,4ч, 2-го периода – 0,36+0,02ч. Средняя кровопотеря не превышала допустимую. С целью установления морфологических особенностей последов при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования последов при преждевременных родах со 100 результатами при срочных

родах (группа сравнения), при которых беременность осложнялась угрозой прерывания во 2-3 триместрах. Макроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2%), парацентральное (52,8%), краевое (34%). Поверхность мелкодольчатая. В 20,0% случаях основной группы и в 5,0% группы сравнение по периферии имелись циркулярные инфаркты (placentalcircumvalata или marginata). Клиновидной формы белые инфаркты в диаметре от 1 до 3 см имелись соответственно в 24,4% и в 7% случаев. Особенность последов при преждевременных родах – обнаружение в 100% исследований признаков воспаления, которая характеризовалась очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным децидуитом (44,4%), очаговым серозно-гнойным мембранитом (24,4%), сочетанием мембранита с децидуитом и серозно-гнойным виллузитом (22,2%), и с фунгикулитом и васкулитом (9,0%). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявились и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 22%.

Закключение. Таким образом, морфологическими особенностями плацент при преждевременных родах - являются: инфекционное поражение и хроническая фетоплацентарная недостаточность с нарушением кровотока в самой плаценте и неспособность плаценты к компенсаторной гиперпродукции новых ворсин по типу «свежей» волны инвазии хориона.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА КАК ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

Курбаниязова М.З., Сапарбаева Н.Р., Матризаева Г.Д.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал

За последние годы значительно увеличилась частота гинекологических заболеваний связанные с нарушением менструального цикла и которые в дальнейшем могут привести к потере или затруднению выполнения репродуктивной функции. Структура заболеваемости зависит от возраста пациенток. Среди подростков 11-16 лет преобладают различные нарушения менструального цикла (НМЦ). НМЦ в пубертатном периоде возникают у каждой третьей девушки.

Цель работы: оценка применения адекватной гормональной терапии у девушек-подростков с нарушением менструальной функции.

Материалы и методы: В условиях амбулаторного приёма было проведено обследование и наблюдение 72 девушек-школьниц с нарушением менструального цикла. По характеру патологии больные распределились следующим образом: с гипоменструальным синдромом – 28, с дисменореей+ПМС – 25, с гиперандрогениями – 12, с ювенильным кровотечением – 6.

Было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование: сбор жалоб, степени физического и полового развития, характер менструальной функции.

УЗИ органов малого таза, консультация смежных специалистов-педиатров для определения соматического здоровья девушек; оценка гормонального профиля (определение уровня гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови – до лечения и через 3-6 мес. после лечения). Девушки с дисменореей и гипоменструальным синдромом принимали оральные контрацептивы в режиме 24+4 содержащий 0,02мг этинилэстрадиола+3мг дроспиренона; девушки с гиперандрогенией принимали оральные контрацептивы в режиме 21+7 содержащий 0,035мг этинилэстрадиола+2мг ципротерона ацетата; с ювенильным кровотечением принимали оральные контрацептивы содержащие 0,03мг этинилэстрадиола+0,15мг дезогестрел по гемостатической схеме начиная с 4 таблеток затем постепенно уменьшая до 1 таблетки в течение 21 дня. Прием препаратов продолжались от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Основной жалобой было отсутствие менструаций или нарушение по типу аменореи II, опсоменореи или гиперполименореи (при ЮМК). При изучении состояния соматического здоровья девочек установлено, что у 93% из них имелись экстрагенитальные заболевания, причем у 48% определялись 2 и более соматических заболевания. У 60% - патология органов пищеварения, 47% - вегетососудистая дистония, 52% - патология щитовидной железы, 25% имели хроническую патологию ЛОР-органов. У больных с ЮМК имело место анемия II-III ст. тяжести в 40% случаев. При УЗИ матка и яичники были гипопластичны, фолликулы мелкие, единичные до 1-3 мм в диаметре. М-Эхо в виде полоски – 1-3 мм. Нарушение менструальной функции по типу аменореи I и II типа, опсоменореи. После проведенного курса лечения гормональными оральными контрацептивами девушки были осмотрены и обследованы. Они отметили что признаки предменструального синдрома исчезли у 19 (68%), у девушек с гиперандрогенией исчезла сальность головы и акне 8(66,6%), а у девушек с ЮМК рецидива после прекращения приёма ОК не отмечалось в течение года.

Выводы: Таким образом, нарушения менструальной функции в подростковом возрасте сопровождается нарушениями физического и полового созревания, у 93% протекают на фоне экстрагенитальной патологии с формированием нарушений гормонального профиля. Использование гормональных препаратов с учетом показаний при разной гинекологической патологии даёт высокую клиническую эффективность.

DELIVERY OF PATIENTS WITH PREMATURE OUTPOURING OF AMNIOTIC FLUID IN TERM OF FULL-TERM PREGNANCY IN TERMS OF THE RISK OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY COMPLICATIONS.

Kudratova D.Sh.

Bukhara state medical institute

Premature (prenatal) outpouring of amniotic fluid (DIV) is one of the most common complications of pregnancy and childbirth, its frequency reaches 20% and has no tendency to decrease. Against the background of this complication, there is an increase in the incidence of complications from both the mother and the fetus. The purpose of the study was to study the features of the delivery of patients with premature outpouring of amniotic fluid in term of pregnancy in terms of the risk of infectious and inflammatory complications.

Materials and methods. In the observation groups, we examined 100 pregnant women. The gestation period was 39-40 weeks in 25 pregnant women (group 1), 41 weeks in 50 pregnant women - group 2, 42 or more weeks in 25 pregnant women - group 3. The markers of the inflammatory response (the concentration of a highly sensitive C-reactive protein, procalcitonin and the absolute amount of neutrophilic leukocytes in peripheral blood) in patients with the presence or absence of risk factors for infectious-inflammatory DIV infection, various duration of the anhydrous period, as well as the presence of infectious and inflammatory changes in placenta and amniotic membranes.

Results and discussion. The results of the study revealed clinical and anamnestic risk factors for premature discharge of amniotic fluid in term of pregnancy and informative laboratory markers of the inflammatory response, inflammatory changes in the placenta and amniotic membranes. The level of high-sensitivity C-reactive protein and the absolute number of neutrophilic leukocytes have acceptable for practical use characteristics of clinical informativity. The proposed differential approach to the management of pregnant women with premature outpouring of amniotic fluid suggests the use of conservative-expectant management for 12 hours in the absence of risk factors for infectious-inflammatory DIV infection and C-reactive protein values $<7.2 \text{ mg / L}$, active-expectant management patients with the presence of similar risk factors, but the absence of an increase in the rates of inflammatory response and active tactics - in women with a high risk of infectious and inflammatory complications (op Diet of risk factors of DIA infectious-inflammatory character with C-reactive protein index $> 7.2 \text{ mg / l}$). In the management of patients with premature outpouring of amniotic fluid according to the proposed, most women (96%) developed spontaneous labor, and only 4% of women underwent drug delivery, which is 3 times less than in women administered according to standard diagnostic protocols.

Thus, the application of the proposed algorithm allows minimizing obstetric aggression and increases the specific weight of physiological births, contributing to the improvement of maternal health ray and newborn.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ (НИФЕДИПИН)

Мадаминова Н.Э., Абдилхаева З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Преждевременные роды являются причиной 65% неонатальных смертей и 50% неврологических нарушений в детском возрасте. Дородовый разрыв околоплодного пузыря приводит к 82% преждевременных родов.

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата нифедипина.

Материалы и методы исследования: нами исследовано 60 беременных с угрозой преждевременных родов. Срок беременных 23-26 нед., возраст 20-25 лет – 46,7%; 25-30 лет – 53,3%; первобеременные – 58,2%; повторнобеременные – 41,8%; сос сроком 22-28 нед. – 2,9%, 28-30 нед. – 10,2%; 31-33 нед. – 14,1%; 34-36 нед. – 72,8%. С анемией 1 степени – 91,4%; 2 степени – 8,5%. В анамнезе: позднее менархе – 5,9%; самопроизвольные выкидыши – 19,7%; преждевременные роды – 15%; неразвивающаяся беременность – 3%. Для исследования женщин разделили на 2 группы. В 1-группе – 35 беременных, которым провели лечение нифедипином по 10 мг по 1 таб. 3 раза сублингвально. В 2-группе – 25 беременных, которым применялись традиционные препараты (сульфат магния, бета-миметики, спазмолитики). Всем беременным провели общеклиническое обследование и 8,7% женщин обследованы на наличие ТОРСН инфекции. Диагноз подтверждался УЗИ и ЭХОКГ плода.

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-группе – беременность осложнилось маловодием – 26%; задержкой развития плода – 8%; гипертензивным состоянием – 7,4%; легкой преэклампсией – 8,5%; кольпитом – у 18,7%.

В 1-группе нифедипин применялся по 1 таб. в течение 7 дней. При выраженной клинической картине дозу увеличили до 60 мг/в сут. К концу 1-суток сократительная способность матки снизилась у 5%; в последующие дни у 12%. В 1-группе выявлено в 2 раза более быстрое снижение сократительной способности матки в течение первых 3-суток, чем во 2-группе, где применялись традиционные методы, что подтверждалось клинически. Пребывание беременных в стационаре уменьшилось в 1,5 раза. Побочных явлений от нифедипина не было. Беременность пролонгировали у 58% женщин 1-группы. Состояние плода при оценке УЗИ и ЭХОКГ оставалось в пределах нормы. Во 2-группе симптомы уменьшались в более поздние сроки, пребывание их в стационаре доходило до 12-13 дней. Беременность не удалось сохранить у 15 женщин, несмотря на проводимую терапию.

Выводы: таким образом, применение нифедипина до 60 мг/в сут. дает эффект при угрозе преждевременных родов. На состояние плода нифедипин отрицательных действий не оказывает.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕПАРАТОМ КАЛЬЦИЯ

Мадумарова З.И., Садыкова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия

Гипертонические расстройства, как преэклампсия и эклампсия, относятся к одним из основных причин материнской и перинатальной смертности изаболеваемости во всем мире. По оценкам, гипертония осложняет 5% всех беременностей и 11% первых беременностей, половина которых связана с преэклампсией и ежегодно составляет до 40000 случаев смерти матери. Преждевременные роды, спонтанные и индуцированные, обычно связаны с гипертоническими расстройствами. Это главная причина ранней неонатальной смертности и детской смертности, особенно в странах с низким уровнем дохода. По этой причине, во всём мире стратегия снижения риска гипертензивных расстройств беременности получили значительное внимание.

Обычно на ранних этапах беременности кровяное давление падает, а затем постепенно поднимается до самого конца беременности. Низкий уровень потребления кальция нарушает этот баланс и повышает риск развития различных осложнений во время беременности и родов.

Цель исследования: Изучить влияния суплементации кальция с целью профилактики развития гипертензивных нарушений у беременных с факторами риска.

Материал и методы исследования: Работа выполнена на базе 2 клиника ТМА. Для исследования взяли 2 группы женщин. 1 группа включила в себя 20 беременных с факторами риска на развитии гипертензивных нарушений и принимавшие препараты кальция. 2 группу составили 20 беременных с факторами риска без профилактических мероприятий. Во время исследования мы определили минеральную плотность костных тканей у 26 беременных и основываясь на этих данных назначили препараты кальция от 12 недель до конца беременности. У 20 из 26 беременных (76.9%) в денситометрии определили остеопению и назначили жемчужный кальций по 75 мг 2 раза в день от 12 недель до конца беременности.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении женщин по группам, наименьшая встречаемость гипертензивных осложнений была выявлена во I группе. 1/20 (5%) тяжелая преэклампсия, 3/20 (15%) легкая преэклампсия, 3/2 (15%) гестационная гипертензия. При этом значительно больший процент гипертензивных нарушений среди исследуемых наблюдался во 2 группе. 4/20 (20%) тяжелая преэклампсия, 2/20 (10%) легкая преэклампсия, 5/20 (25%) гестационная гипертензия, 3/20 (15%) хроническая гипертензия.

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о том, что ежедневный прием жемчужного кальция в непрерывном режиме с 12 недельного срока гестации снижает почти вдвое возникновение

акушерских и перинатальных осложнений. Основываясь на новейших представлениях о принципиально значимых ранних и отдаленных эффектах Са на здоровье потомства и самой беременной, первичная профилактика гипертензивных нарушений на современном этапе вполне достижимая задача акушерского приёма.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИМАКТЕРИИ

Мирходжаева С.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Мировая женская популяция не только растет, но и «седеет». К концу 20 века 10% ее составят женщины в постменопаузе. Через феномен менопаузы ежегодно проходят 25 млн женщин, а к 2014 г. планируется увеличение этого числа до 1,2 млрд. Проблемы урогенитального старения становятся ведущими через 3-5 лет постменопаузы. К 55-60 годам каждая женщина отмечает симптомы урогенитальной атрофии, а к 75 годам 2/3 женщин страдает урогенитальными расстройствами, причем с возрастом их тяжесть увеличивается.

Урогенитальные расстройства значительно снижают качество жизни женщин в климактерии. Понятие «качества жизни» является очень субъективным, однако существует определение, оптимально выражающее его.

Качество жизни – оптимальное состояние, в котором физические, эмоциональные и социальные аспекты жизни человека не подвержены влиянию заболевания или его лечения.

На сегодняшний день объективная оценка изменения качества жизни должна быть составной частью любых попыток оценить влияние заболеваний или эффект медицинского вмешательства на повседневную жизнь.

Оценка качества жизни произведена по специально разработанной анкете у 50 женщин с урогенитальными расстройствами с наиболее ранним климактерическим расстройством – климактерическим синдромом. Оценка симптомов составила:

- вегетативно-сосудистые 18,5 + 2.7 балла (3-24 балла)
- психо-эмоциональные нарушения 42,4 + 4.25 (7-56 баллов)
- физические нарушения 65,4 + 7.2 (14-114 баллов)
- урогенитальные расстройства 36,5 + 3.65 (5-40 баллов)

Максимально негативная оценка качества жизни, заложенная в данный вопросник составляет 232 балла. Отсутствие симптомов и оптимальное качество жизни оценивается 29 баллами. Суммарная балльная оценка качества жизни в нашем исследовании составляет 162,8 + 14,85 баллов, что свидетельствует о значительном снижении качества жизни у женщин с урогенитальными расстройствами, и развитие у них психо-эмоциональных нарушений весьма значительно.

Проведение заместительной гормонотерапии («фемостон») улучшает качество жизни на 30% к концу 3-го месяца лечения, к концу 6-го месяца на 50% и на 2/3 к концу года лечения. Заместительная гормонотерапия является основным методом улучшения качества жизни у женщин в климактерии, и в том числе у женщин с урогенитальными расстройствами.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Махмудова С. Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

Все чаще среди осложнений беременности звучит термин «преэклампсия». Это серьезная патология, которая требует особого внимания будущей мамы и специалиста с первых дней беременности. Зная причины преэклампсии, методы диагностики и способы профилактики можно избежать многих проблем. Преэклампсия – одно из самых тяжелых осложнений в акушерстве, определяющее высокие показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [4]. Существует множество гипотез возникновения данного осложнения беременности, среди которых наиболее актуальной представляется теория, рассматривающая преэклампсию как мультифакториальное заболевание, в развитии которого участвует множество генетических и средовых факторов. Возможность выявления наследственных факторов риска до беременности позволит своевременно оценить вероятность развития преэклампсии и назначить профилактическое лечение. До сих пор нет новых ранних методов прогнозирования преэклампсии и эклампсии у женщин репродуктивного возраста. Преэклампсия определяется как гипертензия и протеинурия во второй половине беременности и является одним из самых сложных заболеваний, известных в акушерстве. Несмотря на то, что мы добились прогресса в отношении раскрытия патофизиологии преэклампсии, конфликтующие теории все еще существуют, и дискуссия безусловно, жива. До настоящего времени, несмотря на достигнутый высокий уровень ряда медицинских технологий, многие вопросы, посвященные проблеме преэклампсии, остаются малоизученными, спорными и противоречивыми.

Цель настоящего исследования – изучить современные методы прогнозирования и ранней диагностики преэклампсии.

Материалы и методы исследования: Новый лабораторный анализ основан на определении соотношения концентраций белка sFlt-1 и плацентарного фактора роста (ПФР, PlGF) в сыворотке крови. Плацентарный фактор роста PlGF — это белок семейства цитокинов, синтезируемый в плаценте, мощный стимулятор ангиогенеза — появления новых сосудов. Белок sFlt-1, растворимая fms-подобная тирозинкиназы-1 — это антагонист ПФР. При нормальной беременности плацента продуцирует малые количества PlGF (плацентарный фактор роста) и его

антагониста, sFlt-1 (растворимая fms-подобная тирозинкиназа1, вариант рецептора VEGFR-1). При преэклампсии, повышенный синтез sFlt-1 приводит к снижению уровня свободно циркулирующего PlGF, что ассоциируется с дисфункцией эндотелиальных клеток, что проявляется гипертензией, протеинурией и другими симптомами.

Выводы:Определение соотношения концентраций белка sFlt-1 и плацентарного фактора роста (ПФР, PlGF) в сыворотке крови может быть использовано в качестве предгравидарного прогнозирования и доклинической диагностики преэклампсии. Это позволит выделить группы риска развития преэклампсии и провести раннее оздоровление женщин до и во время беременности с целью улучшения исхода беременности и родов.

THE SOLUTION OF SUCH A PROBLEM AS BACTERIAL VAGINOSIS IN FEMALE

Matrizayeva G.D., Saparbayeva N.R.

Tashkent medical academy, Urgench branch

Objectives. The complex study a condition of vaginal microbiocenosis in women with diagnosed of bacterial disbiosis and compare efficiency intravaginal preparations containing metronidazole + miconazole (Neo-Penotran Forte) and ascorbic acid (Vaginorm C). To evaluate the possibility of D-lactate investigation in the diagnosing and assessment of treatment efficacy in case of inflammatory and dysbiotic states of the lower genital tract.

Material and methods. 48 female patient with diagnosis bacterial vaginosis are participated in the study. D-lactate concentration has been studied in the material taken from the vagina in 48 women with bacterial vaginosis, 25 women with nonspecific vaginitis, 23 women with normal vaginal biocenosis.

Results. The treatment with Neo-Penotran Forte showed more pronounced clinical and laboratory effect both at the first and the second visits in comparison with Vaginorm C.

The etiologic component of the lower genital tract inflammation (vaginitis) in women of the reproductive age in the majority of cases is represented by a nonspecific bacterial flora: Ent. Faecalis (40% of the total number of cases of positive cultures), St. epidermidis (33%), Str. Haemolyticus (17%), U. Urealyticum (9%). The median of D-lactate concentration in the material obtained from the posterior vaginal vault in women without any signs of inflammation and with normal microbiocenosis is 26,4 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$. The median of D-lactate concentration in female patients with the diagnosed vaginal inflammation and bacterial vaginosis, regardless of the bacterial agent causing the inflammatory process, is statistically significantly lower ($p=0,0001$) and makes up 12,7 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$. The value of D-lactate amounting to 16,9 $\mu\text{mol} / (1 \times \text{g})$ is the point of the diagnostic division of the pathological process and normal microbiocenosis, sensitivity and specificity respectively. High sensitivity and specificity of the test for determining the level of D-lactate in the material

obtained from the vaginal vaults enable its usage as a universal criterion of the presence of an inflammation of the bacterial etiology and the state of the vaginal ecosystem.

Summary: The most effective scheme of bacterial vaginosis treatment is metronidazole and miconazole combination. The results showed that in 85% the improvement was for women who used intravaginal introduction metronidazole + miconazole, than at women who applied ascorbic acid which has made 50%.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ РОДОВ

Мухамедов Б.З.

Ташкентская медицинская академия

По полученным данным ежедневно около 830 женщин умирают от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами. Материнская смертность в больших случаях происходит именно в развивающихся стран и это в цифрах 99%. Женщины умирают в результате развития осложнений во время и после беременности и родов. Большинство из этих осложнений развивается во время беременности и их можно предотвратить. Другие осложнения могут существовать до беременности, но усугубляться во время беременности, особенно если они не находятся под наблюдением. Основными осложнениями, которые приводят к 75% всех случаев материнской смерти, являются следующие:

- сильное кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение);
- инфекции (обычно после родов);
- высокое кровяное давление во время беременности (предэклампсия и эклампсия);
- послеродовые осложнения;
- небезопасный аборт.

В остальных случаях причинами являются такие болезни, как ВИЧ/СПИД во время беременности, или связанные с ними проблемы. По поступающим информациям более высокие показатели материнской смертности наблюдаются в среди бедных семьях и проживающих в сельских районах. Самый высокий риск материнской смерти угрожает девушкам-подросткам в возрасте до 15 лет. Осложнения во время беременности и родов являются основной причиной смерти среди девушек подросткового возраста. Большинство случаев материнской смерти можно предотвратить, так как медицинские методы предотвращения осложнений или их ведения хорошо известны. Всем женщинам необходимо доступ к дородовому наблюдению во время беременности, квалифицированной помощи во время родов и помощи и поддержке на протяжении нескольких недель после родов. Здоровье матери и здоровье новорожденного тесно связаны. По оценкам, приблизительно 2,7 миллиона новорожденных младенцев умерли в 2017 г. и еще 2,6 миллиона родились мертвыми. Особенно важно, чтобы все роды принимались квалифицированными медработниками, так как своевременная помощь и лечение могут быть

решающи-ми для жизни и смерти как матери, так и младенца. Особенно важно обеспечение присутствия квалифицированных специалистов здравоохранения во время всех родов, так как от своевременной помощи и лечения может зависеть жизнь. В рамках Глобальной стратегии и цели прекращения предотвратимой материнской смертности ВОЗ вместе с партнерами работает в направлении:

- обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения для всеобъемлющей медико-санитарной помощи в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья новорожденных;
- преодоления всех причин материнской смертности, репродуктивной и материнской заболеваемости и связанных с ними инвалидностей;
- укрепления систем здравоохранения путем сбора надежных данных с целью реагирования на потребности и приоритеты женщин и девочек.

Несмотря на существование давних причин вех стран следует поощрять использовать проверенные методы для улучшения установления материнской смертности и, в частности, конфиденциальных запросов и передачи данных. Более эффективное использование данных, доступных в базах данных о выписке из больницы, должно позволять выявлять показатели заболеваемости, которые могут быть справедливо сопоставлены.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРО-ДОЗИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОК В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹Муратова Н.Д., ²Ходжаева З.А., ³Эшонходжаева Д.Д.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,
²РЦРЗН, ³Ташкентская медицинская академия

Эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины. Ведущими клиническими проявлениями эндометриоза являются болевой синдром и бесплодие. Одним из основных методов лечения остается хирургический. Установлено, что заболевание стимулируется циклической секрецией гормонов яичников, и современные методы лечения основаны главным образом на этом представлении. Медикаментозное (гормональное) лечение позволяет сохранить овариальный и фолликулярный резервы и, как следствие, фертильность женщины.

Цель - определить эффективность низко-дозированных ОК препаратов (линдинет 20) в лечении женщин раннего репродуктивного возраста с аденомиозом и эндометриозными кистами яичника.

Материал и методы исследования. Обследованы 20 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом аденомиоз и эндометриоз яичников, обратившиеся за консультацией в РЦРЗНг. Ташкента. Возраст обследованных колебался от 18 до 30 лет, составляя в среднем $25,4 \pm 0,14$ года. Все женщины были разделены на 2

группы: I-группа 11 пациенток принимавших низко-дозированный ОК в течении 3 месяцев, и II-группа 9 пациенток принимавших ОК в течении 6 месяцев. Для консервативного лечения пациенткам назначены низко-дозированные препараты ОК (Линдинет20 по 1 таблетке в течении 63 или 126 дней в непрерывном режиме). УЗ исследование проводилось на аппарате EsaoteMyLabSeven, трансвагинальным датчиком АС 2541 с частотой 3-3,5 мГц.

Результаты исследования и их обсуждение. В анамнезе у 30 – 75% обследованных имело место выскабливание полости матки по поводу маточного кровотечения, обусловленного железистой гиперплазией эндометрия у 7 женщин, вследствие аборта в 30% и у 3 по поводу неразвивающейся беременности. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла (15 - 75%), бесплодием (8 – 40%), диспареунией (9 – 45%), болями перед и во время менструаций различной интенсивности (12 – 60%). При УЗИ определялось неоднородность миометрия санэхогенные образования с нечеткими и деформированными контурами и мелкодисперсным содержимым (кровь), а также кисты с утолщенными стенками, округлой формы, с неоднородным дисперсным содержимым «шоколадная киста» или многокамерная киста в виде пчелиных сот. Длительность консервативной терапии зависела от репродуктивных планов женщины, отсутствия симптоматики и УЗИ картины. Мониторинг эффективности консервативного лечения проводился путем УЗИ-контроля. Так у женщин с крупными более 5 см в диаметре эндометриоидными кистами яичников проводилось хирургическое лечение – кистэктомия, с дальнейшим приемом ОК препаратов в течение 6ти месяцев. Пациенткам с мелкими эндометриоидными кистами проводилось только консервативное лечение в течение 3х месяцев. Стоит отметить, что у женщин принимавших препараты ОК в течение 3х месяцев симптомы заболевания возобновлялись через 8 месяцев после последней таблетки. В целом репродуктивная функция восстановлена у 70% женщин принимавших Линдинет 20 в течение 6ти месяцев. Рецидив заболевания у женщин принимавших ОК в течение 6ти месяцев наблюдался у 30% женщин, при этом они пожелали продолжить лечение по той же схеме т.е. 126 дней без перерыва, затем перерыв на менструацию.

Выводы: 1. Микродозированные препараты ОК позволяют восстановить репродуктивную функцию в 70% случаев

2. Схема лечения 126/7 является более эффективной.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Септические состояния в акушерстве в развитых странах относительно встречаются редко, хотя в мире инфекции стоят на третьем

месте в структуре материнской смертности - 15%, а осложнения аборта- на четвертом - 13%

Целью нашего исследования явилось оценка эффективности предгравидарной подготовки при септических осложнениях (СО) во время беременности и в послеродовом периодах.

Проведенные наблюдения над 167 родильницами, поступившие в родильные комплексы №2 г.Ташкента и Ташкентской области, в областные перинатальные центры. Возраст женщин в среднем составил 26 ± 0.8 лет.

Материал и методы исследования. Были обследованы нами 167 женщины с (СО): преждевременные роды и отхождение околоплодных вод, возникшие в результате внутриматочной инфекции (ВУИ), ИМТ-34, гайморит и отиты-11; внебольничная пневмония (23 случая).

Для верификации возбудителя использовали результаты бактериоскопического и бактериологического анализа микроэкологии гениталий (где были высеяны трихомонусвагиналис, грибы рода *Candida* и гарднерелла) в 135, а в остальных: *Bacteroides* spp(7), *Peptococcus* и *Peptostreptococcus*(6) а также *Clostridium* spp.(5) посевах.

В целом при поступлении 167 больным были выставлены следующие диагнозы: септический шок – 9(5,4%), сепсис-26(15,3%), тяжелый сепсис – 10(5,9%), синдром системного воспалительного ответа (ССВО)-122(73%). В послеродовом периоде из 122 больных ССВО у 97(58%) сопровождалось с изменениями в матке (субинволюция матки), в последующем эти диагнозы у 53(31,7%) пациенток были нами изменены на сепсис.

Учитывая основной причиной СО в послеродовом, либо послеоперационном периодах были внутриматочные инфекции и ИППП решено провести 1-3 курса антибактериальной терапии до беременности, в связи с чем мы предпочтение отдали Трихополу по 250мг 2-3 раза в сутки с Фуцисом по 200мг х1 раз в сут. Через день № 4, с обязательным контрольным бактериальным посевом из цервикального канала после окончания курса терапии.

Предгравидарная подготовка женщин со смешанной инфекцией и ИППП снизило такие осложнения, как самопроизвольные выкидыши, угроза прерывание беременности, неразвивающаяся беременность до 3-5 раза, преждевременные роды до 3,5 раза, ИМТ до 4 раза, в послеродовом периоде-ручное обследование полости матки, инфицирование послеоперационных швов, ССВО от 3-до 5-7раза. Также заранее проведенная предгравидарная подготовка способствовало снижению перинатальной смертности, а также материнской и детской заболеваемости.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ- ПРЕДИКТОРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Муминова Н.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

У большинства больных сепсисом в начальных стадиях выявляется устойчивое повышение в крови IL-6, IL-8 и ФНО- α цитокинов, которым отводится ведущая роль в развертывании медиаторного механизма сепсиса. Цитокины обладают широким спектром биологического действия и по мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать данные цитокины, действие которых направлено на подавление генерализованного синдрома системной воспалительной реакции (ССВР).

Целью исследования явилось изучение роли цитокинового статуса в развитии ССВО при обнаружении инфекции в послеродовом периоде.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 200 пациенток с септическими осложнениями (ГО) различной степени и генерализации в 3-м триместре беременности. В сыворотке крови у 45 больных определили содержания интерлейкинов IL-6, IL-8 и ФНО- α с помощью иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 18 здоровых беременных.

Результаты исследования и их обсуждение. У обследованных беременных с ГО уровень в крови IL-6 возрастал по сравнению с показателями группы контроля в среднем в 5-7 раз ($p < 0,01$). В то же время IL-8 у больных данной группы незначительно снижался, но по сравнению с аналогичными показателями у женщин с физиологическим течением беременности оставался в пределах нормы ($p > 0,05$).

Очевидна патогенетическая значимость снижения уровня IL-8 в крови пациенток с бактериальной инфекцией по сравнению с таковым показателем в группе контроля, в соответствии с которой важная роль в обострении вирусной инфекции при беременности должна быть отведена недостаточности моноцитарно-макрофагальной реакции, играющей доминирующую роль в продукции указанного цитокина и в индукции иммунного ответа.

В то же время увеличение содержания IL-6 в крови пациенток с ГО с достаточно высокой долей вероятности свидетельствует о положительной роли этого цитокина в развитии локальной воспалительной реакции и ССВР, поскольку в данной ситуации IL-6 усиливает экспрессию эндотелиально-лейкоцитарных адгезивных молекул, а также процессы эмиграции лейкоцитов в зону воспаления.

По мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать растворимые рецепторы TNF. Их действие направлено на подавление генерализованной воспалительной реакции.

Цитокиновая дезрегуляция с констатацией возможной гетерогенности тенденций преобладания цитокинов у акушерских больных с ГСС более обосновано для характеристики расстройств цитокиновой регуляции при тяжелых формах сепсиса, чем применение термина «цитокиновая буря».

IN SILICO ANALYSES OF CIRCULATING MicroRNAs IN MYOMA UTERI FORMATION

Müşerref Banu YILMAZ¹

¹University of Health Sciences, Zeynep Kamil Woman and Children Health
Practice and Research Center, Istanbul, Turkey

Background: Uterine leiomyomata are benign tumors of the uterus, represent the most frequent neoplasms of reproductive-aged women. This disorder is a significant reason of morbidity and commonly indication for hysterectomy. In previous research articles, it has been suggested that microRNAs (miRNAs) involved in leiomyomatosis-related circulation and can be used as potential biomarkers for the prognosis and follow-up of myomas. MiRNAs are RNA molecules of approximately 18-22 nucleotides length and play an important role in the post-transcriptional regulation of gene expression. As a result of the literature search, the relationship between serum miRNAs and myoma uteri was investigated and it was aimed to present miRNAs prognostic value in the follow-up of the disease.

Method- material: In terms of in silico analysis of miRNA let-7, 200a, 200c, 93, 106b and 21 which were found to be significantly altered in uterine leiomyoma cases; miRTarBase, miRDB, DIANA-microT 4.0 and TargetScan software programs were detected for targeted genes of miRNAs . The role of miRNAs in the pathways of myoma uteri was investigated with 'DIANA-miRPATH' and microRNA.org web-based tools to identify the biological effects of these genes on uterine leiomyoma formation.

Results: In our study, we found that the miRNA let-7, 200a, 200c, 93, 106b and 21 circulating in the circulatory system were involved with bioinformatic analysis. miRNA 200a, 200c, 93, 106b and 21 were found to alter the expression of BRAF, GSK3B, SOS2, NRAS, TP53, MYC, PTEN, MAPK1 genes. By using DIANA-miRPATH and microRNA.org bioinformatic web-based tools, cell proliferation was found to play a significant role in the establishment of linkage sites and thus play a role in the onset and progression of myomatous changes ($p = 0.006$). miRNA let-7 was found to have a primarily effect on cell cycle and the pathways responsible for endometrial and myometrial proliferation ($p = 0.0009$).

Summary: In silico analyzes, the relationships of miRNAs with target genes were correlated to help improving the biocompatibility of miRNAs involved in uterine leiomyoma formation. It is believed that our study will help to use miRNAs as a biomarker for the determination of growth pattern in the follow-up of myoma uteri, since serum miRNAs have different levels of expression in normal myometrium and leiomyoma tissues.

In conclusion, we have determined the expression models of genes that affect the growth and differentiation of the myoma, modifying the critical pathways for myoma formation, based on the analysis of miRNAs in uterine leiomyoma cases. Further studies are needed to find out the effects of miRNAs that have been altered in uterine fibroids.

ФЕРРУМ-ЛЕКНИНГ ФАРМАКОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мусаева Д.М., Очилов А.К., Аслонова М.Ж., Очилова Г.С.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Ҳомиладорлар темир танқислиги анемияси нафақат бўлажак оналарнинг, балки ҳомиланинг ҳаётига ҳам хавф солади ва даволанишининг қийинлиги билан долзарб муаммолар қаторидан жой олган. Бундай анемияни даволаш узоқ муддатли ва нафақат тўқималар гипоксияси бартараф этилиши ҳамда гемоглобин миқдорининг меъёрлашиши назарда тутилади, балки касалликнинг қайталаниш хавфи ҳам бартараф этилади. Давонинг асосий самарасини таъминловчи воситалар – бу темир сақловчи препаратлар бўлиб, ҳомиладорлик давридаги темир танқислиги анемиясини медикаментоз даволаш ва профилактикаси бўйича Бутундунё соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиясига кўра:

- ҳар бир аёл ҳомиладорликнинг бошланғич давридан (биринчи 3 ойликдан) бошлаб туғруққача 60 мг элементар темир ва 400 мг фолат кислотасини темир танқислиги анемияси профилактикаси мақсадида ичиши;

- темир танқислиги анемияси аниқланганда бу воситаларнинг суткалик миқдори 2 баробар оширилиши;

- темир препаратига талаб: у қулай, самарали ва хавфсиз бўлиши;

- темир препаратлари билан даволаш узоқ муддатли (камида 2 ой) бўлиши шарт.

Юқоридагилардан кўришиб турибдики, темир препаратларига катта талаблар қўйилади ва анъанавий қўлланиладиган дори воситалари темир тузлари эритмалари бўлиб, бундай талабларга тўлиқ жавоб бера олмайди – улар сўрилиши учун овқатдан 1 соат олдин ичиш зарур, бу эса ичак шилиқ қаватларини таъсирлантириб, ҳомиладор аёлда қабзият, гастрит ёки диареяни келтириб чиқариши мумкин. Натижада дори қабул қилишга бўлган хоҳиш сўна боради. Шунингдек дори сўрилишини бошқариб бўлмаслиги (ошқозон рНга боғлиқ ҳолда 2 валентли темирнинг пассив диффузия орқали сўрилиши) туфайли, унинг миқдори ошиб кетиб, ножўя таъсирлар чақириш эҳтимоли ошади – беморнинг оғзида “металл таъми”, тишларнинг қорайиши ва бошқалар. Бундан ташқари темир тузлари препаратлари бошқа гуруҳ дори воситалари билан ўзаро таъсирлашиб, ножўя таъсирлар чақиради.

Бундай камчиликлар янги авлод перорал темир препаратларида бартараф этилган, чунки улар ионлашмаган темирнинг полимальтоз комплексларидир, яъни бунда табиий темир бирикмаларининг қонга физиологик тушиши ва моддалар алмашинувида қатнашиши механизми асос қилиб олинган. Таркиби ионлашмаган бирикма – 3 валентли темирнинг гидроксид-полимальтоз комплексидан иборат бўлган Феррум Лек препарати структураси темирнинг табиий бирикмаси – ферритиннинг структурасига яқин.

Феррум Лекнинг фармакологик хусусиятлари ўрганилганида, самадорлиги жиҳатидан темир сульфат препаратларидан қулайлиги ва хавфсизлиги билан устунлиги қайд қилинди. Сўрилиши жиҳатидан эса (фаол сўрилиш) Феррум Лек гем темирига ўхшаш: препарат овқат маҳсулотлари билан таъсирлашмайди, шунинг учун уни қабул қилиш чегараланмайди ва самадорлиги ҳам ўзгармайди. Ошқозон шиллик қаватига салбий таъсири бўлмаганлиги туфайли дорининг суткалик миқдорини 1 мартада қабул қилишни тавсия этиш мумкин. Ушбу хусусиятлари туфайли Феррум Лек ҳомиладорларга ҳам тавсия этилади.

Препарат перорал қўлланиганидан сўнг физиологик механизмлар асосида қонга сўрилади – фаол сўрилиш натижасида ва унинг қондаги концентрацияси ошиб бориши қайтар механизм асосида Феррум Лекнинг сўрилишини пасайтиради, яъни беҳосдан юқори миқдорда бериб қўйилганида ҳам бу дори воситасидан заҳарланиш юз бермайди.

Шуни эътироф этиш зарурки, Феррум Лек таркибидаги темир “ишлатишга қулай” кўринишда, яъни 3 валентли шаклда қонга тушади ва метаболизмга “киришади”. Шундай хусусияти бўлганлиги туфайли Феррум Лек ҳомиладорлар темир танқислиги анемиясини даволаш ҳамда профилактикасида темир етишмовчилигини тўлиқ бартараф этиши билан бирга, юқори самарали ва ўта хавфсизлиги билан қулай препаратдир.

Феррум Лек перорал қўллаш учун 2 кўринишда ишлаб чиқарилади: сироп (асосан болалар учун) ва чайналадиган таблеткалар (100 мгдан). Профилактика мақсадида ҳомиладор аёлга 1 таблеткадан кунига 1 маҳал, даволаш мақсадида эса 2-3 таблеткагача дори миқдорини ошириш мумкин.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, темир танқислиги анемияси ўзининг ҳомиладорлик, туғиш даври ва чақалоқда асоратлар чақириши билан долзарб муаммолигича қолмоқда. Бунда темир етишмовчилигини ўринбосар препаратларни қўллаб, физиологик механизмлар асосида тўлдириш юқори клиник самарага эришишга ҳамда ҳомиладорлик, туғиш даври ва чақалоқда асоратларнинг олдини олишни таъминлайди. Шундай хусусиятларга эга бўлган Феррум Лек дори воситаси юқори самарали ва ўта хавфсиз препаратдир.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРОТИВ АНТИГЕНОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Мустафаева Ф.А., Хикматова Н.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Целью исследования было изучение выявляемости специфических иммуноглобулинов к антигенам этиологических агентов ВЗОМТ у женщин фертильного возраста.

Для достижения цели были изучены 304 женщин фертильного возраста с ВЗОМТ в возрасте 18-49 лет.. Все больные лечились в Хорезмском и Бухарском филиалах РНЦЭМП. У больных чаще выявляли

острый сальпингит, сальпингоофорит, пиосальпинкс (98,4±0,7%). Диагнозы верифицированы с помощью клинических, клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования по предложениям Национального центра по контролю и предупреждению заболеваний (CDC, USA, 2006).

Для постановки ИФА использовали диагностические тест-системы для определения антител сыворотки крови к антигенам Chlamydiaspp, Toxoplasma gondi, Mycoplasmaspp, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus 1 и 2 типа - HSV 1,2 (тест-системы фирмы «ХЕМА», РФ), Ureoplasma urealyticum (тест-система фирмы «Вектор-Вест», РФ). Исследования проведены на иммуноферментном анализаторе «Human ReaderHS» компании «Human Gesellschaft Biochemica und Diagnostica» (Wiesbaden, Germany). Статистическую обработку полученного материала проводили традиционными методами вариационной статистики.

Полученные результаты показывают, что не всегда выявляются специфические иммуноглобулины к вышеуказанным нами возбудителям. Чаще всего у обследованных женщин фертильного возраста выявляли иммуноглобулины (антитела) к Mycoplasmaspp, они выявлялись в 120 случаях (39,5±2,8%). На следующем месте по выявляемости были иммуноглобулины к антигенам Chlamydiaspp, которые составили 27,0±2,5% (n=82).

Отличительной чертой наших исследований было то, что наиболее часто выявлялись иммуноглобулины к антигенам вирусов - Cytomegalovirus (CMV) и Herpes simplex virus 1 и 2 типа (HSV 1,2) соответственно в 20,4±2,3% (n=62) и 12,5±1,9% (n=38) случаях. Сравнительно мало были выявлены иммуноглобулины к антигенам Toxoplasma gondi (5,9±1,4%, n=18) и Ureoplasma urealyticum (3,3±1,0%, n=10).

У 7,6±1,5% (n=23) обследованных женщин были обнаружены отрицательные пробы. Следовательно, 330 положительных проб обнаружены у 281 обследованных женщин с ВЗОМТ. Процент выявляемости иммуноглобулинов у здоровых женщин, которые не болели ВЗОМТ был низок и статистически значимо был сниженным от женщин с ВЗОМТ (P<0,001).

Результаты показывают, что чаще всего в качестве ассоциации иммуноглобулины против антигенов микроорганизмов встречались антигены CMV и Chlamydiaspp с другими (по n=20) и Mycoplasmaspp (n=14). Чаще всего совместное выявление иммуноглобулинов к антигенам разных изученных возбудителей наблюдали со следующими микроорганизмами: CMV и HSV 1,2 в 3,3±1,0% (n=10); CMV и Mycoplasmaspp в 2,6±0,9% (n=8); Chlamydiaspp и Mycoplasmaspp в 2,6±0,9% (n=8); CMV, Chlamydiaspp и HSV 1,2 в 2,0±0,8% (n=6) случаях; остальные ассоциации встречались от 0,7±0,5% (n=2) до 1,3±0,6% (n=4) случаях. В выявленных ассоциациях наблюдали от 2 до 5 видов

микроорганизмов. Они распределились следующим образом: в ассоциации выявлялись иммуноглобулины против антигенов 2 микроорганизмов в $13,8 \pm 2,0\%$ ($n=42$), 3 микроорганизмов в $5,3 \pm 1,3\%$ ($n=16$), 4 микроорганизмов в $1,3 \pm 0,6\%$ ($n=4$) и 5 микроорганизмов в $0,7 \pm 0,5\%$ ($n=2$) пробах.

Интересно отметить, что выявление иммуноглобулинов к антигенам одного возбудителя ($n=266$) встречались в 4,2 раза чаще, чем ассоциация этих же микроорганизмов ($n=64$).

Наличие определенного количества отрицательных проб ($7,6 \pm 1,5\%$, $n=23$) на антигены вышеуказанных микроорганизмов при данных исследованиях указывает на обнаружение других этиологических агентов (грамотрицательные бактерии, грамположительные кокки, анаэробные микроорганизмы, микроскопические грибы) ВЗОМТ у женщин фертильного возраста, которые обнаруживаются бактериологическими методами. Наряду с бактериологическими методами качественное определение иммуноглобулинов в сыворотке крови женщин против антигенов различных микроорганизмов с помощью ИФА имеет определенную диагностическую ценность и может быть использовано для иммунологической и серологической диагностики ВЗОМТ.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА.

Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И., Сулаймонова Н.Ж.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на вековую историю изучения различных аспектов проблемы эндометриоза и миомы матки, эти два заболевания остаются одной из центральных медико-социальных проблем, отрицательно влияющих на психоэмоциональное состояние, снижают работоспособность и репродуктивную функцию женщин. В последние годы особенно увеличилось число сочетания этих заболеваний.

Целью данного исследования было изучение эффективности консервативного лечения сочетанной формы миомы матки и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы обследования: были обследованы 105 женщин, которые после предварительного обследования были разделены на 3 группы. 1-группа – 35 пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза, 2-группа – 35 пациенток с аденомиозом, 3-группа – 35 пациенток с миомой матки. Возраст обследованных колебался от 20 до 45 лет, и составлял в среднем $40,2 \pm 0,49$. Всем пациенткам, проведены гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза. Для консервативного лечения нами использованы препараты СМПП (Эсмия 5мг в течение 84 дней) и Диеногест (по 2мг в день в течение 6 месяцев) в зависимости от патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. В1-группе на УЗИ выявлены интрамуральные и субсерозные узлы на фоне аденомиоза. В60% случаев выявлено сочетание многоузловой миомы матки с диффузным аденомиозом; в23% многоузловая миома матки сочеталась с диффузно-узловым аденомиозом; и в 17% сочетание многоузловой миомы матки с очаговым аденомиозом.

Во 2-группе в63% выявлен диффузный аденомиоз; в 35% очаговая форма аденомиоза; и 2% диффузно-узловая форма аденомиоза. 3-группу составили женщины с одиночными субсерозными и/или интрамуральными и множественными миоматозными узлами, максимальное количество узлов составляло 4-5. В зависимости от симптоматики женщины 1-группы с сочетанной патологией, получали тот или иной препарат, так при наличии болевого симптома и нарушении менструального цикла на фоне имеющихся миоматозных узлов (менее 5 см в диаметре), назначался диеногест, а при симптоме кровотечения и крупных миоматозных узлах на фоне аденомиоза назначался препарат эсмия.

Женщины 2-группы с аденомиозом получали препарат Диеногест 2 мг. На фоне лечения у пациенток улучшалось состояние, уменьшались тазовые боли, регулировался менструальный цикл. При диффузном аденомиозе на УЗИ после 6 месячного лечения установлен диагноз аденомиоз 1-степени у 56% больных. При 3-степени аденомиоза улучшение состояния выявлено у 21%, что указывает на низкую эффективность 3х-месячного курса. Пациенткам 3-группы назначили препарат Эсмия. Эффективность консервативного лечения определяли по улучшению состояния пациенток (уменьшение болевого симптома, остановка кровотечения) и по изменению УЗИ картины (уменьшение и стабилизация роста миоматозных узлов и аденоматозных очагов при их узловой форме).

Выводы: 1. Диеногест является высокоэффективным препаратом в отношении аденомиоза, который улучшает качество жизни женщин вследствие уменьшения болевого симптома.

2. При 3-степени аденомиоза эффективным является долгосрочный прием препарата (6 и более месяцев).

3. Современным подходом к консервативному лечению миомы матки является назначение СМПР – эсмия, которая позволяет снизить процент радикальных операций и повысить частоту органосохраняющих операций

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Закирова Г.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Число бесплодных браков в мире с каждым годом растет. Одной из наиболее частых причин женской infertility является хроническая ановуляция, которая в 40% случаев обусловлена гиперпролактинемией. Причем гиперпролактинемия у infertильных пациенток варьирует в пределах от 600 мМЕ/л, часто не

превышая уровня 1000 мМЕ/л – имея функциональный генез, поэтому лекарственные средства мягкого действия являются наиболее оптимальными и эффективными при данных состояниях. И также, учитывая важное значение пролактина в регуляции различных процессов в организме, в том числе адаптационных его возможностей, иммунитета, при коррекции гиперпролактинемии - важным является достижение концентрации гормона в пределах физиологических уровней, избегая при этом подавления его секреции до патологически низких показателей (что часто имеет место при применении химических препаратов).

Актуальным представляется на этот счет применение растительных препаратов на основе прутняка с мягким дофаминэргическим действием, которые к тому же имеют мультицелевое воздействие, и при курсовом применении восстанавливают нарушенный гормональный дисбаланс и кроме того положительно влияют на нормализацию эмоционального фона, правильное функционирование многих систем организма; улучшают общее состояние и самочувствие женщины.

Целью исследования явилась оптимизация методов коррекции бесплодия у женщин с умеренной гиперпролактинемией.

Результаты исследования и их обсуждение. У обследованных нами 27 пациенток с бесплодием, имели место в 87% случаях жалобы на нарушения менструального цикла, превалировали симптомы ПМС, в 58 % наблюдались дискомфорт и доброкачественные изменения в области молочных желез. Дальнейшее обследование пациенток - подтвердило - отсутствие овуляции, наличие гормональных нарушений по результатам лабораторных исследований - снижение прогестерона, повышение пролактина, что явилось обоснованием применения при этих состояниях немецкого препарата Феминон А с мягким дофаминэргическим действием. Препарат изготовлен в Германии и имеет научные подтверждения своей эффективности. Феминон А снижает концентрацию пролактина, способствует естественному восстановлению процесса овуляции и менструального цикла, при его применении происходят изменения слизистой (во второй фазе цикла), что способствует нормализации объёма нормальных выделений, также улучшается психологическое состояние женщины, что тоже имеет значение, учитывая, что чрезмерная нервозность приводит к еще большему нарушению баланса гормонов.

Применение Феминон А у наблюдаемых нами пациенток нормализовало гормональный дисбаланс у 72% пациенток. При умеренных показателях повышения пролактина (повышение до 1,5 раза) – применение растительного препарата Феминон А эффективно снижало повышенный пролактин, что еще раз подтверждает, то что нет необходимости корректировать химическими препаратами умеренную гиперпролактинемия. В проведенных нами исследованиях снижение пролактина плавно снижалось до нормальных значений. При этом ни в одном из них не отмечено падение уровня гормона до низких показателей

(1–2 нг/мл), что имеет место часто при назначении химических препаратов. Была отмечена хорошая переносимость терапии и отсутствие случаев отказа от приема препарата вследствие побочных эффектов. У 21 пациентки в процессе лечения был получен положительный результат в плане наступления беременности.

Выводы: Применение растительного препарата Фемион А в комплексном лечении пациенток с бесплодием, обусловленной умеренной гиперпролактинемией и гипопрогестеронемией- восстанавливает гормональный гомеостаз и создает условия для восстановления репродуктивной функции женщин.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мухсинов Ф.Б., Зокирова Н.И., Курбаниязова В.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

Несмотря на многочисленные исследования посвященных преэклампсии, он является наиболее тяжелым осложнением беременности, родов и послеродового периода, занимая ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, с не достаточно изученным патогенезом и отсутствием достоверных методов прогнозирования. (Бахтина Т.П. 2016 г.)

Цель исследования. Выявить ранние признаки преэклампсии для предотвращения развития его тяжелой формы.

Задачи. 1. Уточнить основные факторы риска развития тяжелой преэклампсии.

2. Оценить влияние лечебно-профилактических мероприятий проводимых во II триместре, на перинатальные исходы.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались 64 беременные в сроки начиная с 24 недельного срока гестации.

Методы исследования:

- общеклинические методы;
- доплерометрическое обследование с целью определения нарушения плацентации, показателей кровотока в маточных артериях.

Определено группа высокого риска развития преэклампсии.

У 30% беременных наличие в анамнезе преэклампсии тяжелой стадии, 17% возраст старше 33 лет, 7% заболеваний сердечно-сосудистой системы, 3% ожирение, 12% хронические заболевание мочеиспускательной системы.

У 55% обследуемых беременных в сроке 24-27 нед обнаружено при доплеровском исследовании изменение кровотока в маточных артериях, которые были проведены лечебно-профилактические мероприятия.

Выводы. Таким образом в результате выполненного исследования, определения групп риска тяжелой преэклампсии, проведения лечебно-профилактических мероприятий позволило снизить частоту развития у 49 беременных (78,5%).

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНДРОГЕНОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ БЕСПЛОДИИ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА

Музафарова С.А.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой наиболее распространенную форму эндокринных нарушений у женщин репродуктивного возраста. С современных позиций СПКЯ рассматривается как одна из ведущих причин гиперандрогений (ГА), сопровождающихся нарушением ритма менструации, гирсутизмом, метаболическими нарушениями и ановуляторным бесплодием. Цель данного исследования состояла в изучении особенностей эмоционального состояния пациенток с ГА и в выявлении связи этих состояний с уровнем продукции стероидных гормонов.

Было обследовано 55 женщин в возрасте от 17 до 42 лет, страдающих ГА. Гормональное исследование включало определение 17-гидроксипрогестерона (17-ОН), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С) в сыворотке крови. Для оценки уровня личностной и реактивной тревожности использовали вербальную методику: психологический статус больных оценивали с помощью экспериментально-психологических методов оценки тревоги и депрессии: госпитальная шкала тревоги и депрессии; шкала депрессии Бека.

Самая высокая степень эмоциональных расстройств наблюдалась у пациенток с незначительно повышенными уровнями тестостерона ($2,5 \pm 0,8$ нмоль/л), в то время как женщины с высокими уровнями тестостерона ($3,2 \pm 0,5$ нмоль/л) характеризовались высокой эмоциональной устойчивостью и отсутствием депрессивной симптоматики.

Уровень ДГЭА-С прямо коррелировал с уровнем агрессивности. У пациенток с повышением содержания ДГЭА-С усиливаются такие формы агрессивности, как вербальная агрессия (выражение негативных чувств к другим лицам в словесной форме), обидчивость (гнев, недовольство вследствие зависти и ненависти к окружающим) и аутоагрессия в виде чувства вины (убеждение в собственных неблагоприятных поступках). В отличие от ДГЭАс 17-гидроксипрогестерон не влияет на агрессивность, но повышает эмоциональную устойчивость. У пациенток с яичниковой гиперандрогенемией экскреция 17-ОН связана обратной пропорциональной зависимостью с эмоциональной лабильностью. В целом можно сказать, что повышение стероидсинтетической функции надпочечников у пациенток с гиперандрогенемией улучшает их самочувствие, но повышает агрессивность.

Таким образом, у женщин с ГА андрогены оказывают активирующее действие на психоэмоциональное состояние, которое выражается повышением уровня андрогенов у пациенток с надпочечниковой формой

ГА, приводящим к снижению выраженности эмоциональных расстройств и повышению агрессивности. При яичниковой форме ГА более выражена легкая степень депрессии и эмоциональная неустойчивость, подозрительность, что подтверждено прямой корреляционной связью с уровнем андрогенов по этим признакам.

БУХОРО ВИЛОЯТИДА ОНАЛАР ВА БОЛАЛАР ЎЛИМИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА КАМАЙТИРИШГА ДОИР АМАЛГА ОШИРИЛГАН ТАДБИРЛАР

Нарзиев И.И., Ҳасанова М.А., Жўраев Н.Б.

Бухоро вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси

Мамлакатимизда оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш масалалари давлат сиёсати даражасига кўтарилган. Жумладан, аёллар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлаш лойиҳа ижроси тугрукхоналарни асосий тиббий ускуналар билан жиҳозлаш, мутахассисларни самарали перинатал дастурлар бўйича ўқитиш, тугрук реанимация хоналарида аёллар ва болалар ўлимини камайитириш учун барча шароитлар муҳайё қилиниши сингари сезиларди ўзгаришлар юзага келди. Шунингдек, педиатрия стационарларид хизмат кўрсатиш сифатининг янада яхшиланиши мўлжалланмоқда. Касалхонага асосиз ётқизиш ҳолатлари 10% га камайди.

2018 йил 9 ой давомида шаҳар ва туманларда ўсмир қизлар ва фертил ёшдаги аёлларни, айниқса улар турмуш қурган пайтдан бошлаб патронаж кузатуви йўлга қўйилиб, тўлиқ қамраб олинган. Шу жумладан, ҳомиладорлик ва туғишдан кейинги даврда зарур тушунтириш ишларини олиб бориш тизими жорий қилинган. Исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш мақсадида туғиш ёшидаги аёлларни замонавий контрацептив воситалар билан таъминлаш мақсадида 2018 йил 9 ойида БИВ (бачадон ичи воситаси) билан 27407та, орал контрацептивлар билан 20852 нафар, инъекцион контрацептивлар билан 22066 нафар, ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси билан 2216 нафар аёл қамралган.

Вилоят скрининг маркази томонидан 2018 йил 9 ой давомида ирсий касалликларни барвақт аниқлаш мақсадида 25778 нафар янги туғилган чақалоқдан 14400 таси туғма гипотериоз ва фенилкетонурия касаллигига текширилди. Пренатал скринингни такомиллаштириш мақсадида 9939 та ҳомиладор аёл текширувдан ўтказилиб, 385 нафар ҳомиладор аёлда ҳомила нуқсони аниқланди ва улардан 382 тасида ҳомиладорлик тиббий кўрсатмага асосан тўхтатилди.

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази маслаҳат поликлиникасида қизлар гинекологи томонидан 9 ойда давомида 4171 нафар қизлар кўрилган. Жами кўрилган қизлардан 1505 нафарида касаллик аниқланган. Касаллик аниқланган беморлардан 21 нафари касалхонада ётқизилган. Қолган беморларга амбулатор шароитда даво тайинланиб, тузар жойидаги даҳа врачлари назоратига юборилди.

Никоҳланувчи шахслар орасида никоҳдан олдинги тиббий кўрикни аҳамияти тўғрисида “ Никоҳдан олдин тиббий куриқдан ўтишнинг аҳамияти” мавзусида телекўрсатув тайёрланиб, вилоят телевиденияси орқали намойиш этилди. Никоҳланувчи шахсларнинг тўлиқ тиббий кўриқдан ўтказиш ҳамда кўриқнинг сифатини назорат этиш мақсадида никоҳланувчиларнинг электрон базаси яратилди. 2018 йил 9 ойи давомида вилоятда 10680 та никоҳ қайд этилиб, 21360 нафар никоҳланувчилар тиббий кўриқдан ўтказилди. Низомда кўрсатилган касалликлар бўйича қуйидагилар аниқланди: ОИВ-8та, рухий касалликлар-41та, гиёҳвандлик-6 та, сил касаллиги 3 та, тери-таносил касаллиги 3 та. Аниқланган касалликлар бўйича соғломлаштириш ишлари олиб борилмоқда.

Ҳафтанинг ҳар сешанба куни шаҳар/туман тиббиёт бирлашмаларининг КТМПларида соат 16.00 дан 18.00 га қадар худудда истиқомат қилаётган туғишга мутлоқ ва нисбий монелиги бор аёллар таҳлили ўтказилади ва уларни контрацептив воситалар билан қамраш масалалари ҳал қилинмоқда.

Ҳафтанинг ҳар пайшанба куни шаҳар/туман тиббиёт бирлашмаларининг туғруқ муассасаларида соат 07.00 дан 08.00 га қадар тиббиёт ходимлари томонидан ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёлларга ятроген таъсир омилларини олдини олиш мақсадида ССВнинг протокол ва стандартларини доимий тарзда ўрганиб борилмоқда.

Ҳафтанинг ҳар шанба куни шаҳар/туман тиббиёт бирлашмаларининг КТМПларида соат 11.00 дан 12.00 га қадар кейинги ҳафтада туғиши кузатилаётган ҳомиладор аёлларнинг регионализацияси ўтказилмоқда.

Худудлар тасарруфидаги барча туғруқ муассасаларида акушерлик ёрдамини кўрсатувчи мутахассислар орасида шошилиш акушерлик ёрдами алгоритмлари (қон кетишни тўғри баҳолаш, инфузион давони ҳисоблаш, йўқотган қон миқдorigа қараб, вақтига қараб гемотрансфузияни аниқлаш в.б) ҳамда акушерлик амалиётида жарроҳлик (Кесар кесиш, бачадон ампутацияси, экстирпация в.б) маҳорати борасида амалий машғулотлар ташкиллаштирилган.

Вилоят перинатал маркази қошида ички имкониятлардан келиб чиққан ҳолда реанимацион-гематологик гуруҳлари фаолият кўрсатмоқда. Зарур пайтда қон компонентлари барча туғруқ муассасаларининг туғруқ бўлимларига куну-тун узлуксиз равишда етказиб берилади. Вилоят ҳокимлиги Соғлиқни сақлаш бошқараси, шаҳар ва туманлар томонидан тегишли қарор ва дастурлар қабул қилинган бўлиб, уларнинг назорати ва мониторинги доимий равишда олиб борилади, ўтказилган йиғилишларда муҳокама қилиб борилади.

Хулоса қилиб айтганда, оналик ва болаликни муҳофаза қилишга доир ечимини кутаётган масалалар талайгина. Бу борада халқаро стандартларни татбиқ этиш орқали оналар ва болаларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш бўйича тадбирларни янада жонлантириш мақсадга мувофиқдир.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ

**Назарова Д.Э., Закирова Г.Ю., Рузиева Н.Х., Рассадина М.В.,
Юлдашева С.З., Турбанова У.В.**

Актуальность проблемы. Воспалительные заболевания органов малого таза являются одной из наиболее актуальных проблем гинекологии. В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания органов малого таза занимают первое место и составляют 60-65%, и их частота не имеет тенденции к снижению, часто причиной их являются ЗППП. Актуальность проблемы лечения хронических ВЗОМТ в последнее время приобретает особую значимость не только в связи с ростом частоты заболевания, но и тяжестью вызываемых им нарушений репродуктивной системы женщины. Воспаление играет роль в возникновении такой патологии, как эктопия шейки матки - 15% от числа всех гинекологических больных, лейомиома матки - 30%, эндометриоз - 25%. Воспалительные заболевания являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопической беременности, невынашивания. В патогенезе как воспалительных процессов, так и их последствий для функциональных способностей репродуктивных органов важную роль играют сосудистые нарушения в органах малого таза. В литературе практически не изучена проблема сочетания хронических ВЗОМТ с хронической венозной недостаточностью. Высокая частота ВЗОМТ, в большинстве случаев низкая эффективность лечения (частые рецидивы, сочетание с хронической тазовой болью) диктуют необходимость поиска рационального метода лечения. Причиной тазовых болей могут быть нарушения гемодинамики органов малого таза, ухудшение микроциркуляции в матке на фоне венозного застоя, нарушение трофических процессов в органах малого таза, изменения функционального состояния центральной нервной системы и вегетативно-сегментарные расстройства.

Цель исследования: поиск новых эффективных методов лечения хронического воспаления придатков матки и эндометрия - применением венотоников -с целью улучшения кровообращения в сосудистом бассейне органов малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным при нашем исследовании мы проводили интравагинальное ультразвуковое исследование малого таза, включая цветное доплеровское картирование (ЦДК) и импульсную доплерометрию кровотока в маточных и спиральных артериях с определением индекса резистентности (IR) и систолодиастолического отношения (CDO).

В проведенных нами исследованиях 37 пациенток с ВЗОМТ по данным доплерографии, у 87% больных выявлены нарушения гемодинамики сосудистого бассейна малого таза, что проявлялось в дефиците кровенаполнения, снижении тонуса крупных сосудов и их

эластичности, повышении тонуса артериол и венул, ухудшении микроциркуляции и затруднении венозного оттока. Эти нарушения находились в прямой зависимости от длительности и стадии воспалительного процесса. У 67 % больных отмечались нарушение венозного кровообращения в виде варикозного расширения вен органов малого таза.

Учитывая эти данные, с целью улучшения эффективности лечения пациенток мы включили в комплекс традиционной противовоспалительной терапии (антибактериальные препараты, НПВС)-венотоник на основе конского каштана Аескувен, обладающего венотонизирующим, противовоспалительным и выраженным противотечным действием. Аескувен – немецкий препарат на основе конского каштана, с основным действующим веществом эсцин 30 мг - препарат комплексного действия для укрепления стенок тазовых вен, устранения венозного застоя, повышения проникновения в воспаленные ткани антибиотиков и скорейшей эрадикации возбудителя, улучшения микроциркуляции, устранение отечности, нормализации венозного и лимфатического оттока для стихания воспалительного процесса. Важно отметить, что нормализуя состояние вен матки, восстанавливается и артериальный кровоток, что создает условия для успешного лечения больных хроническим эндометритом.

Выводы: Включение растительного венотоника Аескувен в комплексную традиционную противовоспалительную терапию больных с хроническим воспалением придатков матки и эндометритами, показало высокую клиническую эффективность лечения и повысило качество жизни пациенток в 93% случаев. Это проявлялось достижением стойкой ремиссии до полутора лет у 74% и нормализации репродуктивной функции у 57% женщин за наблюдаемый нами срок исследования.

КОРРЕКЦИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Назарова Д.Э., Закирова Г.Ю., Рузиева Н.Х., Рассадина М.В.,
Юлдашева С.З., Турбанова У.В.**

Актуальность проблемы. Миома матки представляет собой одну из самых распространенных патологий женской половой сферы. Причины возникновения и роста миомы матки до сих пор изучаются. Нарушения в эндокринной, иммунной, репродуктивной системе, а также неблагоприятные факторы внешней среды также считаются факторами прогрессирования патологии. Заболевание диагностируется у женщин разных возрастных групп и характеризуется преимущественно доброкачественным течением. Однако важнейшим в терапии миомы матки всегда остается вопрос о сохранении деторождения у женщин репродуктивного возраста, который также актуален и в плане развития осложнений развития миомы– бесплодия. Поэтому и принципы лечения

модифицируются с превалированием консервативных типов лечения. Препараты медикаментозной терапии могут замедлить прогрессирование болезни, стабилизировать рост узлов и даже уменьшить объём образований. И так как, в качестве основного фактора развития заболевания рассматриваются гормональные нарушения, которые к тому же чаще и являются причиной бесплодия у женщин с миомами, встает вопрос о коррекции данных нарушений.

Цель исследования: Поиск новых фармакотерапевтических методов коррекции бесплодия на фоне миомы матки, профилактики прогрессирования роста миомы.

Активное продолжение исследования патогенеза гиперпролиферативных процессов репродуктивных органов женщины привело к выявлению новых фактов, имеющих отношение к механизму развития лейомиом, среди которых – новые данные о роли пролактина. Учитывая важное значение пролактина в регуляции различных процессов в организме, в том числе адаптационных его возможностей, иммунитета, при коррекции гиперпролактинемии важным является достижение концентрации гормона в пределах физиологических уровней, избегая при этом подавления его секреции до патологически низких показателей (что часто имеет место при применении химических препаратов). Учитывая, что подавляющее большинство случаев гиперпролактинемии на фоне лейомиом характеризуются небольшим уровнем повышения концентрации гормона, чаще функционального характера, именно лекарственные средства мягкого действия являются наиболее оптимальными и в большинстве случаев эффективными. Интересным представляется на этот счет применение растительных препаратов на основе прутняка, которые к тому же имеют мультицелевое воздействие. Эти препараты можно считать средствами выбора при начале терапии дисгормональных расстройств, в том числе гиперпролактинемии, учитывая их безопасность и возможность назначения широкому кругу пациенток. Применение растительных препаратов, содержащих экстракт *Vitex agnus-castus* (прутняка обыкновенного) при регулярном применении восстанавливают нарушенный гормональный дисбаланс, положительно влияют на нормализацию эмоционального фона, правильное функционирование многих систем организма; улучшают общее состояние и самочувствие женщины, являются безопасными в отношении эндометрия и молочных желез, хорошо сочетаются с традиционной терапией (гормональное лечение, противовоспалительное и др.).

Результаты исследования и их обсуждение. У обследованных нами 27 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки имели место в 92% случаях жалобы на нарушения менструального цикла, бесплодие, превалировали симптомы ПМС, дискомфорт и доброкачественные изменения в области молочных желез. Дальнейшее обследование пациенток - подтвердило - отсутствие овуляции, наличие гормональных

нарушений по результатам лабораторных исследований - снижение прогестерона, повышение пролактина у 74% обследуемых, что явилось обоснованием применения при этих состояниях немецкого препарата Феминон А с мягким дофаминергическим действием. Препарат изготовлен в Германии и имеет научные подтверждения своей эффективности. Феминон А снижает концентрацию пролактина, способствует естественному восстановлению процесса овуляции и менструального цикла, при его применении происходят изменения слизистой (во второй фазе цикла), что способствует нормализации объема нормальных выделений, также улучшается психологическое состояние женщины, что тоже имеет значение, учитывая, что чрезмерная нервозность приводит к увеличению количества и роста новообразований, поскольку баланс гормонов нарушается еще больше.

Применение Феминон А у наблюдаемых нами пациенток нормализовало гормональный дисбаланс (пролактин, прогестерон) у 82% пациенток. Важно отметить, что нормализация прогестерона гормональными препаратами не всегда благоприятно в прогнозе роста миом матки, поэтому применение негормональных препаратов с прогестероноподобным действием тоже актуально и перспективно у таких пациенток. Кроме того при умеренных показателях повышения пролактина (повышение до 1,5 раза) – применение растительного препарата Феминон А эффективно снижает повышенный пролактин, нет необходимости корректировать химическими препаратами, как было отмечено и выше. В проведенных нами исследованиях было показано, что применение Феминон А у пациенток с миомой матки на фоне повышенной концентрации пролактина в 86,8% случаев способствовало его нормализации в пределах его физиологических уровней. При этом ни в одном из них не отмечено падение уровня гормона до низких показателей (1–2 нг/мл), что иногда имеет место при назначении более сильных препаратов. Была отмечена хорошая переносимость терапии и отсутствие случаев отказа от приема препарата вследствие побочных эффектов. У 17 пациенток в процессе лечения был получен положительный результат в плане наступления беременности. Кроме того, исследования показали, что восстановление гормонального дисбаланса способствовало также благоприятному течению миомы - у наблюдаемых нами пациенток не было роста миомы, прогрессирования ее развития. Учитывая результаты проведенных нами исследований, коррекцию гиперпролактинемии можно считать патогенетически обоснованной составляющей комплексного лечения лейомиом и профилактики ее роста. В случаях наличия миом небольших размеров, когда основная цель лечения – стабилизация размеров опухоли и профилактика быстрого ее роста, нормализация гормонального статуса имеет особое значение. У пациенток с миомой и умеренной гиперпролактинемией функционального характера эффективным методом коррекции является назначение в комплексной

терапии фитопрепаратов дофаминергического действия Феминон А. Нормализация гормонального гомеостаза способствует стабилизации эффективности лечения миомы, профилактике рецидивов опухоли и создает условия для восстановления репродуктивной функции женщины.

Выводы. Это позволило нам прийти к заключению, что при обнаружении лейомиомы матки у женщин с мастопатией и бесплодием включение Феминон А в комплексную традиционную терапию - приводят к регрессу образования и устранению характерной для заболевания симптоматики, нормализации продукции половых гормонов уровня пролактина и прогестерона; нормализации устранения недостаточности жёлтого тела; снижению концентрации пролактина; естественному восстановлению процесса овуляции и менструального цикла, что создает условия для наступления желанной беременности и благоприятно влияет на уменьшение прогрессирования роста миомы матки.

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Нажмутдинова Д.К. Умирзакова С.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Введение. Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, нередко отеками и проявлениями полиорганной/ полисистемной дис функции/ недостаточности. ПЭ осложняет 5–8% беременностей и является ведущей причиной материнской смертности и внутри утробной гибели плода – ежегодно во всем мире от нее погибает около 60000 женщин. Следует заметить, что на сегодняшний день ранняя (до 34 недель) и поздняя (после 34 недель) ПЭ рассматриваются скорее как две совершенно обособленные единицы, нежели как различные клинические формы одного и того же заболевания. Различия в указанных двух формах заключаются не только в сроках возникновения симптомов заболевания, хотя данный вопрос также остается дискуссионным.

Цель исследования. Изучить факторы риска, материнские и перинатальные осложнения у женщин, беременность которых осложнилась тяжелой преэклампсией с ранним и поздним дебютом.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 58 историй беременных, по поводу тяжелой ПЭ в родильный комплекс при ТМА за период 2015–2017 гг. Критерием включения были САД 160 мм рт.ст., ДАД 110 мм рт.ст., протеинурия >3 г/л, симптомы полиорганной недостаточности, задержка внутриутробного роста плода. Раннее начало преэклампсии имели женщины с многоплодной беременностью (6,0%), генетической тромбофилией (6,4%). Тяжелая ПЭ с поздним началом наблюдалась

у женщин с индексом массы тела более 35 (23,2%). Нулевой паритет, хроническая артериальная гипертензия, заболевание почек являются наиболее часто встречающимися факторами риска развития тяжелой ПЭ, но не имеют достоверных различий у женщин с ранней и с поздней ПЭ. Экстрагенитальная патология выявлена у 74,2% женщин с ранним началом ПЭ, среди них ведущими являются хроническая артериальная гипертензия (35%), хронический пиелонефрит (17,1%). Однако, у 25,7% пациентов соматической патологии не было выявлено. У женщин с поздней ПЭ экстрагенитальные заболевания отмечались в 75,8% наблюдений. Как при ранней, так и при поздней ПЭ лидирующую позицию занимала хроническая артериальная гипертензия (33%). В отличие от ранней ПЭ у женщин с поздней ПЭ ожирение встречалось в 13,5%. При ранней ПЭ – нарушения системы гемостаза (генетическая тромбофилия) отмечена в 6,4% наблюдений. В 24,1% наблюдений соматический анамнез был неотягощен. Частота встречаемости ПЭ в предыдущие беременности не имела достоверных различий между группами с ранней и поздней ПЭ (11,2% и 12,6% соответственно). При многоплодной беременности частота развития тяжелой ПЭ достигала – 12,2%. Ранний дебют до 34 недель отмечен в 8,7%, поздний – 3,5%. Осложнения тяжелой ПЭ с ранним началом выявлены в 6,0% случаев: эклампсия, HELLP-синдром 12,7%, критическое состояние кровотока в 9,7%, антенатальная гибель плода в 9,7%. При позднем развитии тяжелой ПЭ эклампсия развилась в 2,5% наблюдений, HELLP-синдром в 9,2%, антенатальная гибель плода в 1,6%, критическое состояние кровотока не было отмечено ни в одном из наблюдений.

Выводы. В результате проведенного ретроспективного исследования в группе ранней ПЭ выявлена большая частота встречаемости первородящих, пациенток с генетической тромбофилией, многоплодной беременностью, Тяжелая ПЭ с поздним началом наблюдалась у женщин с ожирением, хронической артериальной гипертензией, заболеваниями почек. Тяжелая артериальная гипертензия (САД более 160 мм.рт.ст., ДАД более 110 мм.рт.ст.) отмечена в 47,0% наблюдений при ранней тяжелой ПЭ, и в 18,1% при поздней тяжелой ПЭ. В группе ранней ПЭ выше частота HELLP-синдрома, тяжелой ЗРП и критического состояния плода, антенатальной гибели плода.

РЕГУЛЯТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАЗВИТИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Нарзуллаева Н.С., Абдурахманов М.М., ¹Магзумова Н.М., ²Джумаева Д.Н.
Бухарский госмединститут, ¹Ташкентская медицинская академия,
²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Миома матки (ММ) – одна из самых распространенных опухолей женских половых органов – доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечных и соединительнотканых элементов. Миома матки – наиболее частая опухоль области малого таза и может быть обнаружена примерно у 15-20% женщин репродуктивного возраста. В структуре гинекологических заболеваний она составляет 27%. Механизмы развития и роста этой доброкачественной опухоли окончательно не установлены и остаются дискуссионными. В настоящее время обсуждается роль в патогенезе миомы иммунных нарушений. Доказано, что рост миомы сопровождается ослаблением иммунной защиты на фоне повышения уровня провоспалительных цитокинов, которые являются регуляторами процессов пролиферации и апоптоза, медиаторами действия половых стероидов.

Целью исследования явилось изучение сывороточных уровней, а также в перитонеальной жидкости некоторых провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-8, IL10, IL-18, IFN γ и TNF α) у женщин с миомой тела матки в зависимости от размеров опухоли.

В исследование были включены 29 женщин фертильного возраста с миомой тела матки. Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин сопоставимого возраста. По длительности течения ММ пациентки распределились в диапазоне от 0 (впервые выявленный случай) до 18 лет.

По результатам проведенного исследования были выявлены достоверно повышенные уровни IL-6, IL-8, IL10, IL-18, IFN γ и TNF α у пациенток с длительностью течения заболевания более 5 лет по сравнению с пациентками, у которых ММ существовала менее 5 лет. Содержание IFN γ в перитонеальной жидкости пациенток с ММ обратно коррелировало с размером матки. Кроме того у пациенток с размером матки менее 8 недель беременности уровень IFN γ был достоверно выше чем в группе больных с размером выше 8 недель. Содержание IL-10 характеризовалось повышенным уровнем у пациенток с аденомиозом, быстрым и медленным ростом миомы матки, а также с простым и пролиферирующим типом опухоли. Повышение уровня IL-6, как в сыворотке крови, так и в перитонеальной жидкости, было выявлено у пациенток с единичными миоматозными узлами в сопоставлении с группой с множественными узлами и группой сравнения. Помимо этого интрамуральная и субсерозная локализация узлов также характеризовалась повышенным содержанием IL-6 в перитонеальной жидкости. У пациенток с отсутствием аденомиоза уровень IL-6 был достоверно выше, чем в группе сравнения.

Таким образом, у больных со стабильно малыми размерами миомы матки отмечен высокий уровень концентрации в перитонеальной жидкости IFN- γ и обнаружена обратная корреляция его содержания с размерами опухоли, что свидетельствует о сдерживающей роли Th1-типа иммунного ответа в прогрессировании миомы матки. Увеличение экспрессии IL-6 у больных с единичными узлами опухолевого роста и при субсерозно-интрамуральной локализации узлов обусловлено эозинофильной инфильтрацией миометрия, осуществляющей протективную роль в развитии многоузловых форм миомы матки и субмукозной ее локализации.

ASSESSMENT OF POSTPARTUM BACTERIURIA WITH AMOXICILLIN

**Narzullaeva NS., Khotamova M.T.
Bukhara State medical institute**

The aim of the study was to compare the frequency of true bacteriuria in the analysis of the average portion of urine and samples obtained with suprapubic urinary bladder puncture, and also evaluate the effectiveness of short-term therapy with amoxicillin.

Materials and methods: Of the 10,909 puerperas, 881 (8.1%) had microbial growth. A repeated study of urine taken by suprapubic aspiration was performed in 731 women and only 48% of them had bacteriuria confirmed. The frequency of "contamination" of the average portion of urine according to various authors is 46-69% [1,2].

Results of the survey: The authors consider the suprapubic puncture to be a simple, safe and informative method. The risk of bacteriuria in the postpartum period increases after operative labor, epidural anesthesia and bladder catheterization. Only 27% of women with bacteriuria complained of urination disorders, most of them had a catheterization of the bladder. 230 puerperas were treated with amoxicillin: 114 for 3 days at 1.5 g / day, 116 for 10 days at 750 mg / day. The effectiveness of 2 regimens of antibiotics was 96 and 98%.

Conclusion: Thus, a short course of antibiotic therapy can be recommended for women with infectious urinary tract infections in order to avoid prolonged exposure of medicinal drugs to a nursing mother.

ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

**Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш.
Бухарский государственный медицинский институт**

Несмотря на многочисленность исследований, преэклампсия (ПЭ) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Недооценка степени тяжести ПЭ, несовпадение имеющихся клиничко-лабораторных и инструментальных данных с истинной тяжестью патологических изменений в системе – мать – плацента- плод, когда на фоне клинически легкого или среднетяжелой ПЭ

развиваются такие тяжелые осложнения, как эклампсия, полиорганная недостаточность ведущие к материнской и перинатальной смертности.

Цель исследования: Обосновать возможность прогнозирования и ранней диагностики ПЭ на основании выявления нарушений внутрисердечной и сосудистой гемодинамики.

Материалы и методы исследования: Контингент исследования составили 60 беременных. Все пациентки были разделены на три группы: I группа – 20 беременных с легкой преэклампсией ПЭ; II группа – 20 беременных с тяжелой преэклампсией; III группа – 20 женщин с физиологически протекающей беременностью. Исследование проводили, в сроки гестации 34 недель доплерометрическое исследование выполнялось, на аппарате Фирма SonoScare модел SSI – 5000 (китай) Статистика обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программы MicrosoftOfficeExcel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе эхокардиографических параметров исследуемых беременных вычисляли массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Во II триместре у пациенток с присоединившейся ПЭ средние значения показателей фактической ММЛЖ и ИММЛЖ достоверно превосходило аналогичные показатели женщин с чистой ПЭ и контрольной группы. ($P < 0,05$). Среднее значение ММЛЖ пациенток с легкой преэклампсией (ПЭ) оказалось достоверно меньше чем у женщин с тяжелой преэклампсией (ПЭ) - 145/(128-150) и 155(116-172), соответственно ($P < 0,05$). В соответствии с увеличением срока беременности возрастала и ММЛЖ у пациенток с ПЭ, однако при ПЭ среднее значение таковой составило 150 г, а при присоединившейся ПЭ – 165 г ($P < 0,05$). У здоровых беременных среднее значение ММЛЖ оказалось наименьшим по сравнению с аналогичным показателем у беременных тяжелой преэклампсией, причем разница в значениях обнаруживалась со II триместра.

Таким образом, осложненной преэклампсией беременность отличается от физиологической беременностью сниженными объемными гемодинамическими параметрами (ФВ, УО, КДО) и диастолической дисфункцией ЛЖ. Непропорционально высокий показатель ММЛЖ при присоединившейся преэклампсией выступает маркером неадекватной сердечно – сосудистой перестройки в период беременности.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н Р., Ахмедов Ф.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Каждая женщина, собирающаяся родить ребенка должна знать, что природа максимально продумала естественные роды, это является лучшим способом появления малыша на свет. А вот кесарево сечение(КС) все же остаётся хирургическим вмешательством, такая операции должно

выполняться, строго по медицинским показателям, так как при оперативном родоразрешения высок риск патологической потеря крови.

В мире отмечается рост КС. В нашей республике Узбекистан настоящее время частота КС составляет 22,5%. Тромбогеморрагические осложнения при КС, связаны с изменениями в гемостазе, обусловленными особенностями гормонального фоне и другими метаболическими сдвигами при беременности.

Целью нашего исследования явилось - изучить коагуляционный гемостаз до и после родоразрешения путем КС, оценить целесообразность использования антиоксиданта-альмибо для коррекции гемокоагуляционных сдвигов.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 здоровых беременных, род разрешённых путем КС. 49 из них получали комплекс витаминов и антиоксидант (Альмибо) в течение 14 дней до и после операции 1 флакону 2 -3 раза в сутки; 51 беременных составили контрольную группу. По клинико-anamnestической характеристике группы были идентичным.

У всех пациенток оценивали параметры общей свертывающей активности (описание Баракан З.С 1999г), показатель антиоксидантной активности (ОАА) (Randox). Определения осуществляли до операции, на 1,2,3,7-8 сутки после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. Обнаружено у здоровых беременных гиперкоагулемия приспособительный характер - реакция на предстоящую кровопотерю (укорочено АВР, увеличено МНО), однако она достигает степени ДВС: прирост ПДФ и РФМК невелик. Через сутки после КС АВР и АЧТВ удлинены, увеличивается, уровень РФМК невелик. Через сутки после КС АВР и АЧТВ удлинены, увеличивается уровень ПДФ и РФМК в 0,7 и 0,5 раза соответственно. Наблюдается переход приспособительной гиперкоагулемии в ДВС II степени. После изменения постепенно ослаблялись, но отличались от исходных и на 7-8 сутки (особенно паракоагуляционные пробы- признак продолжающегося интенсивного тромбогенеза). Снижение ОАА прогрессирует, что может рассматриваться как фактор, затрудняющий микроциркуляцию и, следовательно, усиливающий склонность к внутри -сосудистому свертыванию крови. У женщин, получавших альмибо, через сутки после операции появляются признаки активации свертывания (рост ПДФ и РФМК), признаков потребление факторов свертывания нет (не изменены АВР, АЧТВ и МНО), не изменен уровень фибриногена; что соответствует гиперкоагулемической фазе ДВС, в отличие от ДВС II стадии у рожениц контрольной группы. Введение Альмибо повысило ОАА в послеоперационном периоде, что улучшает условия для микроциркуляции.

Таким образом, КС на фоне применения Альмибо активировало внутрисосудистое свертывание в меньшей степени, чем при обычном лечении без витаминов, целесообразно ее применение как средство неспецифической коррекции и гемостазиологических сдвигов в послеоперационном периоде

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛООБРАЗУЮЩИХ КЛЕТОК(АОК) СЕЛЕЗЕНКИ

Нуралиев Н.А., Собирова Д.Р.

Бухарский государственный медицинский институт

АОК селезенки определяется с помощью прямого метода локального гемолиза на агарозе по Jerne N. и Nordin A. (1963), на 5-сутки после иммунизации эритроцитами барана. Для этого в пластиковую чашку Петри диаметром 40 мм, предназначенную для культивирования тканевых культур заливают 1 мл 0,6% раствора агарозы, прогретой до 49°C, 0,03 мл 20% суспензии эритроцитов барана и 0,1 мл заранее приготовленной суспензии клеток селезенки. Резкими движениями достигается равномерное расположение смеси агарозы, суспензии клеток селезенки, эритроцитов барана на дне чашки Петри, которую оставляют в термостате (37°C) на 1,5 часа. После этого чашки Петри извлекают из термостата, наливают 1 мл комплемент морской свинки, растворенного в физиологическом растворе в соотношении 1:20, затем снова помещают в термостат (37°C) на 1 час. После истечения времени чашки Петри достают из термостата и подсчитывают образовавшиеся зоны гемолиза - «бляшки». Количественное содержание ЯСКС подсчитали с помощью камеры Горяева на суспензии селезенки, выделенных после умерщвления мышей.

При проведении всех экспериментальных исследований соблюдали этические принципы при работе с лабораторными животными и правила биологической безопасности.

На основании исследований для оценки рисков нарушения здоровья предложен иммунологический биомаркер определения загрязнения организма - индекс иммунотропности (ИИТ), который позволяет определить степень влияния изучаемого нового продукта на иммунологические показатели (АОК селезенки, $\times 10^5$ клеток или ЯСКС, $\times 10^5$ клеток) белых беспородных мышей в эксперименте.

Расчет ИИТ проводится по следующей формуле:

$$\text{ИИТ} = (\text{Б} - \text{А} / \text{А}) \times 100, \text{ где}$$

ИИТ - индекс иммунотропности;

А - количество АОК или ЯСКС селезенки мышей, принимавшие новый продукт в максимальном количестве,

Б - количество АОК или ЯСКС селезенки мышей не принимавшие новый продукт,

100 - поправочный коэффициент.

Установлено, что при ИИТ 101 единиц и выше - сильное иммунотропное влияние; ИИТ 1-100 единиц - слабое иммунотропное влияние; ИИТ -100-0 единиц - нет иммунотропного влияния - наличие возможного иммунотоксического действия.

Ниже мы приводим примеры подсчета ИИТ:

$$\text{ИИТ (АОК)} = (\text{Б} - \text{А} / \text{А}) \times 100 = (52,8 - 23,7 / 23,7) \times 100 = 123 \text{ единиц.}$$

$$\text{ИИТ (АОК)} = (\text{Б} - \text{А} / \text{А}) \times 100 = (27 - 29 / 29) \times 100 = -7 \text{ единиц.}$$

ИИТ (АОК) = $(B - A / A) \times 100 = (48 - 46 / 46) \times 100 = 4$ единиц.

ИИТ (ЯСКС) = $(B - A / A) \times 100 = (422 - 197 / 197) \times 100 = 114$ единиц.

ИИТ (ЯСКС) = $(B - A / A) \times 100 = (316 - 159 / 159) \times 100 = 99$ единиц.

ИИТ (ЯСКС) = $(B - A / A) \times 100 = (178 - 194 / 194) \times 100 = -8$ единиц.

Таким образом, предложенный нами индекс иммуностропности (ИИТ) рекомендуется как биологический маркер эффекта определения загрязнения организма контаминантами химической и биологической природы, в том числе ГМО. ИИТ оценивается следующим образом: ИИТ 101 единиц и выше - сильное иммуностропное влияние; ИИТ 1-100 единиц - слабое иммуностропное влияние; ИИТ -100-0 единиц - нет иммуностропного влияния, наличие возможного иммунотоксического действия.

ВЛИЯНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Нурмухамедова Д.А., Магзумова Н.М.

Ташкентская медицинская академия

По данным различных исследований в сфере гинекологии, частота посттравматических и врожденных рубцовых изменений шейки матки составляет от 15% до 55%, при этом в репродуктивном возрасте она может достигать 70%.

Было выявлено, что значимыми факторами риска формирования рубцовой деформации шейки матки являются воспалительные заболевания гениталии.

Рубцовая деформация шейки матки является причиной бесплодия, невынашивания беременности, деформация шейки матки существенно влияет на течение и исход беременности.

Цель нашего исследования: Изучить состояние шейки матки после ее деформации и влияние деформации на беременность.

Материал и методы исследования: Работа выполнена на базе 2-клиники ТМА. Для исследования было охвачено 20 женщин с рубцовой деформации на шейке матки. Они разделены на три группы. 1-группа - 8 женщин, у которых выполнена Диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК). 2-группа - 8 женщин, которые перенесли травму шейки матки при предыдущих родах. 3-группа - 4 женщины, у которых имеются воспалительные процессы шейки матки.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении женщин по группам, было выявлено в первой группе из 8 женщин 4/8 (50%) роды осложнились родовым разрывом плодных оболочек, 2/8 (25%) произошёл самопроизвольный аборт в поздних сроках, 1 из 8 женщин 1/8 (12.5%) испытала внематочную беременность. Во 2-й группе исследуемых женщин роды осложнились: 1/8 (12.5%) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Из 8 женщин у 1-й 1/8 (12.5%) наблюдалась неразвивающаяся беременность. У женщин 3-й группы,

у 1-й из 4 женщин 1/4 (25%) роды закончились оперативным путем. У остальных беременность проходила без особенностей и роды произошли через естественных родовых путей.

Проведенные исследования показали, что деформация шейки матки влияет на течение и исход беременности и родов. В заключение отметим, во избежание последствий после ДЭК, необходимо проводить операцию с осторожностью, уделяя особое внимание анатомическим особенностям при накладывании швов, а также послеродовой реабилитации. Важно своевременно определять и лечить воспалительные процессы шейки матки.

ЭЛЕКТРОКАУСТИКА НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Нуров. У.И., Нурова Г.У.

Бухарский медицинский институт .

Ринит – заболевание слизистой оболочки полости носа . Сопровождающейся ,ежедневно в течение часа и более, хотя бы двумя из следующих симптомов : заложенностью носа, выделениями из носа , чиханием и щекотанием в носу . По результатам эпидемиологических исследований около 20%-населения страдают хроническим ринитом , до 40% периодически отмечают наличие тех или иных симптомов данной патологии . Хронические риниты не только значительно ухудшают качество жизни пациентов, но и способствуют развитию патологических состояний других отделов дыхательной системы . Отрицательно влияют на функциональное состояние практически всех органов и систем организма .

Несмотря на длительную историю изучения проблемы хронических ринитов, многие вопросы, в том числе и диагностика, и способ лечения ринитов остаются нерешенными . Внедрение в клиническую практику новых функциональных методов лечения больных с различными формами хронических ринитов представляют значительный интерес для оториноларингологов на современном этапе .

Цель исследования: изучить эффективность электрокаустики нижних носовых раковин при хронических ринитах у женщин физиологически протекающей беременности.

В нашем исследовании наблюдались 15 беременных женщин в 1 триместра беременности с хроническими ринитами, которым была проведена электрокаустика нижних носовых раковин .

Распределение пациентов с хроническим ринитами, которым была проведена электрокаустика нижних носовых раковин, по формам

Форма ринита	Гипертрофически ринит	Вазомотор аллергический ринит	Вазомотор нейровегетативный ринит	Всего
Число пациентов	6	2	7	15

Электрокаустика нижних носовых раковин у всех беременных женщин проводилась без какой либо предварительной подготовки, под местной аппликационной анестезии 10% -раствором лидокаина, в среднем по 1.0-2.0 мл на каждую раковину. Перед анестезией проводилась анемизация слизистой оболочки нижних носовых раковин 1% -раствором нафтизина, осложнения при анестезии не наблюдалось ни у одного пациента.

После анестезии электрокаутером по направлению сзади вперед двумя параллельными бороздками по медиальной поверхности раковины проводилась коагуляция нижней носовой раковины. Под действием высокой температуры формировался коагуляционный некроз и в дальнейшем сморщивание раковины .

Каких либо осложнений во время электрокаустики нижних носовых раковин и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, во всех случаях необходимый объем вмешательств был выполнен с достаточно визуальным контролем, без использования эндоскопической техники. Значительных отличий при подготовке и проведении ультразвуковой дезинтеграции, подслизистой вазотомии и

УЗ- дезинтеграции отмечалось незначительное кровотечение , что потребовало тампонирования полости носа на сутки. После лазерной коагуляции и электрокаустики тампонирование не производилось. Ранней послеоперационный период после всех названных видов воздействий протекал без осложнений, женщины были выписаны через 2-3 часа после выполненного вмешательства.

Исходя из выше изложенного можно прийти к выводу, что электрокаустика нижних носовых раковин при хроническом рините безопасна для проведения как женщинам с физиологически протекающей беременностью, так и пациентам с уточненным диагнозом. Следовательно, можно оправдать использование Электрокаустики нижних носовых раковин как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Нигматова Г.М., Шейхова Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: оценить эффективность применения L-аргинина («Тивортин», «Юрия-Фарм», Украина) на исходы беременности у женщин с невынашиванием инфекционной этиологии

Материал и методы исследования: 40 беременным с угрозой преждевременных родов (ПР) на фоне инфекции, наряду с патогенетическим лечением вводили препарат «Тивортин» в дозе 100 мл внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней. Состояние внутриутробного

плода исследовали при помощи аускультации, ультразвуковой биометрии плода и плаценты (УЗИ), кардиотокографии (КТГ) и эходопплерометрии.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного курса лечения наблюдались случаи клинических изменений: уменьшение бурных шевелений плода, купирование признаков ранних родов, исчезновение отеков, резкое увеличение объема живота беременной. При этом женщины указывали на значительное улучшение общего самочувствия, исчезновение болей внизу живота. Данные функциональных методов исследования свидетельствовали о значительном улучшении состояния фетоплацентарного комплекса.

Так, на КТГ нами обнаружены признаки значительного улучшения состояния внутриутробного плода, характеризующегося стабилизацией частоты сердечных сокращений, базального ритма и числа акцелераций за 40 мин с их нормальной амплитудой, а также единичными децелерациями. У 12 (46,2%) женщин состояние оценено «5» баллами, учитывая значительное улучшение состояния сердечно-сосудистой системы по сравнению со второй группой. «4» баллами оценены 13,6%, что показывает резкое уменьшение по сравнению со второй группой. Имеется единичный случай оценки в «2» балла, что составляет 7,7%. Данные УЗИ свидетельствуют о нормализации мышечного тонуса матки, двигательной активности плода и его дыхательных движений в соответствии со сроками гестации, нормализации количества объема амниотической жидкости, оптимизации структуры и размеров плаценты. В результате проводимой терапии отмечена динамика снижения показателей ИСС обследуемых сосудов в исследуемой группе. У беременных, получавших в комплексной терапии ДП «Тивортин», происходит динамическое снижение средних значений индексов сосудистой сопротивляемости (ИСС) сосудов маточно-плацентарно-плодового кровообращения (МППК). Снижение кровотока наблюдалось у 2% больных. При этом на фоне лечения в группе сравнения у 10% регистрировался критический нулевой кровоток в артерии пуповины, в основной группе критический кровоток не наблюдался. Под влияние включения в терапию ДП «Тивортина» улучшение показателей МППК наступило у 82,5% беременных.

У 26 женщин, получавших «Тивортин», роды произошли через естественные родовые пути. В 40 недель родились 18 (60%) детей, в 37-38 недель – 8 (30,7%) детей. У 22 (84%) новорожденных при рождении состояние по шкале Апгар было оценено в 8 баллов, у 4 (15,4%) – в 7 баллов. Средняя масса новорожденных, родившихся от матерей после курсов лечения «Тивортином», составляла $3300 \pm 115,2$ г, что на 46% выше показателей группы, получавшей традиционную терапию. Это различие оказалось статистически достоверным ($P < 0,05$).

Таким образом, применение озонотерапии у данного контингента женщин позволила добиться значительного улучшения клинических и лабораторных показателей, что способствовало пролонгированию беременности и более благоприятному прогнозу для плода и новорожденного.

ОСОБЕННОСТИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Парвизи Н.И., Гайбуллаева Д.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Фоновые заболевания шейки матки, занимая одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии являются одним из факторов риска возникновения предраковых состояний и рака шейки матки.

Цель исследования: выявить особенности кольпоскопической картины при патологии шейки матки в различные возрастные периоды .

Материалы и методы исследования. Обследованы 58 женщин, находившихся на амбулаторном лечении. В возрасте 20-35 лет 34,5%(20), в возрасте 35-45лет 48,3%(24), 45лет и старше-17,2%(10) пациенток. Всем обследованным проводили кольпоскопию, бактериологическое исследование, ВПЧ, цитологическое исследование по Паппаниколау, оценку изменений шейки матки по системе Бетesda (США)

Результаты исследования и их обсуждение. В 75% исследований обнаружены III и IV степени чистоты влагалищного содержимого. Бактериологические исследования выявили содержание во влагалищной флоре больше стафилококковой флоры (St.Aureus 38%, St.epidermidis 25%, Esh.Coli 22% и остальные представители 15%).

Кольпоскопическая картина шейки матки у больных первой группы представляла собой незаконченную зону трансформации, отмечалась инъецированная слизистая оболочка, характерная для цервицита. По системе Бетesda отмечались результаты ASCUS и LSIL

Для женщин позднего репродуктивного возраста 35-40лет наиболее характерны интенсивная пролиферация клеток эпителиального слоя, расширение сосудов, перифокальное воспаление и, также, признаки воспалительных процессов. Также изменения на уровне ASCUS и LSIL.

У обследованных старше 45 лет зачастую обнаруживали папиллярные зоны дисплазии, простую лейкоплакию, предопухолевую зону трансформации. В этой группе отмечались атипические изменения шейки матки- атипическую васкуляризацию, пролиферирующую лейкоплакию. По Бетesda отмечались ASCUS и LSIL, AGC, HSIL.

Проведенные обследования показали:

1.В различные возрастные периоды кольпоскопическая картина шейки матки имеет свои специфические изменения.

2.Несмотря на возраст, кольпоскопические изменения с неопределенным атипическим строением может иметь место даже и у более молодой возрастной группы.

3. Необходимо учитывать субклиническое течение изменений в шейке матки

Это свидетельствует в пользу необходимости проведения регулярных профилактических осмотров женщин любого возраста, что будет способствовать раннему выявлению патологии шейки и своевременной диагностике рака шейки матки.

EFFECTIVENESS OF MICROELEMENT SUPPORT IN WOMEN WITH RECURRENT REPRODUCTIVE LOSSES

**Özkaya E., Shodiev B. V., Kurbanova Z.Sh., Ph.D. Ashurova N.G.
Bukhara State medical institute, Department of Obstetrics and Gynecology,
Uzbekistan**

Objective. The objective of this study identifies risk factors that lead to reproductive losses by studying retrospective data. To study the features of reproductive function in patients with reproductive losses and to identify risk factors. Also determine the contingent of women to provide antenatal prophylaxis, also to offer preventive therapy with micronutrient deficiencies.

Study Design. The work was performed at the Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Faculty (Head of the Department – Ph.D. Ikhtiyarova GA) of the Bukhara State medical institute (rector-doctor of medical sciences, Inoyatov A.Sh.), on the Bukhara Regional Perinatal Center (director - Nadirhonova N.S) and in the clinical laboratory "Osuda Med Shifo", № 4 and 10 family polyclinics. The ultrasound was performed on the basis of the Bukhara Regional Perinatal Center (doctors: Badriddinova Sh.S., Kholova N.F, Sharapova N.H) We conducted a comprehensive clinical and laboratory examination of 149 women. All women in the main group had more than one loss of pregnancy in the history. The control group included 20 women Healthy women without any obstetrical and extragenital diseases. And the main group included 43 women which in anamnesis with the failure of pregnancy and miscarriages. The average age of patients with uncomplicated pregnancy (control group) was 24.17 years with individual fluctuations of 18-32 years, the average age of menarche was 13.1 years. At the same time, there were 34 (68%) primiparas, and 16 (32%) patients were recurrent. In general, the patients of the main group and the comparison group were comparable in age. The majority of women (77.2 and 77.9%, respectively) were in the age range of 20 to 29 years. Differences in the frequency of the transferred gynecological diseases were insignificant (35.2% in the main group, 10.7% in the control group). The number of first-class pregnant women in the main group had no statistical differences with that in the comparison group (38.9 and 34.7%) but significantly differed from that in healthy women (68.0%). When studying the micronutrient status of women in the 2nd group, it was found that in the early periods of pregnancy, 52.5-97.5% of them had a lower blood content. We conducted an analysis of the maps of 82 women with a history of recurrent miscarriages that was in the Bukhara Regional Perinatal Center (RPC) in the periods from 2015 to 2016, which comprised a group of retrospective women. The main focus of our study was the study of the background state of women throughout the pregnancy, the study of maternal and placental factors.

Results: Studying retrospective material, it was found that the main etiopathogenetic factors leading to reproductive losses are: background diseases, mainly anemia (76 women-88.4%), short intergenetic interval (50 women-

58.1%), complicated labor (31 women- 36%) and bacterial and viral infections (21 women-24.4%).

Observing the women with reproductive losses, it was revealed that every third (36%) woman in the history had a Violation of the menstrual ovulatory cycle of various types, one in four (27.4%) women had a history of more than 2 miscarriages. The overwhelming majority were women of active reproductive age (21-35years old). Microelement deficiency is characterized mainly by a deficiency of essential trace elements (iron, phosphorus, magnesium, and calcium) and detected in all women of the main group.

Conclusion. In our opinion, the elimination of the causes leading to reproductive losses should be based on the correction of microelements of the organism in women at high risk, taking into account the replenishment of the organism with essential micronutrients, also a direct influence of microelements on the formation of the fetus and during pregnancy.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБСТРУКЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Рахманова И.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Одной из главных и до конца не решенных проблем современного акушерства является проблема профилактики и лечения уже развившихся аномалий родовой деятельности. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные данному осложнению, многие вопросы охраны плода при развившейся обструкции родовой деятельности остаются открытыми.

Цель: изучение состояние внутриутробного плода в родах, осложненных затяжным течением.

Материалы и методы. В исследование вошли 251 женщины, I группу составили 112 рожениц, коррекция которым проводилась предлагаемой нами методикой. Во II группу вошли 89 рожениц, коррекция которым была осуществлена традиционным методом - стимуляция утеротониками, III контрольную группу составили 50 рожениц с физиологическим течением родов.

Применялись методы КТГ (кардиотокографии) и исследование показателей биофизического профиля плода.и 17 (19,1%) пациентки основных групп соответственно и 4 (8%) контрольной группы.

Результаты исследования и их обсуждение. У 37 рожениц нами проведен углубленный анализ состояния плода. По данным КТГ у них были обнаружены наиболее резкие изменения в состоянии плода и была диагностирована начавшаяся гипоксия плода. По данным КТГ у плодов имелись изменения ЧСС плодов на схватку по типу DipI у 14 рожениц и по типу DipII у 23 рожениц.

В основе патогенеза ФПН лежат поражение плацентарного барьера с нарушением его проницаемости, изменение реологических свойств крови

и микроциркуляции, приводящие к расстройству маточно- плацентарного и функционального состояния плода и плодово-плацентарного кровообращения и функционального состояния плода. В интранатальном периоде частое усугубление этих изменений сопровождается неблагоприятными перинатальными исходами (3). В связи с этим одним из путей снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности является своевременная диагностика, выбор оптимального метода родовозбуждения и медикаментозная коррекция хронической гипоксии плода в родах.

Истощение внутренних энергетических резервов ведет к деструкции клеточных мембран, разрушению клеток и тканевому ацидозу. Изменение внутриклеточного метаболизма в сторону преобладания анаэробного является ведущим патогенетическим механизмом развития гипоксических и ишемических повреждений органов и тканей у новорожденных.

Таким образом, целесообразно бережное ведение родов под постоянным мониторингом фетоплацентарного комплекса с использованием современных методов диагностики. Комплексное использование этих методов позволяет своевременно оценить состояние плода, определит дальнейшую тактику родов и способствует снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Выводы. Лечение обструктивных родов β -адреномиметиками позволило в 98,2% случаев родоразрешить женщин через естественные родовые пути. В результате лечения бета-адреналином в два раза снизился процент кесарских сечений, уменьшение процента оперативного родоразрешения в основном связано с улучшением состояния плода при введении бета-адреномиметиков. Сочетанное применение бета-адреномиметиков и препаратов антиоксидантного и антигипоксического действия при слабости родовой деятельности приводит к быстрому бережному родоразрешению, что позволяет считать этот метод лечения наиболее предпочтительным при данной патологии.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди инфекционно-воспалительных заболеваний нижних половых путей, возникающих во время беременности, значительное место занимают состояния, обусловленные нарушением физиологического вагинального микробиоценоза. Бактериальный вагиноз представляет собой патологию экосистемы влагалища, вызванную дисбалансом, проявляющимся уменьшением количества ферментирующих лактобактерий с одновременным увеличением количества условно-патогенных микроорганизмов.

Бактериальный вагиноз ассоциирован с целым рядом осложнений беременности, включая ранние и поздние выкидыши, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, амнионит, хориоамнионит, послеродовый эндометрит. Безусловно, своевременное выявление бактериального вагиноза и проведение санации влагалища может предотвращать осложненное течение беременности

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение эффективности коррекции микробиоценоза влагалища у беременных женщин.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 34 беременные женщины. Первую группу (основную) составили 21 беременные с нарушением микробиоценоза влагалища, которым назначалась терапия бактериального вагиноза вагинальными суппозиториями «Вагимилт» в течении 7 дней и восстановление нормоценоза применением пробиотика «Биоселак». Во вторую группу вошли 13 беременных с дисбиотическим состоянием биотопа влагалища, выявленным непосредственно при поступлении в Бухарский областной перинатальный центр для родоразрешения. Женщинам этой группы терапия бактериального вагиноза не проводилась.

Всем женщинам, кроме общего и акушерско-гинекологического обследования, исходно проводились бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, ПЦР-диагностика основных заболеваний, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомоноз, герпетическая инфекция).

Результаты исследования и их обсуждение. Повторное обследование женщин первой группы, проведенное после лечения выявило полное нивелирование признаков бактериального вагиноза. Общее количество микроорганизмов в влагалищных мазках уменьшилось за счет элиминации грамотрицательных палочек, кокков и грибов ($P < 0,001$). Содержание лактобактерий выросло до физиологических концентраций ($\geq 10^7$ КОЕ/мл) у 81,0% женщин.

Ультразвуковые показатели состояния плаценты на фоне комплексного лечения у беременных 1-ой группы имели положительную динамику. Достоверно снизилась толщина плаценты (в 19,0%) и число случаев выявления повышенной эхогенности и неоднородной гомогенности (в 28,5%), что свидетельствовало о купировании воспалительного процесса в плаценте. Эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий в плане профилактики невынашивания отражает срок родоразрешения, который составил соответственно в 1-ой группе 39,1, а во 2-ой 36,6 недели гестации. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений у наблюдаемых нами женщин составила 9,3% в 1-ой группе и 55% во 2-ой.

Нормальное течение периода адаптации констатировано в исследуемых группах детей со следующей частотой: в 1-ой 76,2%, во 2-ой

23,1%. В то же время клинические проявления внутриутробной инфекции в виде конъюнктивита, ранней желтухи и патологического стула, характерные для раннего неонатального периода, выявлены у 9,5% детей 1-ой группы и у 69,2% детей 2-ой группы.

Таким образом, лечебный комплекс, примененный нами в 1-ой группе, позволяет не только эффективно предупреждать послеродовые осложнения, но и гарантирует нормальное течение периода адаптации у новорожденных.

Выводы. Коррекция микробиоценоза влагалища у беременных, проводимая в двух этапах приводит к повышению содержания лактобактерий до физиологических концентраций у 81,0% женщин.

Лечение бактериального вагиноза во время беременности снижает риск развития преждевременных родов, уменьшает частоту возникновения инфекционно-воспалительных осложнений не только у рожениц, но и у новорожденных.

SUBCLINICAL AUTOIMMUNE REACTIONS WITH HABITUAL MISCARRIAGE

**Rakhmatullaeva M.M., Khotamova M.T.
Bukhara State medical institute**

Objective: It is known that the frequency of spontaneous miscarriages is associated with autoimmune diseases. Modern studies have shown a close relationship between miscarriages in women with systemic lupus erythematosus and the presence of antiphospholipid antibodies, that is, lupus anticoagulant (VAC) and anticardiolipid antibodies (ACLA) [1].

Materials and methods: In 34 women with a history of habitual miscarriages, lupus antibodies, changes in the complement system, antisperm antibodies and their indicators were compared with the control group. 14 of 34 patients had anatomical, hormonal and genetic causes of miscarriages, in 20 etiology is not established [2].

Results of the survey: At least 50% of women with miscarriage of unclear genesis and 34% with revealed etiology have at least one immune disorder [3]. Multiple autoimmune deviations are determined only when the unknown is born. In general, 44% of women with habitual miscarriages have antibodies or disorders in the complement system [4]. The most frequently detected anticardiolipid antibodies (in 30% with miscarriage and in 8% in the control group)

Conclusions: we recommend that all patients with the usual miscarriages determine the ACLA (anticardiolipid antibodies), VAC (lupus anticoagulant) and changes in the complement system. Despite the fact that the relationship between autoantibodies and habitual non-breeding is as yet unknown, this study confirms the existence of such a connection and shows that unexplained miscarriages can be a marker of autoimmune diseases.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА У ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: В структуре гинекологической заболеваемости задержка полового развития встречается у 15-18% девочек. В последнее десятилетие возрос интерес к детской гинекологии, тем не менее, многие вопросы выявления, лечения и профилактики нарушений полового развития изучены недостаточно. А, учитывая, что за последние 10 лет число девочек - подростков, имеющих хронические соматические болезни и нарушения в формировании репродуктивной системы, увеличилось до 76,7%, данная проблема становится не только медицинской, но и социальной

Цель работы: повышение эффективности диагностики нарушений формирования репродуктивной системы у девочек с задержкой полового развития на основе выявленных этиопатогенетических факторов.

Материал и методы исследования: Исследования проведены у 56 девушек подростков Основную группу составили 16 девочек с диагнозом задержка полового созревания(ЗПС). В группу сравнения вошли 10 девочек-подростков с нормальным половым развитием. ЗПР 1-я степень 12, ЗПР 2-я степень 10, ЗПР 3-я степень 8 девушек. Статические методы анализа и расчета степени воздействия изучаемых факторов. Всего проанализировано 20 факторов. Эти же параметры были задействованы для прогнозирования ЗПС. Родителям девочек предлагалось заполнение анкеты клинико-генеалогического анамнеза по специально разработанному вопроснику(анкета). Особое внимание уделялось выявлению экстрагенитальных заболеваний во время осмотра, а также заболеваниям, по поводу которых девушки уже состояли на учете у соответствующего специалиста.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования уточнены этиопатогенетические факторы и клинические особенности задержки полового развития центрального генеза, что позволило впервые выделить три основные формы данной патологии у девочек.

Разработанный алгоритм обследования позволяет улучшить диагностический поиск и уточнить форму задержки полового развития центрального генеза.

Выводы. Таким образом, факторами риска по возникновению задержки полового развития явились: экстрагенитальная патология - 100%; перинатальные осложнения - в 35%; конституциональная «семейная» форма задержки полового развития - в 32%; нейро - эндокринная патология у родителей - 25%; социально - экологический фактор - в 22%. У девочек с задержкой полового развития сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена в 3,5 раза чаще, чем в контроле, а по некоторым

заболеваниям и более: хронический тонзиллит - в 7 раз(72%); заболевания щитовидной железы — в 10,5 раз(46,3%); сердечно - сосудистые заболевания - в 10 раз(78,9%). Оценка полового развития у девочек выявила достоверное отставание на $5,2 \pm 3,0$ балла, отмечена закономерность ее выраженности от возраста, чем меньше возраст, тем выше отставание, чем в те же возрастные периоды у девочек контрольной группы. При задержке полового развития выявлено отставание физического развития у девочек, причем, чем меньше возраст девочки, тем более выражено отставание, так в возрасте от 13 до 15 лет задержка роста составила $21,0 \pm 3,0$ см, веса - $11,5 \pm 2,0$ кг; а с 15 до 18 лет задержка роста составила $8,0 \pm 2,5$ см, веса — $4,8 \pm 1,5$ кг

TREATMENT OF PERINEAL INJURY WITH ULTRASOUND AND PULSED ELECTRO-MAGNETIC THERAPY

Rozikova D, K. Khotamova M.T.

Bukhara State medical institute

The aim of the study was to treat perineal trauma with the help of ultrasound and pulsed electro-magnetic therapy.

Materials and methods of research: Ultrasonic and pulsed electromagnetic therapy are increasingly being used in the perineal injury obtained during labor [1]. A randomized controlled trial included 414 women with severe and moderate severity of the injury, who randomly received either active ultrasound, or active electromagnetic exposure, or placebo therapy.

Results of the study: The effect was twofold for each procedure [2]. In general, more than 90% of women believed that treatment improved their condition. There was no significant difference between the groups treated with ultrasound or pulsed electromagnetic interference, regardless of whether they were treated immediately after birth or 10 days or 3 months, with the exception of a slightly more painful treatment with an electromagnetic impulse 10 days after delivery [3]. None of the treatments had any effect on perineal edema and hemorrhoids.

Conclusions: thus, before becoming routine methods for treating patients with perineal trauma, both methods should be further studied.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Саркисова Л.В., Каюмова Г. М.

Бухарский государственный медицинский институт

Преждевременные роды являются одной из актуальнейших проблем современного акушерства. Причины преждевременных родов многообразны и зачастую находятся далеко за пределами акушерской науки и практики, проблему. Морфология плаценты при недонашивании беременности до некоторой степени отражает этиологию и генез патологии.

Цель исследования: анализ течения беременности, родов, морфологических особенностей последов при недонашивании.

Материалы и методы. Нами проанализированы 46 историй преждевременных родов за 2011 год. Морфологию плацент при преждевременных родах сопоставляли с морфологией 45 плацент при срочных родах. Частота недонашивания составили 3,8 %. Наибольший процент преждевременных родов приходится на сроки 33-35 недель (69,7 %). Средний возраст рожениц составил $22 \pm 0,6$ года, первородящих было около 62,0 %, повторнородящих 30,0 (многородящих-7 %).

Результаты исследования и их обсуждение. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез был у 43 % рожениц, ВУИ имели 73,3 %, гестоз различной степени тяжести-17,7 %, многоводие-

24,4 %, предлежание плаценты-2,2%, ПОНРП - 3,3%. В 60 % случаев были преждевременные и раннее излитие околоплодных вод, безводный промежуток составил в среднем $22 \pm 0,5$ ч. Продолжительность 1-го периода родов в среднем составила $9,4 \pm 0,4$ ч, 2-го периода- $0,36 \pm 0,02$ ч. Средняя кровопотеря не превышала допустимую.

В структуре оказанной помощи 28,8 % занимали именно эпизиоперинеотомии, 6,4 %- амниотамия, 27,7 % - пудентальная анестезия. В 20 % проведено кесарево-сечение, показаниями к которому были кровотечение, в связи с предлежанием и отслойкой плаценты, тяжёлая преэклампсия, тазовое предлежание плода.

Всего родилось 46 детей (одна двойня), 69 % мальчиков, 31 % девочек. С массой тела 1000-1600 г родилось 35,6 % детей, массой тела 1600-2,500 г-64,4 %. Длина тела новорожденных находилась в пределах 39-48 см. Средняя оценка по Апгар на минуте составляла $6,2 \pm 0,7$ балла, на 5 минуте – $7,3 \pm 0,7$. В 13,3 % случаев плод имел тазовое предлежание, в 26,7 % -ВУИ.

С целью установления морфологических особенностей последов при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования последов при преждевременных родах со 100 результатами при срочных родах (группа сравнения), при которых беременность осложнилась угрозой прерывания ВО 2-3 триместрах. Микроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2 %), парацентральное (52,8 %), краевое (34 %). Поверхность мелкодольчатая. В 20,0 % случаях основной группы и в 5,0 % группы сравнения отмечались циркулярные инфаркты. (placenta circumvalata или marginata). Плодово- плацентарный коэффициент составил соответственно $0,13 \pm 0,02$ и $0,17 \pm 0,03$. Во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности. В группе сравнения же в 43 %. Причиной её развития явилось воспалительные изменения и нарушении кровотока в самой плаценте из-за сдавления их разросшейся фиброзной тканью. Фетоплацентарная недостаточность в основной группе была

обусловлена отставанием созревания ворсин. Отмечалось появление клеток Лангерганса, отсутствие синцитокапиллярных мембран, так и хаотичное склерозирование ворсин обилие мелких склерозированных ворсин со снижением количеством сосудов, с массивным разрастанием, коллагеновых волокон. Во всех случаях при срочных родах отмечалась компенсаторная гиперпродукция новых ворсин и в основном периферической части плаценты по типу новой «свежей» волны инвазии хориона, чего не было отмечено ни в о одном случае при преждевременных родах.

Особенность последов при преждевременных родах- обнаружение в 100% исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозым, серозно-гнойным париетальным децидуитом (45,2%), очаговым серозно-гнойным мембранитом (25,3%), и с вулкнулитом и васкулитом (8,0%). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявлялось и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 24%.

Таким образом, морфологическими особенностями плацент при преждевременных родах являются: инфекционное поражение и хроническая фетоплацентарная недостаточность с нарушением кровотока в самой плаценте и неспособность плаценты к компенсаторной гиперпродукции новых ворсин .

PECULIARITIES OF THE CONDITION OF PLACENTS AT PREMATURE GENERATIONS

Sarkisova LV, Kayumova G. M.

Bukhara State medical institute

Protection of motherhood and childhood is a special branch of public health, a priority direction of the social policy of any state. The last decades were accompanied by a deterioration in the socioeconomic and environmental situation, which had a negative impact on women's health, led to an increase in the group of pregnant women with a violation of body weight, which is regarded as a risk factor for perinatal and infantile pathology. Timely diagnosis and prevention of various complications of pregnancy, the search for rational methods of preparation for pregnancy and management of pregnant women, become an important aspect of modern obstetrics, perinatology and pediatrics. As a trigger mechanism for these complications, it is possible to consider the disruption of the interaction of the invasive cytotrophoblast and maternal factors, leading to inadequate physiological transformation of the walls of the spiral arteries, disruption of the placenta blood supply in the form of alternation of its ischemia and reperfusion, as well as generalization and excessive manifestation of oxidative stress and systemic inflammatory response [1]. The aim of the study was to evaluate the peculiarities of the placenta condition in women with preterm labor.

Materials and methods:We examined 50 pregnant women, whose pregnancies ended in premature birth with a gestation period of 28-36 weeks.

All patients underwent a complex study, including a morphological evaluation of the placenta condition. The following indicators were evaluated: placental compliance with gestational age, disturbance of maturation of villi, pathological immaturity of placenta, stenosis of umbilical cord, involute-dystrophic changes, compensatory reactions, placental infection, funiculitis, placental chorioamnionitis, parietal chorioamnionitis, parietal deciduit, basal deciduit, intervillitis, vylusitis, infectious agents; presence of a different pathology of the placenta: focal hypovascularization, obliterating angiopathy, intervillous hemorrhages, hypoplasia, hemorrhages in fetal membranes, dilatation of all supporting villi.

Weighted obstetric-gynecological history was in 57.7% of women giving birth, VSI had 73.3%, pre-eclampsia of varying severity - 17.7%, hydramnios - 24.4%. Presentation of the placenta - 2.2%, PONRP - 4.4%. In 75.5% of cases there was premature and early discharge of amniotic fluid, anhydrous interval averaged 22 ± 0.5 h. The duration of the first period of births averaged 8.1 ± 0.4 h, the second period - 0.36 ± 0.02 h. The average blood loss did not exceed the permissible level. In order to establish the morphological features of the stages during miscarriages, we compared the results of a histological study of the stages in preterm labor with 100 results in case of urgent delivery (comparison group), in which pregnancy was complicated by the threat of interruption in 2-3 trimesters. Macroscopically, all placentas were oval or rounded, central cord attachment (13.2%), paracentral (52.8%), marginal (34%). Surface is small-lobed. In 20.0% of the cases of the main group and in 5.0% of the group, peripheral comparisons had circular infarcts (placenta circumvalata or marginata). The wedge-shaped white infarcts in diameter from 1 to 3 cm were respectively 24.4% and 7% sluchaev. Osobennost SEQ premature labor - 100% detection studies signs of inflammation which was characterized by focal serous, serous, purulent parietal detsiduitom (44, 4%), focal seropurulent membranitom (24.4%), with a combination membranita detsiduitom and seropurulent villuzitom (22.2%) and with funnikulitom and vasculitis (9.0%). Signs of inflammation in the placentas of the same nature have also been identified with immediate delivery, but their incidence is only 22%.

The conclusion. Thus, the morphological features of the placenta in premature birth are: infectious lesions and chronic fetoplacental insufficiency with impaired blood flow in the placenta itself and the placenta's inability to compensate hyperproduction of new villi as a "fresh" wave of chorion invasion.

AUSCULTATED HEART RATE ACCELERATIONS

Sobirova L.K. Khotamova M.T.

Bukhara State medical institute

Purpose of the study: Evaluation of auscultated fetal heart rate accretions.

Methods of examination: 100 women were examined at a gestational age of 28-43 weeks. After conducting a non-stress test for 6 minutes, the heartbeat of

the fetus was listened. In the absence of spontaneous accelerations, vibroacoustic stimulation was performed [1, 2].

Results of the survey: The auscultation data was monitored by electronic monitoring. Coincidence of the results was 89.3%. The ability of auscultation to predict the results of a non-stress test is determined by the following indicators: sensitivity - 75%, specificity - 97.6%.

Conclusion: Thus, our studies prove that the auscultation of the accelerations can serve as the initial screening test for determining the fetal status and be used as an alternative method in relation to electronic monitoring. The method is simple, cost-effective and should be developed in further studies.

CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT OF THE WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBILICAL CORD OF A HUMAN FETUS

Tillaev S.S., Khotamova M.T.

Bukhara State medical institute

The aim of the study was to establish a correlation between fetal oxygenation and CBS, determined by transabdominal blood sampling from the umbilical cord, and pulsation index (PI) in high-risk pregnancies.

Materials and methods of examination: In 14 women of high risk group who were delivered by cesarean section between the 30th and 35th week of pregnancy, the PI (pulsation index) in the artery of the umbilical cord was determined. In 10 of them, blood was taken from the umbilical cord transabdominal by ultrasound. In addition, all patients during the operation took arterial and venous blood from the umbilical cord. Gases of blood, CBS and lactate were determined.

Results of the survey: A close connection was found between the PI (index of pulsation) and pH, Pco₂ and the lactate cation in the venous blood of the umbilical cord taken in utero. IP (index \rightarrow pulsation) was well correlated with the same indices of venous and arterial blood of the umbilical cord taken at caesarean section. Venous blood of the umbilical cord, obtained transabdominally, has a higher O₂ content than blood taken at a caesarean section. There was no significant correlation between the content of O₂ in the venous blood of the umbilical cord with transabdominal take and PI (pulsation index). With PI (index of pulsation) > 1.5, the ratio of lactate in the venous blood of the umbilical cord sharply increases.

Conclusion: this way, a combination of biochem. fetal blood tests in a transabdominal fence under ultrasound control using the Doppler method allows among pregnant women high risk groups to isolate those who have a higher risk of impairment of the fetus.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У РОЖЕНИЦ С ОТХОЖДЕНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Тошева И.И., Ашурова Н.Г., Абосов А.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Дородовое излитие околоплодных вод и затягивание безводного промежутка чаще приводит к осложнениям родового акта (быстрым и стремительным родам, слабости и дискоординации сократительной деятельности матки), что усугубляет состояние плода и в ряде случаев требует оперативного родоразрешения (Сидельникова В.М. и соавт., 1992г; Achim V. et al., 2006; Nelson D.M. et al., 2008).

Частота дородового разрыва плодных оболочек колеблется в широких пределах: от 5 до 19,8% случаев при доношенной беременности (Нисвандер К., Эванс А. 1999г). Роды в этом случае не всегда заканчиваются благоприятно для плода и матери. Роды и послеродовый период могут иметь: опасность развития гнойно-септических осложнений у матери с длительным безводным периодом и внутриутробная инфекция. Так же длительный безводный период приводит к аномалиям родовой деятельности. Кроме этого родовозбуждение может оказаться неэффективным, что приводит к росту частоты оперативных вмешательств (Новикова В.А., 2012 г.).

Целью нашего исследования явилось изучение готовности родовых путей к родам у рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек путём оценки готовности шейки матки по шкале Бишоп.

Задачи исследования: 1. Оценка состояния шейки матки по шкале Бишоп.

2. Изучить готовность родовых путей для выбора тактики родоразрешения.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 52 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2017 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишоп. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ родовые пути беременных осмотрены через 24 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. Состояние плода оценивали по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии (КТГ), а состояние новорожденного при рождении - по шкале Апгар. Фетальный мониторинг в родах проводили аппаратом "Corometrics 170".

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная

болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде ОРИ, обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы кольпиты различной этиологии, которые составили 34,6%. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено валагалищное исследование с целью оценки зрелости шейки матки по шкале Бишоп.

По шкале Бишопа оценка проведена по 5 критериям. Выявлено, что 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу ОПЦ. У беременных с «незрелой» шейкой предложена индукция родов Гландином Е 2, 3 мг по 1 таблетке интравагинально после информированного согласия беременной и родственников. Проведена беседа о возможных осложнениях родовозбуждения. Во время индукции проводилось мониторинг сердцебиений плода и маточной активности. Родовые пути переоценены через 8 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой до разыгрывания регулярной родовой деятельности или консилиумом врачей решён вопрос о родостимуляции окситоцином. 57,8% беременные родоразрешены через естественные родовые пути. Новорождённые, родившиеся от матерей с ДИОВ оценивались по шкале Апгар в среднем на 6 баллов.

Таким образом, исследования показали, что у большинства рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек готовность шейки матки оценивалось до 5 баллов, что означало «неподготовленность» родовых путей к родам. Из этого числа 57,8% рожениц подверглись родовозбуждению после информированного согласия роженицы и её родственников. 23% роженицы имели относительные или абсолютные противопоказания к родовозбуждению и родостимуляцию. Остальные 19,2% роженицы отказались от родовозбуждения, которым как дальнейшая тактика родоразрешения выбрано кесарево сечение.

Вывод: индукция родов представляет собой активацию сократительной способности матки с целью начала родовой деятельности, направленную на рождение ребенка при наличии показаний, при этом успешная индукция – это естественное родоразрешение в течение 24-48 часов.

THE STATE OF PERIPHERAL LYMPHOCYTES DURING PREGNANCY AND AFTER CHILDBIRTH

Tosheva I.I., Khotamova M.T.

Bukhara State medical institute

The aim of the study was the state of peripheral lymphocytes during pregnancy and after childbirth.

Materials and methods of examination: In peripheral blood, the content of lymphocytes (K-cells) was determined in 46 healthy pregnant women, in 17 puerperas and in 29 healthy nonpregnant women, which are the main component in the mechanism of cytotoxicity caused by cells and antibodies [1]. During normal pregnancy, the content of lymphocytes (K-cells) in peripheral blood decreases, after delivery increases (in comparison with the control group of healthy non-pregnant women) [2].

Results of the study: These data suggest that a decrease in the level of lymphocytes (K-cells) during pregnancy contributes to the "retention" of the maternal body of the fetal egg. An increase in the lymphocyte (K-cell count) after delivery increases the cytotoxic activity, which enhances the immunological activity and protects the body from infection.

Conclusion: Thus, the increase in cytotoxic activity after delivery can be one of the factors that worsen the course of autoimmune diseases. Further study of postpartum humoral and cellular immunity is necessary to clarify the mechanisms of protecting the mother's body and postnatal exacerbation of autoimmune diseases.

ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КРОВИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Туляганова Ш.У., Юлдашева Д.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Миома матки-самая распространенная доброкачественная гормонозависимая опухоль у женщин репродуктивного возраста. Известно, что лейомиома наблюдается у каждой 4-5-й женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет. Существуют данные, что миому матки могут иметь до 70% женщин репродуктивного возраста. В медицинской литературе встречаются также ряд синонимов этого названия – маточный фиброид, лейомиома, миома, фибромиома матки. Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную капсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки.

Цель исследования: изучить минеральный состав крови у женщин с миомой матки

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 50 женщин репродуктивного возраста, которые наблюдались в Центре Женского Здоровья 2 клиники ТМА. Женщины были разделены на 2 группы: в 1 группу (основная группа) вошли 26 женщин с миомой матки, 2 группу (контрольная группа) составили 24 условно-здоровые женщины. Мы определили концентрацию Na, K, Mg, Ca в крови в обеих групп. Основываясь на полученные данные мы определили влияние минералов на развитие миомы.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении женщин по группам мы изучили взаимосвязь минералов крови у женщин с миомой

матки. И так в 1ой основной группе показатели (количество/уровень) **K** – 3.1-4.0 м моль/л (n=3.6-5.4 м моль/л.), **Na** -196-207.7 м моль/л (n=135-155 м моль/л.), **Mg**-0.4-0.7 м моль/л (n=0.8-1.0 м моль/л.), **Ca**-1.1-1.3 м моль/л (n=2.02-2.6 м моль/л.), а во 2й контрольной группе эти показатели **K** – 3.5-5.2 м моль/л, **Na**-133-150 м моль/л, **Mg**-0.7-0.9 м моль/л, **Ca**-2.0-2.5 м моль/л. В 1й группе у женщин с миомой матки уровень **Ca**, **Mg**, **K** ниже , а показатели **Na** выше по сравнению с нормой. А в контрольной группе эти показатели в пределах нормы

Закключение. Результаты наших исследований показали снижение количества минералов у женщин с миомой матки. Для предотвращения роста миомы необходимо поддерживать количество минералов в организме женщин. В будущем необходимо исследовать воздействие уровня электролитов на миоматозные узлы.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ ПУТЁМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

Умидова Н., Саркисова Л.В., Абдиева Н.

Вторичное бесплодие, являющееся тяжелым последствием воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Бесплодие развивается у 23 % пациенток, перенесших один эпизод ВЗОМТ, у 32 % — с двумя эпизодами и у 73 % - с тремя и более эпизодами ВЗОМТ соответственно .У 50 % больных урогенитальным хламидиозом женщин отмечается бесплодие, у 58 % — самопроизвольные выкидыши. В отношении уреоплазменной инфекции эти показатели составляют соответственно 29 и 55 % *C. trachomatis* нередко встречаются в ассоциации с другими возбудителями половых инфекций, что осложняет течение заболевания. Сочетание хламидий с гонококком отмечается у 32,2 % пациентов, с уреа- и микоплазмой — у 16.4%, с трихомонадами — у 34,3 %, с гарднереллами — у 8.8%, с кандидозом — у 7 % больных. Для ВЗОМТ характерны микст-инфекции, чаще — три, несколько реже — четыре-пять инфекций. При отсутствии адекватной терапии и хроническом течении заболевания происходит усугубление иммунодефицита.

Целью данной работы явилось изучение эффективности комбинированной терапии с применением индивидуально подобранной программной иммунокоррекции у больных с вторичным бесплодием, связанным с хроническими ВЗОМТ.

Материалы и методы. Вошедшие в исследование женщины (в возрасте от 21 до 35 лет) страдали хроническими ВЗОМТ длительностью в среднем 5,8 лет (от 3 до 12 лет). У всех пациенток выявлялись воспалительные заболевания урогенитального тракта: уретрит, бактериальный вагиноз, эндоцервицит, сальпингит, сальпингоофорит. Возраст мужчин, вошедших в исследование, составил от 24 до 42 лет. У всех пациентов имелись

хронические воспалительные заболевания урогенитального тракта: хронический уретрит, хронический простатит.

При первичном осмотре всем пациентам проводилось комплексное клиническое и лабораторное обследование, включающее бактериологическое исследование отделяемого из уретры у мужчин, уретры и шейки матки у женщин, ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, почек и др., диагностику инфекций, иммунологическое обследование.

Исследование иммунного статуса включало определение субпопуляций лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+, CD72+, CD16+, активационных маркеров лимфоцитов HLA-DR+, CD11b+, CD 25+, в периферической крови с помощью моноклональных антител серии ЛТ. Комплексная терапия включала проведение по показаниям этиотропной терапии (антибактериальной, противовирусной, противогрибковой терапии), детоксикации, программной иммунотерапии на фоне метаболической, антиоксидантной и витаминотерапии (по показаниям), лечение осложнений ВИД. Витамин Е не применяли у больных с поликистозом яичников. Всем пациентам проводилась также системная энзимотерапия (СЭТ) вобэнзимом или флогэнзимом в дозах не менее 15 драже в сутки 3–4 курса по 2–3 мес (с интервалом 2 мес). В результате проведения ДНК-диагностики и бактериологического исследования у всех пациенток была выявлена микст-инфекция. Наиболее часто у пациентов определялась хламидийная инфекция, однако в виде моноинфекции хламидиоз имел место только в одном случае. В остальных случаях хламидийная инфекция сочеталась с другими ИППП и бактериальной флорой. При бактериологическом исследовании в мазках из цервикального канала и/или уретры оказалось, что в большинстве случаев у пациентов имела место микст-инфекция (две-три инфекции, а у одной пациентки — четыре инфекции). Обращает на себя внимание отличие в частоте выявления *N. gonorrhoeae* при ДНК-диагностике методом ПЦР и бактериологическом исследовании: при бактериологическом исследовании *N. gonorrhoeae* выявлялась реже. При исследовании иммунной системы женщин с вторичным бесплодием определялись изменения в различных звеньях иммунитета, отражающие недостаточность иммунного ответа на инфекцию и являющиеся лабораторными признаками ВИД. В гуморальном звене иммунной системы отмечались дисиммуноглобулинемия, дефицит выработки IgG, преобладание продукции низкоавидных антител, невысокий уровень циркулирующих иммунных комплексов.

Заключение. Таким образом, проведение комплексного этиопатогенетического лечения (системного и местного), включающего индивидуально подобранную программную иммунокоррекцию и иммунореабилитацию на фоне общего оздоровления и лечения осложнений/маркеров ВИД и сопутствующих заболеваний, привело у большинства женщин с вторичным бесплодием к восстановлению репродуктивной функции и позволило им родить здоровых детей.

PREGNANCY OUTCOME AFTER ELIMINATION OF TORSION OF THE APPENDAGES OF THE UTERUS WITH ISCHEMIC-HEMORRHAGIC CHANGES

Urinov M.N. Khotamova M.T., Saidova F.I.

Bukhara State medical institute

Aim of the study: The results of the operation were analyzed for the twisting of the uterine appendages, which occurred in 6-21 weeks of pregnancy in 6 patients.

Materials and methods of examination: In all patients before pregnancy, there was a stimulation of ovulation accompanied by hyperstimulation of the ovaries, which, apparently, contributed to the twisting of the appendages [1,2]. Patients were hospitalized for acute pain in the lower abdomen. At a clinical examination, you showed an increase and sharp painful appendages of the uterus on one side, which made it possible to diagnose. It was confirmed by ultrasound. From the moment of the disease to the operation it took from 24 to 150 hours.

Survey results: Torsion elimination was carried out. The diameter of the ovaries reached 9-20 cm. After observation for at least 15 minutes, the color of the uterine appendages was restored. In 2 patients an ovarian biopsy was performed; ischemic-hemorrhagic changes of its tissue are revealed. No complications were noted.

Conclusion: The course of pregnancy after the operation was uncomplicated: in 2 patients the pregnancy continued to develop (with the operation performed in the first trimester), 3 had a birth on time, 1 had a cesarean section.

INFLUENCE OF THE NUMBER OF BIRTHS ON THE STATE OF THE VENOUS SYSTEM OF THE LOWER EXTREMITIES

Usarov U.U. Khotamova M.T., Hamidova M.G.

Bukhara state medical institute

The aim of the study was to determine the state of the venous system of the lower limbs from the number of births.

Materials and methods of examination: The condition of valve function and the morphology of the veins of the lower extremities were studied in 19 patients (1st group) and in 21 reproductive women (group 2). Ultrasonic-biometrics of the lumen of the veins, plethysmography and light-flexography (SRG) [1,2] were used. The study was performed in the supine position and standing at the gestation period of 36-40 weeks (1st definition) and on the 6th day after birth (2nd definition). The control group consisted of 39 non-pregnant women (group 3), 27 of them had in the past one (3A group) and 12 - two births (group 3B).

Results of the survey: According to all 3 non-invasive methods, it was not possible to detect a significant difference in the morphology and function of the veins in all groups. Only the tendency to increase the diameter of the lumen of V. iliaca by 5-6%, V. femoralis by 6-7%, V. poplitea by 2-7% is noted. In women of the 2nd group in the position of les. According to the AHWG, blood

filling and venous drainage of blood from the left lower limb in women of the 2nd and right lower extremity in women of the 3B group also tended to increase in comparison with the values of these parameters in the women of the 1st and 3A groups.

Conclusion: thus, the development of varicose veins depends not so much on the number of deliveries in the past as on the initial state of the function of venous occlusive valves and the morphology of the vein wall. In this regard, the use of a screening survey of pregnant women is recommended in order to identify the functional and morphological inconsistency of the venous system of the lower extremities and the preventive use of first-class compression therapy.

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК

Усмоналиева А.Н.¹, Ахмедова Г.А.²

**Республиканский научно-практический центр спортивной медицины¹
Ташкентская медицинская академия²**

Актуальность. Проблема психологических аспектов женского спорта остается в нашей стране недостаточно изученной и не решены вопросы организации профилактики, лечения и реабилитации репродуктивного и психического здоровья спортсменок.

Цель исследования: разработка дифференцированного подхода к профилактике, лечению и реабилитации возникающих нарушений репродуктивного здоровья и психоэмоционального статуса спортсменок.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами работы проведено комплексное обследование 150 девушек в возрасте от 17 до 24 лет, которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 100 спортсменок, разделённых на две группы по 50 в каждой, спортивный стаж которых от 5 до 10 лет. Группы формировались в зависимости от характера физических нагрузок в определенном виде спорта. Контрольную группу составили 50 девушек с активным двигательным режимом. Комплексное обследование женщин проводилось с оценкой медико-социальных факторов: анкетирование, морфологическое обследование (телосложения, роста и массы тела), применялись ультразвуковое исследование матки и придатков и определение уровня тестостерона. Применялось психологическое обследование спортсменок, включившее в себя исследование уровня личностной и ситуационной тревожности методом Спилбергера-Ханина, шкалу депрессии Цунга, модифицированный тест Люшера, тесты для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения женщин.

Результаты исследования и их обсуждение. В группах спортсменок, занимающихся различными видами спорта имелись достоверные отличия по количеству диагностированных экстрагенитальных заболеваний: в первой группе (легкая атлетика, плавание) преобладали заболевания

органов дыхания (14%), 8,0% во второй группе и 2,0% ($p < 0,05$); мочеполовой системы (12,0%) против 4,0% во второй группе ($p < 0,05$); во второй группе (тяжелая атлетика, гимнастика) преобладали заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (20,0%), в первой группе 16,0% ($p < 0,05$). Среди диагностированных гинекологических заболеваний основное место занимают вульвовагиниты - 12,7%, и сальпингоофориты 14,7%). Средний возраст наступления менархе у спортсменок, превышает 14 лет ($14,6 \pm 1,3$ года) в контрольной группе показатель составляет $12,0 \pm 1,3$ года. Позднее начало менархе во второй группе $15,2 \pm 1,5$ года (тяжелая атлетика, гимнастика). Отличия имеются по нарушениям менструальной функции (аменорея) в анамнезе у 12 (12%) основной и 2 (2,5%) контрольной группы ($p < 0,05$). При исследовании личностных особенностей женщин-спортсменок у 20,0% спортсменок были выявлены легкие тревожно-депрессивные нарушения, у 9,0% - средней степени тяжести. У спортсменок в большей степени, нежели у испытуемых контрольной группы, выражено преобладание тонуса парасимпатического отдела автономной нервной системы (показатель вегетативного тонуса по тесту Люшера составил $-0,365 \pm 0,075$ и $-0,018 \pm 0,155$ соответственно).

Заключение. Наше исследование позволило разработать научно-обоснованную систему профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий репродуктивной системы, а также, критерии риска развития психоэмоциональных нарушений у женщин спортсменок.

PROSPECTIVE OBSERVATION OF FIRST-PREGNANCY WITH HYPERTENSION OF PREGNANCY

Fayzullaev T.T., Khotamova M.T., Rakhmatullaeva M.M.

Bukhara state medical institute

The aim of the study was a prospective controlled 5-year observation of first-line pregnant women with hypertension pregnancy.

Materials and methods: Prospectively, a group of 49 pregnant women with pregnancy hypertension and a age-matched control group of 49 primordial women with normal BP were prospectively examined. The 1 st group included only those women whose hypertension was first detected during pregnancy [1,2]. The group did not include women with hypertension, which was available only during labor or in the postpartum period.

Results of the survey: Observation with the definition of blood pressure continued regularly for 5-6 years. At the end of the follow-up period, 21 of 49 women in group 1 had hypertension requiring treatment (7 women), or borderline hypertension (14 women). Borderline hypertension developed in only 2 women in the control group. The most significant factor predicting the subsequent high blood pressure after 5-6 years was the gestational age at which hypertension was first detected.

Conclusions: Thus, the prognostic factors were the magnitude of the first measurement of diastolic pressure over the observation period, family history of hypertension, smoking and the age of women.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ И ОСОБЕННОСТИ ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИИ МАТЕРИ И РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА

Хасанов Б.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Хронический энтероколит является одним из распространенных заболеваний кишечника, и часто является причиной патологии, среди женщин фертильного возраста. Нарушение пищеварительной функции кишечника в период беременности и грудного вскармливания оказывает негативное влияние не только на организм матери, но и развивающегося потомства.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния экспериментального энтероколита на детородную функцию матери и развитие потомства в период раннего постнатального онтогенеза.

Исследование провели на самках половозрелых белых беспородных крыс (50) массой 150 -170 грамм, при помощи модели экспериментального аутоаллергического энтероколита, где тканевым антигеном (Аг) служила гомологичная, гомогенизированная взвесь толстого и тонкого кишечника на полном адьюванте Фрейнда (АдФр). Иммунизировали еженедельно 1 раз (6 недель) смесью 0,5 мл Аг + 0,5 мл подогретого АдФр и вводили подкожно (контрольной группе – Кгр вводили стерильный физ.раствор). Через неделю после последней инъекции, к самкам подсаживали самцов. Изучение развития крысят от самок Кгр (75 крысят (кр.) и опытной групп – Огр.) (75 кр.) проводилось на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после рождения, исследованием веса тела и массы тимуса, селезенки и печени. Полученные данные обрабатывали по Фишеру-Стьюденту (достоверность при $P < 0.05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что в отличие от самок крыс Кг, оплодотворенных в 100% случаев, у самок с энтероколитом отмечалось 10% афертильности. У самок Огр в 86,7% случаях беременность благополучно завершилась родами, а в 3,3% случаев были выкидыши, тогда как у самок Кг, беременность и роды протекали без осложнений. Среднее количество крысят в помете от самок с хроническим энтероколитом равнялось $7,76 \pm 0,52$, что в 1,2 раза ниже показателя у контрольных животных ($9,68 \pm 0,45$). Наряду с этим, следует также указать, на увеличение постнатальной смертности крысят до 9,5% (Кгр – 6,2%) из которых 7,6% на 1-3 и 1,9% на 3-7 сутки после рождения (Кгр – 5,4% и 0,85% соответственно). При исследовании общего развития потомства установлено, что у крысят от самок с хроническим энтероколитом отмечается уменьшение веса тела относительно крысят Кг до 3 суток развития (1 суточных крысят (сут.кр.): Кгр – $5,6 \pm 0,04$, Огр – $5,3 \pm 0,05$; 3

сут.кр.: Кгр – $6,0 \pm 0,09$; Огр – $5,5 \pm 0,1$). Наряду с этим, масса тимуса крысят Огр не отличалась от Кгр. Тогда как, отмечается снижение массы селезенки, Огр у новорожденных в 1,3 раза ниже чем Кг (1 сут.кр.: Кгр – $7,4 \pm 0,34$; Огр – $5,8 \pm 0,27$), вплоть до 14 суток (Кг – $67,7 \pm 2,92$; Ог – $54,0 \pm 2,83$). Также, следует указать на достоверное снижение массы печени до 7 суток после рождения (1 сут.кр.: Кгр – $150,6 \pm 6,13$; Огр – $120,5 \pm 6,18$; 7 сут.кр.: Кгр – $234,1 \pm 9,49$; Огр – $214,3 \pm 6,94^*$). Известно, что нарушение процессов гидролиза и всасывания в кишечнике, при энтероколитах, приводит к возникновению белково-витаминной и микроэлементной недостаточности и возникновению анемии в организме матери, что, по-видимому, и явилось причиной нарушений детородной функции и отставанию развития потомства, установленные в результате нашего исследования.

Таким образом, наши данные позволили установить, что хронический энтероколит, воспроизведенный у самок крыс, приводит к нарушению их детородной функции, выраженной в снижении фертильности, появлении выкидышей, снижении среднего количества крысят в помете и увеличении смертности крысят на 1-7 сутки после рождения. Наряду с этим, снижение массы крысят до 3 суток; селезенки до второй недели; и печени до 7 суток после рождения свидетельствует об отрицательном влиянии энтероколита на развитие потомства в раннем постнатальном онтогенезе.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК У ПОТОМСТВА НА ФОНЕ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА МАТЕРИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Хасанов Б.Б., Давронов Р.Д., Порсоев Ж.А., Шокиров Б.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Вопросы охраны материнства и детства являются важнейшей задачей современной медицины. Дальнейшие успехи в этой области связаны с тщательным изучением влияния внешних факторов на развитие плода и потомства. Известно, что потомство многих видов млекопитающих, в том числе и человека, является незрелорожденным, следовательно, роль печени и почек, имеет большое значение для адаптации новорожденного в период раннего постнатального онтогенеза. Исследованы морфо-функциональные особенности печени и почек в раннем постнатальном онтогенезе (на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после рождения) у потомства крыс, полученных от матерей с хроническим гелиотринным гепатитом (ХГГ). Установлено, что в печени крысят от матерей с ХГГ отмечаются гемомикроциркуляторные нарушения в виде полнокровия вен и синусоидальных гемокапилляров. Вокруг сосудов портального тракта наблюдаются очаги экстрамедуллярного кроветворения, отставание темпов восстановления гистоархитектоники долек, даже на 15 сутки развития Дольчатая структура печени у крысят слабо выражена, чаще встречаются признаки дезорганизации печеночных балок, имеющие

небольшую длину и извилистый ход. Цитоплазма большинства гепатоцитов имеет мелкозернистую структуру, однако, нередко встречаются клетки с мелко и крупно-вакуольной дистрофией, значительно реже встречаются двуядерные гепатоциты, и, наконец, в печени животных опытной группы очаги кроветворения сохраняются дольше и обнаруживаются вплоть до 15 суток постнатального развития. В почках крысят от самок с ХТГ в период новорожденности отмечается более низкий уровень морфологической дифференцировки, выявляется большое количество формирующихся нефронов. В клубочках и в проксимальных извитых канальцах нефронов обнаруживаются функционально незрелые эпителиоциты. В мозговом веществе находятся значительные прослойки соединительной ткани и небольшое количество собирательных трубок. У 15-дневных крысят встречаются ещё отдельные формирующиеся нефроны. Только к 20-30 суткам развития структура почечной ткани опытных крысят достигает уровня контрольной группы. Вместе с тем у опытных животных этого возраста сохраняются некоторые гемомикроциркуляторные нарушения и дистрофические изменения эпителиоцитов нефрона. Таким образом, хронический гепатит у матери при беременности и грудного вскармливания приводит к существенному замедлению темпов структурно-функционального развития печени и почек потомства в динамике раннего постнатального онтогенеза.

BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT OF THE WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBILICAL CORD OF A HUMAN FETUS

**Khamdamova M.T., Khotamova M.T., Adizova S.R.
Bukhara State medical institute**

The aim of the study: was to establish a correlation between fetal oxygenation and CBS, determined by transabdominal blood sampling from the umbilical cord, and a pulse index (PI) in high-risk pregnancies [1,2].

Materials and methods of examination: in 14 high-risk women who were delivered by cesarean section between the 30th and 35th week of pregnancy, the PI (pulsation index) in the umbilical artery was determined. In 10 of them, blood was taken from the umbilical cord transabdominal by ultrasound. In addition, all patients during the operation took arterial and venous blood from the umbilical cord. Gases of blood, CBS and lactate were determined.

Results of the investigation: a close relationship was found between the PI (index of pulsation) and pH, Pco₂ and the lactate concentration in the venous blood of the umbilical cord taken in utero. PI (pulsation index) correlated well with the same indices of venous and arterial blood of the umbilical cord taken at caesarean section. The venous blood of the umbilical cord, obtained transabdominally, has a higher content of O₂ than blood taken at a caesarean section. There was no significant correlation between the content of O₂ in the venous blood of the umbilical cord during transabdominal take and the ISI index

of pulsation). With PI (pulsation index) > 1.5, the ratio of lactate in the venous blood of the umbilical cord sharply increases.

Conclusion: Thus, biochemical studies of fetal blood in a transabdominal fence under the control of ultrasound using the Doppler method allows among pregnant women at high risk to identify those with a higher risk of impairment of the fetus.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

**Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдамов А.Б., Ихтиярова Д.Ф.
Бухарский государственный медицинский институт**

Одним из основных направлений медицины стала профилактика заболеваний, поэтому весьма важно для этих целей постоянное внедрение и широкое использование немедикаментозных и физических методов лечения, коррекции поведения, направленных на снижение заболеваемости, уменьшение влияния различных патологических состояний на социальную жизнь пациентов и их окружения. Для оценки целесообразности и эффективности внедрения программ по обучению здоровому образу жизни девушек-подростков, страдающих предменструальным синдромом (ПМС), было проведено проспективное когортное исследование.

Проведено когортное перекрестное исследование (метод исследования – анкетирование), целью которого была оценка целесообразности и эффективности образовательных программ, включающих обучение здоровому образу жизни девушек-подростков, страдающих предменструальным синдромом (ПМС). При анкетировании 111 подростки из г. Бухары ПМС был выявлен у 67 (60,3 %) девушек, разделенных на 2 группы. Для подросток I группы был проведен обучающий семинар по специально разработанной программе и даны рекомендации по питанию, физическим нагрузкам и т.д., следование которым способствовало снижению тяжести ПМС для 59,4 % респонденток. Подросткам II группы семинар проведен после повторного анкетирования.

В исследование были включены девушки с умеренными и тяжелыми проявлениями ПМС, не имеющие тяжелой сопутствующей патологии, не принимающие гормональные и психотропные препараты. Респондентки были распределены в 2 группы: в I (основную) включены 56 подросток, во II (группу сравнения) – 55 подросток с аналогичным по тяжести течением ПМС. После анкетирования для подросток I группы был проведен обучающий семинар, включивший освещение вопросов физиологии женского организма, ПМС, особенностей его течения; даны рекомендации по ведению здорового образа жизни, коррекции питания, необходимости соблюдения режима труда, отдыха и т.д. Длительность занятий составила 2

часа 15 минут, включая 45-минутное анкетирование. Повторное анкетирование было проведено через 3,5 месяца (по окончании исследования), после чего проводился обучающий семинар для II группы. Полностью завершила исследование 111 подростки: 56 подросток основной группы (девушки, которые следовали данным на семинаре рекомендациям и дважды заполнили анкеты) и 55 – группы сравнения.

Результаты проведенного нами исследования показали целесообразность внедрения и распространения обучающих программ и семинаров среди подростков, страдающих ПМС. Полученные на основании анкетирования данные подтвердили снижение тяжести ПМС у 59,4 % девушек, прошедших соответствующее обучение.

Таким образом, отрицательное влияние, которое оказывает ПМС на различные стороны и качество жизни женщин, может быть нивелировано путем коррекции пищевого и психологического поведения, дозированным повышением физических нагрузок. Как показали полученные нами данные, подростки, прошедшие специальное обучение, лучше адаптированы в социальной среде, имеют большую мотивацию для ведения здорового образа жизни, что, безусловно, подтверждает необходимость, целесообразность и эффективность этого метода лечения и профилактики ПМС.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

**Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдамов А.Б., Кодиров М.Д.
Бухарский государственный медицинский институт**

В настоящее время не существует четкого и общепринятого определения предменструального синдрома (ПМС). Данным термином обозначают клинические ситуации, характеризующиеся разнообразными циклически повторяющимися физическими, эмоциональными, поведенческими и познавательными симптомами, которые развиваются в течение лютеиновой фазы менструального цикла и быстро проходят вскоре после начала менструации. По данным исследований последних лет установлена значительно большая распространенность ПМС у молодых девушек (частота его может достигать 70 и более процентов). Значительное разнообразие проявлений и их связь с циклическими физиологическими изменениями в женском организме были отмечены еще в трудах древних ученых Сорана Эфесского и Галена. Тем не менее, первые научные исследования в данном направлении были сделаны намного позже. В 1847 г. E.F. von Feuchtersleben писал: «Менструации у чувствительных женщин почти всегда сопровождаются душевным беспокойством, раздражительностью и унынием». Своеобразной «точкой отсчета» в научном понимании проблемы явилось предложение термина «предменструальное напряжение» R.T. Frank в 1931 г. Несмотря на это длительное время пациенткам с подобными жалобами по-прежнему не уделяли должного внимания. В 1953 г. усилиями K. Dalton и R. Greene в

медицинскую практику было введено понятие «предменструальный синдром». В дальнейшем указанный сложный патологический симптомокомплекс, несмотря на отсутствие четких диагностических критериев, был включен в качестве нозологической формы в раздел «Гинекология» Международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра (1992).

Учитывая то, что наиболее тяжелыми проявлениями ПМС являются дисфорические расстройства, в руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM) они были выделены в отдельную нозологическую единицу – «дисфорическое расстройство поздней лютеиновой фазы» или «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПМДР) [American Psychiatric Association, 1994].

В настоящее время большинство авторов делают акцент на том, что симптомы ПМС должны оцениваться проспективно, во избежание неточностей, присущих ретроспективной оценке (неправильное определение времени появления симптомов и преувеличение их тяжести).

В ряде последних исследований установлена значительно большая распространенность ПМС у молодых девушек. Этому способствует практика включения в исследования студенток медицинских ВУЗов, что объясняется удобством получения статистических данных, лучшей информированностью, а следовательно и ответственностью респонденток, участвующих в опросах. При анализе заболеваний, патологических состояний и других факторов, способных привести к развитию ПМС, отмечено, что, несмотря на длительную историю изучения синдрома, в настоящее время отсутствует четкое обоснование его этиопатогенеза. Многие авторы трактуют состояние как гетерогенное, что определяет широкий спектр предполагаемых причин его возникновения. Роль эндокринных факторов, отражающих особенности функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при ПМС, доказана многими исследованиями, однако полученные результаты достаточно противоречивы. В связи с отсутствием четких доказательств зависимости развития ПМС от дисбаланса половых гормонов были предприняты попытки объяснить его развитие с позиций их метаболизма в ЦНС, а также функциональной активностью соответствующих нейронов и их рецепторов. Помимо нарушения обмена нейротрансмиттеров предполагается включение и других механизмов. В частности женщины со сниженным уровнем адаптации тяжелее переносят соматические заболевания, а длительно существующие гинекологические проблемы способны приводить к эмоциональным нарушениям. Определенное значение могут иметь социо-культуральные стереотипы.

Таким образом, несмотря на большое количество работ и широкий интерес исследователей к проблеме ПМС в настоящее время многие аспекты ее остаются неизученными. Прежде всего, настораживает высокий

уровень распространенности рассматриваемых состояний, особенно у молодых девушек. В то же время показатели распространенности в различных исследованиях значительно варьируют. По мнению многих авторов, данная ситуация требует создания универсальных клинко-диагностических критериев ПМС и единой методологии обследования и лечения таких пациенток.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК СО СРАЩЕНИЯМИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Ходжаева А.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Сращение малых половых губ (синехии) в повседневной практике детского гинеколога встречается не редко (13-25%). Обычно рекомендуется насильственной разведение малых половых губ (тупо, остро) с последующим наложением лечебной мази на поврежденные края. Однако рецидив отмечается до 40%. Литературные сведения о причинах возникновения и тактике ведения девочек со сращениями малых половых губ практически единичны (1,2).

Цель работы: изучение клинко-анамнестических особенностей девочек с рецидивом синехий и повышение эффективности лечения сращений малых половых губ с применением препарата Фемистрон крем.

Методы: антропометрия, общеклинические (общий анализ крови и мочи), лабораторные (микроскопия мазка, бактериология выделений из влагалища), инструментальные (вагиноскопия), ультразвуковое исследование органов малого таза. Обследовано 46 девочек в возрасте от 18 мес до 6 лет, средний возраст составил $3,6 \pm 1,3$ гг. Первая группа – впервые выявленный вульвовагинит+синехии (n=23). Вторая группа- рецидивирующие синехии в сочетании с вульвовагинитом (n=23).

Результаты исследования и их обсуждение. В нашей клинике использован новый подход к консервативному лечению синехий-крем Фемистрон, содержащий смесь конъюгированных эстрогенов животного происхождения, местно 0,5г один раз в день. Длительность лечения зависит от динамики клинических симптомов. Синехии истончились на 5-7 день. Наблюдение в течение 6 месяцев не выявило рецидива. Консервативное разъединение сращение малых половых губ у девочек с помощью крема Фемистрон было успешным у всех обследованных девочек, что позволяет его считать альтернативой хирургическому методу лечения и предупреждает рецидивы.

Вывод. Фемистрон крем является высокоэффективным лекарственным средством в лечении синехий/вульвовагинитов у девочек. Неоспоримым преимуществом данного метода лечения является его консервативность.

BACTERIOLOGIC ALSTUDIES AFTER PREMATURE BREAK AGE OF MEMBRANES

Khotamova M.T.

Bukhara state medical institute

The purpose of the study: studies after premature rupture of membranes.

Materials and methods: 243 babies born after premature excess water were examined, 20 of them had a body weight less than 2000. The control group consisted of 100 newborns. In addition, the study was conducted in 131 children without premature effusion, but with risk factors for infection. A bacteriological study of the arterial blood of the placenta, meconium and the contents of the external auditory canal has been carried out.

Results: 26% of newborns major groups from all three sources were obtained by the same bacteria: Escherichia coli, Bacteroides fragilis, Enterococcus, Streptococcus group B. Of the 131 child in the group without unnecessary possessions, but the risk of infection, positive cultures were obtained in 7% of children. 10%, with a duration of more than 24 hours - 30%. In the control group of 100 newborns, only 5 had positive blood cultures, sowing meconium and constipation of the external auditory meatus was negative.

Conclusions: a clinical picture of sepsis in 50% of children developed on the 1 st or 2 nd day of life. The most specific early diagnostic sign of sepsis is a positive blood culture. All types of bacteria isolated from the blood, with the exception of enterococci, are sensitive to cefotaxime and gentamicin.

МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Худоярова Д.Р., Таджиева Н.И.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучение результатов методов консервативного лечения женщин репродуктивного возраста с лейомиомой матки. Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 35 женщин репродуктивного возраст. Возраст больных варьировал от 21 до 35 лет, в среднем составляя 27,5^{+0,5} лет. Пациентки были разделены на 2 группы с миомой матки до 12 недель, которые были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. Пациенткам первой группы сравнения (n = 17) было введена внутриматочную спираль с левоноргестрелом. Пациенткам второй, основной группы (n = 18) после проведенной в анамнезе гормональной терапии миомы матки и отсутствии положительного эффекта был назначен препарат Эсмия (улипристала ацетат), содержащий 5 мг активного вещества, МКЦ – 93,5 мг; маннитол – 4, 5 мг; тальк – 4 мг; кроскармеллоза натрия – 2,5 мг; магния стеарат – 1,5 мг по 1 таблетке один раз в день в течение 6 месяцев. Улипристал оказывает прямое действие на лейомиомы, полаявая клеточную пролиферацию и индуцируя апаптоз, что приводит к уменьшению их

размеров. Контрольную группу составили 15 пациентов с лейомиомой матки, которые находились под наблюдением без лечения. Результаты лечения оценивались на основании данных ультразвукового исследования органов малого таза и доплерометрии узлов.

Результаты и их обсуждение: Сравнительный анализ результатов консервативного исследования показали существенные изменения состояние узлов у пациенток основной группы. Так, в 57% случаев наблюдались стабилизация миоматозных узлов наблюдалась через 3 месяца лечения, в 21% уменьшение их размера в среднем на 25% и в 22% случаях - наблюдалось увеличение на 10%. Тщательное наблюдение после 6-и месячного лечения показало положительную тенденцию: у 68% женщин достигнуто стабилизация узла, в 29% случаев уменьшение на 30% и в 3% - увеличение узла. Динамика изменения объема матки в основной группе представлена следующим образом: через 3 месяца объем матки уменьшился на 10%, а через 6 месяцев на 40%. В группе сравнения через 6 месяцев наблюдения достоверных изменений в объеме матки не было, а в диаметре доминирующего миоматозного узла отмечалась тенденция к его росту.

Выводы: Таким образом, можно заключить, что назначения препарата Эсмия в лечении пролиферативного заболевания органов малого таза - лейомиомы матки позволяет нормализовать не только клиническую картину заболевания, что проявляется уменьшением миоматозных узлов, и, следовательно, уменьшением менструальных кровотечений, устранением болевого синдрома и проявлений дисменореи, но и стабилизирует размеры матки в репродуктивном возрасте, что положительно сказывается и на качестве жизни наших пациенток.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПОСЛЕДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Шейхова Ш., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия

Преждевременное дородовое излитие околоплодных вод является грозным осложнением, оказывающим неблагоприятное влияние на течение и исход родов, как для матери, так и для плода. Однако, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм и причины этой патологии.

Цель исследования: роль морфологических изменений плодных оболочек и плодовой части плаценты в развитии невынашивания беременности на фоне инфекции.

Материал и методы исследования. Обследована 40 беременная с привычным невынашиванием и преждевременными родами сроком до 34 недель. Сбор материала произведен во время прерывания беременности. Критериями отбора пациенток в настоящее исследование явились наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных прерываний беременности на фоне

инфекции. Образцы ткани плодных оболочек и плаценты для световой микроскопии, фиксировались в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере (по Лили). Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение. К патологическим изменениям плодных оболочек и участков плаценты, выявленных при некоторых видах патологии – таких как маловодие, многоводие, часто приводящие к преждевременному излитию околоплодных вод и развитию воспаления, относятся отек компактного слоя амниона. У женщин с признаками многоводия и преждевременным излитием околоплодных вод в виду рыхлой структуры соединительной ткани компактного слоя амниотическая оболочка иногда полностью отслаивалась, образуя в результате этого амниохориональные пространства, содержащие прослойки фибриноида. Наблюдалось увеличение степени вакуолизации клеток цитотрофобласта, и возрастание размеров некоторых из них. Выявлялись участки увеличения выростов амниотической оболочки в околоплодное пространство и гипертрофия амниодитов.

В группе женщин с маловодием основными морфологическими признаками были воспалительные изменения в амнионе и хорионе. У женщин с гематогенным инфицированием в плодных оболочках преобладали явления децидуита, виллузита с отложением фибриноидных масс, а также участки деструктивных изменений с отторжением амнионального эпителия, увеличением отеочно-дистрофических явлений в компактном и подлежащем хориальном слое с наличием кровоизлияний.

Отмечалось ухудшение кровоснабжения децидуальной оболочки, массивные отложения фибриноида вокруг групп децидуальных клеток ворсин, прилежащих к ним, возможно способствуя снижению содержания околоплодных вод, т.е. развитию маловодия.

Приведенные нами данные морфологических исследований свидетельствуют о значении воспалительных явлений в формировании изменений в каждом из структурных компонентов плодных оболочек и секретируемых ими околоплодных вод. Формирующиеся структурные изменения оказывают непосредственное влияние на заболеваемость беременных, плода и новорожденных. Однако, порой они носят противоречивый характер и требуют дальнейшего более глубокого изучения с использованием комплекса современных методов исследования.

BACTERIURIA IN THE POSTPARTUM PERIOD, AMOXICILLIN TREATMENT

**Shukurlayeva Sh.Zh., Khotamova M.T.
Bukhara State medical institute**

The purpose of the study: assessment of postpartum bacteriuria on the background of amoxicillin treatment.

Materials and methods of examination: compare the frequency of true bacteriuria in the analysis of the average portion of urine and samples obtained with suprapubic urinary bladder puncture, and evaluate the effectiveness of

short-term therapy with amoxicillin. Of the 10,909 puerperas, 881 (8.1%) had microbial growth. A repeat urine study, taken by suprapubic aspiration, was performed in 731 women and only 48% of them had bacteriuria confirmed. The frequency of "contamination" of the average portion of urine according to the data of different authors is 46-69%.

Results of the survey: the authors consider the suprapubic puncture to be a simple, safe and informative method. The risk of bacteriuria in the postpartum period increases after operative labor, epidural anesthesia of the catheterization of the bladder. Only 27% of women with bacteriuria complained of urination disorders, most of them had a catheterization of the bladder. 230 puerperas were treated with amoxicillin: 114 puerperas for 3 days at 1.5 g / day, 116 puerperas - for 10 days at 750 mg / day. The effectiveness of 2 regimens of antibiotics was 96 and 98%.

Conclusions: Thus, a short course of antibiotic therapy can be recommended for women with infectious urinary tract infections in order to avoid prolonged exposure to medicines for the lactating mother.

EFFECTS OF TREATMENT PROCESSES IN INFERTILE PATIENTS ON EMBRYO PARAMETERS AND IN VITRO FERTILIZATION (IVF) RESULTS

Esra Güzel

University of Health Sciences, Institute of Health Sciences, İstanbul, Turkey

Introduction: In vitro fertilization (IVF) treatment is one of the most common assisted reproductive techniques in infertility treatment. The live birth rate is approximately 30% for each embryo transfer with assisted reproduction techniques. The aim of this study was to evaluate the in vitro fertilization treatment results of 455 patients who were performed in German Hospital IVF Center between 2012 and 2014.

Methods: A total of 455 patients who were admitted to the German Hospital's IVF Center and underwent invitro fertilization treatment were included in the study. Demographic information, causes of infertility, induction protocol and dose were recorded of patients. Induction time, total gonadotropin dose, number of collected oocytes, fertilization rate, number of embryos transferred, day of transfer, embryo quality and biochemical and clinical pregnancy rates were examined and results were analyzed with Student's t-test and chi-square test.

Results: When the records of the 455 cycles included in the study were examined, the frequency of the pair's indications was a male factor, unexplained infertility, and ovarian factor, respectively. Biochemical pregnancy in 102 patients and clinical pregnancy in 91 patients were found (22.4 %, 20%). There was no significant difference between pregnant patients and the data of the patients who had no pregnancy in terms of age, BMI and duration of infertility.

FSH levels were lower, basal antral follicle numbers and AMH levels were significantly higher in the pregnant group ($p < 0.01$). While the number of

oocytes, fertilization rate and number of embryos transferred were significantly higher in the pregnancy group and no difference was found the embryo grades between two groups

Conclusions: IVF is a widely used method and its indications constitute a very wide spectrum. The diversity of the patient population creates difficulties in predicting treatment success and in evaluating the results. Careful handling and thorough reporting of in vitro fertilization records constitute an important infrastructure for treatment processes. In this study, we believe that the obtained data as a result of our study will be effective in directing the treatment with its contribution to the literature.

**МАСТОПАТИЯГА ЧАЛИНГАН АЁЛЛАРДА УМУМИЙ
КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИК
ТАДБИРЛАР ИШЛАБ ЧИҚИШ**
Эрматов Н.Ж., Тошматова Г.О.
Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикасида кўкрак беши саратонини эрта аниқлашга, унинг асоратларини олдини олишга қаратилган кенг қамровли илмий тадқиқотлар ва давлат миқёсидаги тадбирлар ўтказилмоқда. Шунга қарамадан бу касаллик сабабли мурожаатлар сони йилдан-йилга ортиб бормоқда (Ходжаев А.В., 2010). Таъкидлаш жоизки, ҳар куни 102 нафар аёлда кўкрак беши хавфли ўсма касаллиги ташхиси аниқланиб шулардан 41%дан ортиқ ҳолатлари профилактик тиббий кўриклар вақтида қайд қилинмоқда (Ходжаев А.В., 2010). Кўкрак беши онкологик касалликлари ичида мастопатия салмоғи сезиларли (25-30% ҳолатларда учрайди.) Мастопатияни эрта аниқлаш кўкрак беши турли ўсма касалликлари профилактикасида муҳим ўрин тутади. Ушбу патологиянинг ўзига хослиги шундан иборатки, ҳайз олдида кўкрак бешидаги даврий характердаги оғриқлар, безнинг қаттиқлашиши ва катталлашиши кузатилади. Ҳайз тугагач бу белгилар йўқолади. (Коган И.Ю., 2004).

Материал ва услублар. Тошкент шаҳри онкологик диспансери поликлиникасининг маммология хонасига 2015-2016 йилларда мурожаат қилган ва даволанган 165та аёлларнинг шахсий карталаридан кўчирмалар ва анкета-сўровнома натижалари ретроспектив таҳлил этилди. Махсус ишлаб чиқилган анкеталар ёрдамида сўровнома ўтказилиб баъзи тиббий-биологик омилларнинг салмоғига баҳо берилди.

Натижалар ва муҳокама. Ўтказилган текширув натижалари мастопатия касаллигининг 10-15%и- 20-29 ёшдаги аёлларга, 20-25%и- 30-39 ёшга, 60%и- 40-49 ёшга, 5-7%и- 50-59 ёшга тўғри келишини кўрсатди. Анкета-сўровномалар маълумотларига кўра мастопатия билан хасталанган аёллар орасида абортлар сони юқорилиги аниқланди. Бунда 20-29 ёшли аёллар бир марта (30%), 30-39 ёшгача беморлар орасида бир ва икки марта (30-35%), 40-49 ёшдаги аёллар 5 марта (40-45%) ва ундан кўп тиббий абортни бошидан кечирган.

Тошкент шаҳар онкологик диспансерига мастопатия касаллиги туфайли мурожаат этаётган аёлларнинг умумий мурожатларга нисбатан 55-60%ини Чилонзор, Учтепа ва Шайхонтохур туманларига тўғри келмоқда. Бу ҳолатни касалликнинг маълум туманларда кўп учрашини белгиламайди, балки аҳолининг тиббий савияси юқорилиги ҳақида далолат бериши мумкин. Маълумотларга кўра, аёл организмида қалқонсимон без фаолиятини бузилиши тироксин гармонининг кам ёки кўп ишлаб чиқилиши, моддалар алмашинувини бузилиши, жинсий аъзолар яллиғланиши, тиббий абортлар сонини кўп бўлиши гипофиздаги гармонлар тақсимланишига таъсир кўрсатиб эстроген гармони миқдорининг ошишига олиб келади. Организмда эстроген гармони миқдорининг меъёрдан ортиб кетиши мастопатия касаллигининг ривожланишига олиб келувчи асосий омиллардан етакчиси ҳисобланади (Миррахимова Д.Т,2006).

Хулоса: 1. Аёллар ўртасида мастопатия ривожланишини профилактика қилишни, аввал аниқланган касалликларини даволаш ва олдини олишга қаратилган соғломлаштирувчи тадбирлардан, шунингдек соғлом ва фаол турмуш тарзини шакллантиришдан бошлаш юқори самара беради.

2. Ёндош касалликларнинг ривожланишини олдини олиш мақсадида қуйидагилар тавсия этилади: соғлом ва фаол турмуш тарзини ташкил этиш; стресслардан сақланиш; совуқ қотиш ёки исиб кетишдан ўзини эҳтиёт қилиш; таркибида йод тутувчи препарат қабул қилиш; 7-8 соатлик ўз вақтидаги уйку; кўкракни травмалардан эҳтиёт қилиш.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ярмухамедова С.Х., Вафоева Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический пиелонефрит остается актуальной проблемой как в нефрологии, так и в общей патологии. Данное заболевание чаще встречается среди женщин фертильного, трудоспособного возраста. Большая распространенность хронического пиелонефрита, его обострения, осложнения у женщин детородного возраста сказываются на показателях их общей заболеваемости, продолжительности жизни и репродуктивной функции. Все это определяет огромную социальную значимость проблемы хронического пиелонефрита у женщин. Хронический пиелонефрит является фактором высокого сердечно-сосудистого риска. Поэтому особый интерес представляет изучение показателей центральной гемодинамики, которые дают наиболее полную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: изучить особенности показателей центральной гемодинамики у женщин детородного возраста с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы. Обследовано 34 женщины с хроническим пиелонефритом в возрасте 17-39 лет. План исследования больных включал выяснение жалоб, сбор данных анамнеза, исследование крови, мочи, функциональное и инструментальное исследование почек. Кроме того, всем женщинам проводилось эхокардиографическое исследование с доплерографией.

Результаты исследования и их обсуждение. У 19 больных была диагностирована рецидивирующая форма (56,0%), у 6 больных - анемическая форма (15,0%), у 6 больных - гипертоническая форма (15%) и у 3 больных - септическая форма (9,0%) заболевания. Эхокардиографическое исследование проводилось в М и В-режимах, а также с помощью энергетического доплеровского датчика, дающего возможность определять в импульсно-волновом режиме диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Систолическую функцию сердца оценивали по величине фракции выброса (ФВ), диастолическую – по соотношению пика Е к пику А (Е/А), времени замедления трансмитрального кровотока (ДТ), времени изоволюметрического сокращения (IVRT), полостные размеры сердца – по величинам толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП), конечному систолическому размеру (КСР). Изучался индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) относительной толщины стенки ЛЖ (ОТС). При исследовании систолической функции сердца достоверных отклонений в величине ФВ не отмечалось. У 6 пациенток с гипертонической формой ТЗСЛЖ, МЖП, КСР, КДР были выше чем у остальных больных. Известно, что гипертрофия левого желудочка является важным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Патологическая гипертрофия характеризуется ростом не только кардиомиоцитов, но и соединительнотканых элементов, в результате чего нарушается диастолическая функция. В нашем исследовании частота ГЛЖ составила 55,8% (19 больных). ИММЛЖ был выше нормальных показателей и составил $134,5 \pm 3,5$ г/м². Диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ была выявлена у 44,1% (15 больных). При этом у всех обследованных была обнаружена замедленная релаксация - I стадия ДДЛЖ.

Выводы. У женщин с хроническим пиелонефритом детородного возраста достоверно чаще отмечается гипертрофия и диастолическая дисфункция левого желудочка. Таким образом, можно предположить тесные связи между нарушением функции почек и состоянием сердечно-сосудистой системы.

ПЕДИАТРИЯ

СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ ТЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ

Абдилхаева З.А., Мадаминова Н.Э., Содикова Д.Т

Андижанский государственный медицинский институт

При хроническом гепатите и циррозе печени вирусной этиологии наряду со специфическими клиническими проявлениями поражения печени выявляются изменения в суставах свойственные ревматическим болезням.

Цель исследования: Изучение особенностей течения суставного синдрома у детей, больных хроническим вирусным гепатитом В выраженной степени активности в фазе репликации вируса.

Материалы исследования: Обследовано 165 детей, находившихся на стационарном лечении. Из них мальчики - 100, девочки - 65. Диагноз хронический вирусный гепатит В выраженной активности был подтверждён клиническими, биохимическими и иммунологическими данными. Давность заболевания составила 1-3 лет.

Результаты исследования: Суставной синдром наблюдался у 30,3% мальчиков, и 48,3% девочек. Основными проявлениями суставного синдрома были: боли в суставах, которые наблюдались у 40% мальчиков и 42,8% девочек, боли в костях – у 30% и 28,6%, боли в мышцах конечностей - у 20% и 14,3%, утренняя скованность – у 10% и 14,3% мальчиков и девочек соответственно. Мальчики чаще отмечали боли в тазобедренных, коленных и локтевых суставах, девочки в коленных, голено-стопных, локтевых и лучезапястных. Поражение было симметричным. Кроме того, у 30,0% мальчиков и 35,7% девочек было отмечено повышение активности осадочных проб и С-реактивного белка. При ультразвуковом исследовании и обследовании на ядерно-магнитном резонансе, у 1 девочки имелись признаки остеопороза и у 1 мальчика начальные признаки остеомаляции. У остальных детей грубых анатомических изменений отмечено не было. При лечении данных больных по традиционной схеме лечения гепатита В назначением противовирусных, иммуномодулирующих препаратов и гепатопротекторов было отмечено исчезновение проявлений суставного синдрома.

Выводы: Одним из системных проявлений хронического вирусного гепатита В выраженной активности у детей является суставной синдром, который с большей частотой наблюдается у девочек, чем у мальчиков и данный синдром при лечении не требует назначения специфических препаратов.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЛИМФАДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Абдилхаева З.А., Тожиддинов Х.С, Якуббекова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Лимфаденопатия - генерализованное увеличение лимфатических узлов наблюдается при хронических диффузных заболеваниях печени у 20-50% детей. Более половины пациентов лимфаденопатия в сочетании со спленомегалией. Обычно лимфатические узлы увеличиваются в период активности заболевания, когда наступает ремиссия, степень их увеличения уменьшается, а в некоторых случаях исчезает лимфаденопатия.

Цель: изучить особенности проявления лимфаденопатии у детей с хроническим гепатитом В выраженной степенью активности.

Материалы и методы исследования: обследовано 200 детей с хроническим гепатитом В. Из них мальчики (132) и девочки (67). Из них у 42 (21%) детей был синдром лимфаденопатии. Диагноз был поставлен на основании клинических, биохимических, иммунологических и ультразвуковых методов исследования.

Результаты: увеличение системных лимфатических узлов было выявлено у 30 пациентов, подчелюстных лимфатических узлов, подъязычной, возле уха лимфатических узлов у 33 пациентов, подмышечные - в 10, локтевой - в 12, перибронхиальные - в 27, лимфоузлы в воротах печени - в 13, брыжейки - В все (42), расположенные в паховой области слева - в 37, правосторонних паховых лимфатических узлов - в 42, лимфатических узлов, перикарда ткани - слева 5, справа - в 11, забрюшинных лимфатических узлов - у 7. Спленомегалия-во всех (42). Клинические характеристики лимфатических узлов характеризовались увеличением их размеров с 5 мм до 15-20 мм. Консистенция: мягкая, средняя и жесткая плотность. Периферические лимфатические узлы не спаяны с подкожной жировой клетчаткой, легко дислоцируются и слегка болезненны. С sialoadenitis, birdism отметить - увеличение количества слюны. Увеличение перибронхиальных, брыжеечных и паховых лимфатических узлов вызвало синдром компрессии соседних органов. Следует отметить, что во время противовирусной терапии наблюдалось обратное развитие и исчезновение синдрома лимфаденопатии.

Вывод: при хроническом вирусном гепатите В, заметная степень активности у детей в 21% случаев, возникает синдром лимфаденопатии с поражением внутренних и периферических лимфатических узлов. Наиболее частое увеличение шейных и паховых лимфатических узлов при клинике хронического лимфаденита.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИХОРАДОЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В

Абдилхаева З.А., Мадаминова Н.Э, Юнусова З.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Лихорадочный синдром, по опубликованным данным, наблюдается у 40-86% детей хроническим активным гепатитом. Нередко температура достигает 39-40С и сопровождается ознобом. У половины детей, лихорадка является одним из первых клинических признаков хронического поражения печени, иногда предшествует появлению желтухи, выявления гепато - и спленомегалия. Патогенез лихорадки в гепатите остается плохо изученным. Лихорадка-это не из-за присоединения бактериальной инфекции желчных протоков, она обычно быстро исчезает на фоне лечения преднизолоном и цитостатиками, иногда в одиночку. В ряде случаев далеко идущих КП эпизоды лихорадки постоянно повторяются. Лихорадка при вирусном гепатите может быть проявлением активности возбудителя. Возможна также цитолитическая лихорадка, вызванная распадом клеток печени во время их некроза. Не исключена роль усиленной регенерации клеток печени, которая выражается в периоды активности хп, и возможность лихорадки как проявления общей гиперэргической реакции.

Цель: изучить частоту и характер проявления лихорадочного синдрома при хроническом гепатите В выраженной активности у детей.

Материалы и методы исследования: обследовано 100 детей с хроническим гепатитом В выраженной степени активности.

Результаты исследования: у 55 детей выявлен лихорадочный синдром, характеризующийся следующими симптомами:

Ощущение тепла составляет 25%, немотивированная слабость - 60%, в 23% случаев тугоподвижность суставов, периодическая лихорадка 10%, боли по всем теле являются 70%, полиартритах составляет 43%, в полиоссалгия составляет 25%, полимиалгия составляет 33%, потливость - 25%.

Вывод: при хроническом гепатите В, лихорадочным синдромом следствием вирусемии наблюдается и сопровождается общей гиперэргическая реакция организма. Учет наличия этого синдрома приведет к адекватной терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ИНДЕКСА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО АТОПИИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА

Абдумуминов М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Острый стенозирующий ларинготрахеит является мультифакториальным заболеванием с генетической предрасположенностью.

Цель исследования: определение диагностической ценности индекса отягощенности генеалогического анамнеза по atopическим заболеваниям у детей в подтверждении рецидивирующего течения острого стенозирующего ларинготрахеита в сравнении с первичным вариантом заболевания.

Материалы и методы. Нами с соблюдением принципов биоэтики было обследовано 122 детей в возрасте от 6 мес до 3 лет. I-группу составили 57 детей с повторными эпизодами ОСЛТ (рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит - РСЛТ). II-группу составили 65 пациентов с первым и единственным эпизодом ОСЛТ (первичный стенозирующий ларинготрахеит - ПСЛТ).

Распределение обследованных детей на группы по формам ОСЛТ проводилось согласно классификации Ю.В.Митина (1986). Анализ генеалогического анамнеза проводили с оценкой отягощенности семейного анамнеза atopическими заболеваниями по индексу отягощенности Л.Н.Мачулиной. Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием методов биостатистики и клинической эпидемиологии.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы особенности генеалогического анамнеза обследованных детей. Установлено, что у детей I-группы генеалогический atopический анамнез оказался отягощенным у 45,6% детей, зато у детей II-группы с ПСЛТ – у 56,9% больных ($P > 0,05$). У детей с РСЛТ несколько чаще регистрировалась отягощенность аллергологического анамнеза как по материнской (32,3%), так и по отцовской (21,5%) линиям, чем у детей с ПСЛТ (24,6% ($P > 0,05$) и 15,8% ($P > 0,05$) соответственно).

Доля детей с atopической отягощенностью по обоим родителям в обеих группах оказалась почти одинаковой и не превышала 6%. Несмотря на то, что среди обследованных II-группы несколько чаще встречались дети с отягощенным генеалогическим atopическим анамнезом, тенденция к высшему индексу отягощенности по данной патологии оказалась у детей I группы ($0,21 \pm 0,018$ у.е., против $0,19 \pm 0,017$ у.е., $P > 0,05$), что связано с большим процентом ближайших родственников, болевших atopическими заболеваниями.

Индекс генетической отягощенности по atopическим заболеваниям более 0,2 у.е. как тест, указывающий на возможность развития бронхиальной астмы, характеризовался чувствительностью - 42% (95% ДИ 23–62), специфичностью - 67% (95% ДИ 49–81), прогностической ценностью положительного результата - 48% (95% ДИ 27–69), прогностической ценностью отрицательного результата - 62% (95% ДИ 45–77), с отношением правдоподобия положительного результата - 1,27. При этом относительный риск рецидивирования заболевания составил - 1,2 (95% ДИ 0,7–2,4), с соотношением шансов - 1,5 (95% ДИ 0,5–4,2).

Выводы. Таким образом, тенденция к высшему индексу отягощенности по атопической патологии оказалась у детей с рецидивирующим течением острого стенозирующего ларинготрахеита.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

Абдусагатова Ш.Ш.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время существуют 2 главных составляющих эффективной терапии синдрома анемии при ХБП у детей- это препараты железа и эритропоэтина. Лечение анемии при ХБП у детей с использованием препаратов железа и эритропоэтина приводят к улучшению качества жизни, аппетита, повышению толерантности к физическим нагрузкам

Цель исследования:Оценить эффективность приема препаратов железа у больных детей с ХБП.

Материалы и методы: Обследовано 50 детей в возрасте от 7 до 16 лет. ХБП -1 диагностирована у 12 больных, ХБП-2 у 17 детей, ХБП-3 у 18 больных, ХБП-4 у 3 больных. В первичное обследование детей с ХБП входят клинический анализ крови, подсчет абсолютного числа ретикулоцитов. Синдром анемии выявлен у всех больных. Анемия 1 степени (Hb до 90г/л) выявлен у 25 больных,2-степень анемии(Hb 90-70г/л) –у 20 детей, Тяжелая степень анемии (Hb менее 70 г/л) выявлен у 5 больных. Степень анемии в основном соответствовала степени тяжести ХБП.В соответствии с рекомендациями QDIGO (2012) назначение элементарного железа у больных с ХБП в дозе 2-6 мг/кг/сутки являются обязательными.У больных легкой степенью анемии(25 детей) препараты железа назначались с первых дней поступления в течение 1 месяца,по достижению уровня Hb более 105г/л.Препараты железа больные получали еще 2 мес в дозе 3мг/кг/день. Дети со 2-3 степенью анемии получали препараты железа парентерально (венофер, феррум- лек) из расчета 1,5мг/кг. После достижения у них уровня гемоглобина более 90г/л, препараты железа назначались как в первой группе на длительный срок.Одновременно с препаратами железа дети данной группы получали и препараты эритропоэтина (Репо) из расчета100-150ЕД/кг/нед,у трех больных данной группы- 200 ЕД/кг/нед. Перевод на препараты железа per os проводился также при достижении уровня Hb выше 100г/л.

Результаты исследования: Восстановление уровня гемоглобина до 100г/л отмечено на фоне проводимого лечения у всех больных через 2 недели от начала лечения.

Улучшение общего состояния детей отмечалось со второй недели лечения в виде уменьшения симптомов интоксикации, повышения аппетита, положительной динамики состояния.

Выводы: Таким образом, назначение препаратов железа и эритропоэтина больным с ХБП является обязательным в комплексном лечении данной категории больных. Чем раньше начата коррекция анемии, тем быстрее улучшается общее состояние больных и качество их жизни.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Абдусагатова Ш.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Известно, что нарушение функции почек отмечаются у каждого четвертого пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако специфические «почечные» факторы сердечно-сосудистого риска остаются малоизвестными широкой врачебной аудитории.

Цель исследования: определить частоту почечных факторов риска у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: Нами изучены истории болезни 150 больных детей в возрасте от 7 до 15 лет, находившихся в отделении кардиоревматологии 1 клиники ТМА с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. мальчиков было 70, девочек –80. Возраст от 7 до 12 лет - 92, 13-15 лет - 58. Диагноз ревматическая лихорадка был у 48 детей , острый и хронический миокардиты- у 40 детей, СКВ - у 20 , ВСД - у 15 детей, ЮРА-у 32 больных. Давность заболевания у всех детей более 1 года. У всех детей были проведены анализы мочи с определением степени протеинурии. У детей с выявленными изменениями со стороны почек были проведены определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по Шварцу. Для этого у всех больных в крови определен уровень креатинина,УЗИ почек, проведена оценка физического развития(рост, вес).

Результаты исследования: У 50 детей в моче были выявлены стойкие нарушения в виде микропротеинурии, альбуминемии. микрогематурии. У 10 больных с висцеральной формой ЮРА, 16 больных с ревматической лихорадкой, 10 больных с СКВ,14 больных с миокардитами. Скорость клубочковой фильтрации составила в среднем 130,4 +4,2 мл/мин/1.73 кв.м., что говорит о гиперперфузии в почечных клубочках и соответствует хронической болезни почек 1 степени.

Выводы: Таким образом у 1/3 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями при отсутствии жалоб и клинических проявлений патологии почек обнаружены ранние признаки поражения почек и нарушения их функции в виде стойкой микропротеинурии, лейкоцитурии или микрогематурии, нарушения скорости клубочковой фильтрации в виде гиперперфузии, что требует включения в комплекс лечения данной группы больных нефропротективных препаратов с целью снижения риска прогрессирования нарушений функционального состояния почек и риска прогрессирования основного заболевания .

ВВЕДЕНИЕ ЭУБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКИХ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Абзалова Ш.Р., Турсунбаев А.К., Усмонхонов Ф.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Атопический дерматит в детском и взрослом возрасте представляется единой болезнью, несмотря на то, что в дальнейшем, возможно, будут выделены генетические подтипы, имеющие различные варианты экспрессии. Атопический дерматит (атопическая экзема, синдром атопической экземы/дерматита) - хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте и приводит к физической и эмоциональной дизадаптации пациента и членов его семьи.

Установлено, что атопический дерматит развивается у 81% детей, если больны оба родителя, у 59% - если болен только один из родителей, а другой имеет аллергическую патологию дыхательных путей, и у 56% - если болен только один из родителей.

Распространенность заболевания возросла за последние три десятилетия и составляет в развитых странах, по мнению разных авторов, 10-15% у детей в возрасте до 5 лет и 15-20% у школьников. Причины увеличения заболеваемости неизвестны. С другой стороны, в некоторых сельскохозяйственных регионах Китая, Восточной Европы и Африки заболеваемость остается на прежнем уровне.

Цель и задачи работы: изучить применение эубиотиков комплексном лечении у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 16 детей, из них 7 (44%) мальчиков и 9 (56%) девочек, госпитализированных в дерматологическое отделение клиники ТашПМИ с 02.07.18 по 01.09.18 года с атопическим дерматитом, которым были назначена диетотерапия. У обследованных детей атопический дерматит начинался с нарушения питания и раннего введения в рацион высокоаллергенных продуктов (сладости, цитрусовые фрукты, коровье молоко). Первыми признаками атопического дерматита были появление высыпания - покраснения, шершавости, волдыри, бляшки, сопровождающиеся зудом, у некоторых детей появились мокнутия. Этим детям помимо диетотерапии параллельно было назначено эубиотики. В течение всего периода лечения ежедневно регистрировали частоту и характер сыпи, стула, поведение детей и продолжительность течения болезни.

Полученные результаты: у детей сроки исчезновения сыпи укоротились, частота стула не изменилась, стул был оформленным, отставание массы тела не наблюдалось, поведение детей было адекватным, продолжительность течения болезни было коротким.

Выводы: 1. Очаги атопического дерматита могут появляться в любом возрасте на любой части тела, но у детей до года сыпь чаще расположена

на лице и ногах, а для детей старшего возраста типичны высыпания на локтевых и коленных сгибах и на запястьях.

2. При атопическом дерматите болезненная реакция на пищу не требует соблюдения жестких диет, а эффективным лечением будет налаживание работы желудочно-кишечного тракта, в том числе комплексное лечение дисбактериоза

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ СЕПСИС

Алиева П.Р

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Септикопиемическая форма заболевания характеризовалась тяжелым состоянием, признаками глубокой интоксикации, лихорадкой, поражением органов и систем. Бронхопневмония была у 44 (73%) детей, энтероколит у 46 (67%), кардит у 7 (12%), реактивный гепатит у 4 (6,6%). У всех наблюдаемых 60 больных детей был диагностирован астеновегетативный синдром, который характеризовался снижением аппетита, физиологических рефлексов и мышечного тонуса. Лихорадочная реакция на субфебрильных цифрах сохранилась у 13 (22%), неустойчивость стула у 19 (31%) детей, перенесших сепсис. При оценке физического развития у 60% детей, на первый план выступили признаки нарушения питания (белково – энергетическая недостаточность - БЭН), особенно при затяжном течении. При остром течении БЭН выявлена у 17%, отставание в росте от 2 СО (стандартные отклонения) до – 3СО отмечено у 66% детей в основном с затяжной фазой заболевания. Нарушение психомоторного развития выявлено у 30% детей. Практически у всех детей имелись дефицитные состояния. Рахит у 60,4%, анемия I-II степени у 58% , гиповитаминозы у 50%. Анализируя причины БЭН, можно предположить, что септический процесс был не единственным фактором. Важное значение имело нерациональное питание детей до и во время болезни.

При искусственном вскармливании использовались неадаптированные смеси, поздно вводились прикормы, зачастую неправильно приготовленные, а также рано давалась пища с общего стола.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в течение первого года у детей, перенесших сепсис, не происходит полного выздоровления и остаются условия для рецидива заболевания. Это говорит о необходимости более длительного адаптационного периода и проведения реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию остаточных явлений, физического развития, дефицитных состояний и предупреждении рецидивов заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, В КАЧЕСТВЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ, 3% РАСТВОРА NaCl ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Алимова Х.А., Тургунова Д.П.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа детей с частыми респираторными заболеваниями, сопровождающимися развитием синдрома бронхиальной обструкции. Введение лекарств через небулайзер эффективный метод лечения заболеваний органов дыхания, улучшающий качество жизни.

Объем лекарства вместе с растворителем для проведения одной ингаляции составляет 2-5 мл, что существенно снижает затраты на лечение. Немаловажно, что при небулайзерной терапии минимализируется риск побочного действия лекарства на организм. В качестве основного раствора для ингаляции эффективность показал 3% раствор NaCl., о чем в метаанализе Жуковой О.Н. с соавторами

Материалы и методы исследования. Нами на базе отделения детей раннего возраста 4 ГКБ им Эргашева было обследовано и выявлено 86 детей с бронхообструктивным синдромом. Детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) было 64, что составляет 75% с бронхиолитом 22 ребенка, что составляет 25%. В контрольную группу вошли дети, которым в лечении использовали стандартную симптоматическую терапию с использованием щелочных ингаляций, их число составляло 40 детей (46%). В исследовательскую группу вошли 46 детей (53%) с ООБ и бронхиолитом. Детям для снятия бронхообструктивного синдрома, мы использовали 3% раствор NaCl по 3-5 мл 3-4 раза в сутки через небулайзер. Учитывая, потерю жидкости проводилась оральная регидратация глюкозо- солевым раствором.

В динамике оценивались клинические показатели (улучшение общего состояния ребенка, снижение признаков дыхательной недостаточности, явлений обструкции, продуктивность кашля и др.).

Результаты: в контрольной группе длительность обструкции была 4-5 дней, улучшение общего самочувствия отмечалось на 3-4 день, продуктивный кашель появился на 3 день. В исследовательской группе обструкция уменьшилась на 2-3 день, общее самочувствие улучшалось на 2-ой день небулайзерной терапии, продуктивный кашель появился на 2-е сутки.

Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что применение небулайзерной терапии у детей с БОС достаточно быстро приводит к улучшению общего состояния, уменьшению или исчезновению явлений бронхообструкции и снижению потребности, в использовании глюкокортикостероидов. Важным результатом использования небулайзерной терапии является его использование для лечения заболеваний, требующих безотлагательного вмешательства. Кроме того,

распыление препарата через небулайзер способствует сокращению восстановительного периода после заболевания органов дыхания

Таким образом, использование в качестве наполнителя 3%раствора NaCl через небулайзер у детей с БОС позволяет эффективно купировать синдром на 1-2 дня быстрее, уменьшает лекарственную нагрузку у ребенка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ БАД К ПИЩЕ «ФИТОДИАБЕТОЛ»

Аллаева М.Ж, Ачилов Д.Д, Наимова М.

Ташкентская медицинская академия

Установлено, что человек адаптирован к потреблению большого количества биологически активных веществ, источниками которых являются представители более 300 родов растений. С растительной пищей человек получает необходимые питательные вещества, а также витамины и микроэлементы. И не только это. Исследования последних лет выявили необходимость многих минорных компонентов растительной пищи для сохранения здоровья и, в еще большей степени, для снижения риска развития ряда хронических заболеваний. Некоторые исследователи даже рассматривают такие заболевания как проявления состояния маладаптации в результате постоянно низкого поступления с пищей компонентов, абсолютно необходимых для обеспечения защитно-адаптационных возможностей организма. Исключительно важным и единственно надежным средством улучшения структуры питания и достижения оптимальной сбалансированности рациона населения является использование в повседневном питании здоровых и больных людей биологически активных добавок к пище (БАД). Цель исследований: целью настоящего исследования явилось изучение иммунологической активности БАД к пище «Фитодиабетол».

Материалы и методы исследования: Для определения общего количества иммуноглобулинов классов IgE, IgG, IgM использовались коммерческие наборы для ИФА производства Вектор-Бест (Россия): IgE-общий-ИФА-Бест; IgG-общий-ИФА-Бест; IgM-общий-ИФА-Бест. Концентрацию иммуноглобулинов классов IgE, IgG, IgM в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Все реагенты перед проведением анализа были тщательно перемешаны и доведены до комнатной температуры. Составляли протокол маркировки лунок. Оставшиеся лунки использовали для определения иммуноглобулина в опытных пробах. В координатах "logit-log" построили для калибровочных проб график зависимости концентрации IgE (МЕ/мл), IgG (мг/мл) и IgM (мг/мл) в калибровочных пробах. Содержание IgE (МЕ/мл), IgG (мг/мл) и IgM (мг/мл) в пробах определяли по калибровочному графику после получения средних значений в дублирующих лунках по вышеприведенной формуле.

Результаты исследования: определение иммунологической активности препаратов БАД в условиях *in vivo* является важной характеристикой биологической безопасности пищевых добавок. Было получено сывороток периферической крови у крыс после воздействия БАД «Фитодиабетол» в дозах 6 мг/кг, 60 мг/кг, 120 мг/кг и определялось общего количества иммуноглобулинов класса IgE, IgG, IgM. И так, концентрация IgE в дозе 6 мг/кг составлял $5,20 \pm 0,71$ МЕ/мл, концентрация IgG - $2,60 \pm 0,21$ мг/мл, а IgM - $0,12 \pm 0,01$ мг/мл, соответственно. Под действием Фитодиабетола в дозах 60 и 120 мг/кг наблюдался такая же тенденция: И так, в дозе 60 мг/кг концентрация IgE, IgG и IgM в сыворотке крови крыс составляли $5,50 \pm 0,82$ МЕ/мл; $2,80 \pm 0,26$ мг/мл и $0,12 \pm 0,01$ мг/мл, а в дозе 120 мг/кг – $5,40 \pm 0,70$ МЕ/мл; $2,84 \pm 0,20$ мг/мл; $0,13 \pm 0,02$ мг/мл, соответственно.

Вывод: Проведенные исследования показали, что препараты БАД к пище «Фитодиабетол» в дозах 6,0 мг/кг, 60,0 мг/кг, 120,0 мг/кг не оказывают существенного влияния на содержание иммуноглобулинов классов IgE, IgG и IgM в сыворотке крови крыс по отношению к контрольному. Полученные результаты содержания исследованных иммуноглобулинов статистически достоверно не отличались от аналогичных показателей, полученных для экспериментальных животных контрольной группы.

САЧРАТҚИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ ТЕРАТОГЕН ВА ЭМБРИОТОКСИК ТАЪСИРИ

Аллаева М.Ж., Асқаров О.О., Исакович Х.Х., Джанаев Ғ.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. ЖССТ маълумотида кўра ҳар йили ҳомиладор аёлларнинг 3,5-4% қандли диабетдан азият чекадилар. Бу маълумот 2020 йилга бориб 7%га ошиши мумкин. Ушбу жараёни пасайтириш мақсадида диабетга қарши доривор воситалар қўлланилиб келинади. Бу доривор воситалар тан нархи нисбатан қиммат ва бир мунча салбий асоратларга ҳам олиб келади. Юқорида келтирилган камчиликларни бартараф этиб маҳаллий шароитда ўстирилган ва нисбатан хавфсиз ўсимликларни олиш долзарб бўлиб қолмоқда.

Ишнинг мақсади. Гипогликемик таъсирга эга бўлган сачратқи (*Chicorium intybus* L.) қуруқ экстрактининг тератоген ва эмбриотоксик таъсирини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Сачратқи қуруқ экстракти вазни 160-180 г. бўлган 32 та каламушларга суспензия ҳолида 100 ва 250 мг/кг дозаларда ҳар куни 1 мартабадан 20 кун давомида бериб борилди. Препарат олган ҳайвонларда ҳомиладорлик даври худди назорат гуруҳидаги ҳайвонлардек ўтди.

Олинган натижалар. Тажрибани 21-22 кунларида ҳомиладор каламушларнинг бачадон бўшлиғи ёриб кўрилди, ҳомидалар сони ва оғирлиги аниқланди. Ҳомидаларнинг вазни тортиб кўрилганда назорат

гуруҳидаги каламушларнинг ҳомилаларининг оғирлиги ўртача ҳисобда $4,6 \pm 0,32$ г гатенг бўлса, худди шу шароитда тажриба гуруҳидаги каламушларнинг ҳомилаларининг ўртача оғирлиги мос равишда $4,9 \pm 0,30$ ва $5,2 \pm 0,25$ г га, ҳар бир она каламушдаги ҳомилаларнинг ўртача сони эса $7,0 \pm 1,0$ та га тенг бўлди. Бундан ташқари бачадоннинг ҳолати, ҳомилаларнинг ҳар иккала бачадон шоҳлари бўйлаб тарқалганлиги, тухумдонларнинг ҳолати, уларда сариқ тана, яъни фолликулаларнинг етилиши, амнионнинг бутунлиги, ўлган ва тирик ҳомилаларнинг ҳолати, имплантация ва резорбция жойлари, плаценталарнинг сони ва уларнинг қон билан таминланиш ҳолатлари назорат гуруҳидаги каби нормада эканлиги аниқланди.

Махсус лупалар орқали катталаштирилган ҳолатда ҳомилаларнинг ташқи кўриниши, бош, тана ва оёқларининг ривожланиши таҳлили, уларда ҳеч қанадай туғма нуқсонлар йўқлигини кўрсатди. Алоҳида эътибор Буэн суюқлигида 2 ҳафта сақланган ҳомилаларнинг ички органларнинг Вилсон усули бўйича текширишга қаратилди. Натижада ҳомилаларда ҳеч қанадай патологик ўзгаришлар қайд этилмади.

Доусон усули бўйича ҳомилаларда таянч-ҳаракат аъзолари текширилганда уларда ҳам ҳеч қандай нуқсонлар қайд этилмади.

Постнатал давридаги текширувлар, хусусан: тишлар, тери қопламалари, ташқи жинсий органлари, мушакларнинг ривожланиши, сўриш ва ҳаракат рефлексларини таҳлили, уларда кўрасатилган кўрсаткичларнинг барчаси яхши ривожланганлигини кўрсатди.

Хулоса. Демак, сачратқи курук экстракти оптимал терапевтик дозада (100 мг/кг) ва максимал дозаларда (250 мг/кг) ҳомиланинг ўсишига ва ривожланишига ижобий таъсир этади. Препарат ҳомилалар ривожланишида патологик ўзгаришлар келтириб чиқармайди.

Юқорида келтирилган натижалар асосида сачратқи курук экстрактини тератоген ва эмбриотоксик таъсирларидан ҳоли дейиш мумкин.

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ СВЕЧИ РЕКТАЛЬНЫЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Аллаева М.Ж., Рахимова Г.А., Мамаджанова М.А

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить острой токсичности против воспалительного препарата- суппозиториев «П-1»

Материалы и методы исследования.

Острая токсичность суппозиториев «П-1» изучалась по методу И. В. Санацкого [3]. Исследования проводили на 30 белых крысах массой 120-200г, обоего пола. Каждую дозу испытывали на шести животных. Подопытные животные получали ректально суппозиториев «П-1», а контрольные - соответствующее количество витебсола. Препарата вводили ректально в дозе 2000, 2500, 3000, 3500 и 4000 мг/кг. Наблюдение за состоянием животных проводили в течение 14 дней в условиях вивария. К

концу опыта животных выборочно декапитировали, производили макроскопический осмотр слизистой желудочно-кишечного тракта и паренхиматозных органов. Расчет LD_{50} по методу Прозоровского.

Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETSN 123), Страсбург, 18.03.1986г.

Результаты исследования. Изучение острой токсичности суппозитория «П-1» проведено на 30 половозрелых белых крысах-самцах. Наблюдение за экспериментальными животными проводилось на протяжении 14 суток. Явно выраженных симптомов интоксикации у животных не отмечено. В группах из 6 животных, получавших 2500 мг/кг-2 погибли, 3000 мг/кг-3, 3500 мг/кг-4, 4000 мг/кг-6. Опытные животные на местные раздражители реагировали адекватно. Видимые слизистые оболочки (анус и кожа) влажные, бледно-розового цвета, блестящие и гладкие на вид, очаги облысения не обнаружены. При введении препарата в указанных дозах не наблюдалось отрицательного влияния на животных. В меньших дозах (2000-3000 мг/кг) поведение животных в опытных группах не отличалось от контрольной группы. В больших дозах 3500-4000 мг/кг у животных, получавших препарат П-1, активность животных частично была органичена, в течение небольшого времени наблюдалось кучкование. В течение 14 дней животные, получавшие препарат П-1 были под наблюдением в условиях вивария, за этот период не была зарегистрирована гибель животных (табл.1).

Все исследование проводили и наблюдали за состоянием крыс в течение 2-х недель. В связи с тем, что данная доза в 24 раза превышает среднюю суточную терапевтическую дозу, можно отнести фитопрепарат к малотоксичным. И так, LD_{50} суппозитория «П-1» составляет 3044,7 (2453,5-3635,9) мг/кг и по параметрам степени токсичности можно отнести к IV классу. Следовательно, однократное введение препарата не проявляет токсическое действие.

Установлено, что реакция животных в первые 1-1,5 часа несколько заторможена, крысы пассивны. Симптомы исчезали через 2-суток опыта. LD_{50} рассчитывали с использованием пакета программ Statplus-2009 пробит анализом.

Результаты проведенных экспериментов по изучению острой токсичности суппозитория «П-1» показали, что при ректальном однократном введении LD_{50} препарата составляла 3044,7 (2453,5-3635,9) мг/кг.

Выводы. На основании полученных результатов установлено, что суппозитория «П-1» является малотоксичным препаратом и по параметрам острой токсичности при ректальном введении относится к 4 классу.

ГЕМОРРАГИК ВАСКУЛИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ЁШГА БОҒЛИК ХОЛДАКЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Амонов Р.А., Рахматова Н.Н.

Бухоро Давлат тиббиёт институти

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Геморрагик васкулит (ГВ) касаллиги қон томир девори ички интима қаватининг иммунопатологик яллиғланиш касаллиги бўлиб 6 ойдан 7 ёшгача бўлган болалар орасида кўп учрайди. Бу касаллик нафақат гематологлар қизиқиши доирасида балки педиатр, УАШ, жаррох, инфекционист, невропатолог, офтальмолог, нефролог, дерматовенеролог ва ревматологлар томонидан кенг ўрганилмоқда.

Мақсад: Болаларда ГВ касаллигини ёшга хос клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Назоратимиздаги 112 нафар бемор болалар клиник лаборатор текширувлардан утказилди. Жами беморларнинг 77,6 % мактабгача ёшга (87 нафар), яъни 1-6 ёшга тўғри келади, қолган 25 таси яъни 22,3% эса 7-17 ёшдаги бемор болаларга тўғри келади.

Натижа ва таҳлиллар: Касаллик кечиши ва тушак кунига кура назоратдаги 11 нафар беморлар уртача -4-6 кун, 94 нафари - 6-10 кун ва 8 нафар бемор балалар 10 кундан узок вақт шифохонада даволанди. Ушбу ҳолат шаҳар ва қишлоқ шароитида мунтазам яшовчи беморларда бир хил учраши аниқланди.

Кузатувимизда бўлган бемор болаларнинг таҳлили асосида - 65% бемор болаларда гижжа касаллиги, 39% болалар сунъий овқатланиши ва 4% бемор болаларда 2 ёки ундан ортиқ сурункали инфекция ўчоқлари борлиги аниқланди. Касалликнинг муҳим жихатларидан бири бўлган 6 ой давомида рецидивлар сони таҳлил этилганда, 2 марта рецидив такрорланиши 9% беморларда учраб, айнан шу беморларнинг 86% сунъий овқатланишда булган болаларни ташкил этди. ГВнинг 3 марта рецидив такрорлиниши 1,7% бемор болаларда кузатилди. Шу билан бирга, ГВ касаллигининг клиник шакллари бўйича дифференциация қилинганда:

- алоҳида тери шакли билан 19 нафар, яъни 16.9%
- тери-бўғим шакли билан 84 нафар, яъни 75%
- тери-бўғим-қорин шакли билан 7 нафар, яъни 6,2%
- тери-қорин-буйракларни жароҳатланиши билан 2 нафар, 1,7 % кузатилди

Хулоса: текширувлар натижасида, ГВнинг давомийлиги, кечиши, рецидивлар сони боланинг ёшига боғлиқ эмас. ГВнинг мактабгача ёшдаги болаларда купрок учрайди. Ушбу ҳолат болалар жамоасида мулоқот, табиий иммунитетнинг тулик такомиллашмаганлиги, нораціонал овқатлантириш билан изоҳланади.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ЗА 2012 – 2016 ГОДЫ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА.

Р.А. Атаниязова

**НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан.**

Цель исследования: Изучение динамики общей и первичной заболеваемости населения Республики Узбекистан за период 2012-2016 годы.

Материал и методы исследования. Проведено обсервационное исследование. Заболеваемость проанализирована на 100 тысяч населения, использованы статистические данные государственной отчетности по здравоохранению, а также материалы Государственного Комитета по статистике Республики Узбекистан за период 2012-2016 годы. Расчеты и графический анализ данных проводились с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение динамики общей и первичной заболеваемости населения Республики Узбекистан за последний 5-летний период показал, что общая заболеваемость в период 2012-2016 годы возросла на 7,7%. Ведущей патологией среди населения являются болезни органов дыхания, крови и кроветворных органов, органов пищеварения, системы кровообращения и болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, на долю которых приходится 68% всех заболеваний из 19 классов болезней.

Наряду с высокими темпами прироста ряда классов болезней, отмечается также снижение уровня перинатальных патологий и количества врожденных аномалий и хромосомных нарушений, что является одним из показателей эффективно проводимой в республике стратегии по охране материнства и детства.

Выводы:

1. Общая заболеваемость населения Республики Узбекистан в период 2012-2016 годы возросла на 7,7%. Ведущей патологией среди населения республики являются болезни органов дыхания (23,04%), крови и кроветворных органов (18,95%), органов пищеварения (11,86%), системы кровообращения (7,17%) и болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (7,03%), на долю которых приходится 68% всех заболеваний из 19 классов болезней.

3. Широкомасштабное внедрение Государственной программы реформирования системы здравоохранения и Национальной модели по охране матери и ребенка, направленные на совершенствование охраны материнства и детства и формирование здорового поколения позволило в 2016 году по сравнению с 2012 годом снизить уровень перинатальных патологий на 4,46% и количество врожденных аномалий и хромосомных нарушений на 16,11%.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ TORCH ЭТИОЛОГИИ

Ахматова Ю.А., Ахматов А., Нажимов Ш.Р, Сирожева Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение анамнестических, клинико-лабораторных особенностей пиелонефрита у детей TORCH-инфекционной этиологии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 40 детей от 6 месяцев до 5 лет, родившихся от инфицированных TORCH-инфекцией матерей. Комплексное обследование детей включало подробный акушерский анамнез с помощью таблиц: «Вычислительная таблица, дифференциальной диагностики TORCH инфекции у новорожденных в раннем неонатальном периоде» (Т.А.Агафонова, 2006) и «Оценка развития TORCH инфекции у новорожденных в баллах» (Г.А.Шишко, 2006), общепринятые в нефрологической практике биохимические и клинические анализы. Специальные методы исследования: иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления возбудителей TORCH-инфекций.

Результаты. При анализе истории родов 40 обследуемых детей акушерский анамнез показал исключительно у всех отягощенность по ВУИ: так, по таблице Т.А.Агафоновой, у 33 (82,5%) детей сумма коэффициентов составила 21 и более баллов – вероятность ВУИ очень велика, поэтому необходимо проводить специальные лабораторные исследования, а у остальных 7 (17,5%) сумма коэффициентов составила 20-13 – диагноз ВУИ сомнителен. Оценка риска развития ВУИ у обследованных детей по шкале Г.А. Шишко выявила у 37 (92,2%) детей 3 и более – высокая степень риска, а 3 (7,8%) 1-2 балла – умеренная степень риска. У всех обследуемых детей по клинико-лабораторным данным был установлен диагноз вторичного пиелонефрита (у 21 – острый, у 19 – хронический). Частым клиническим признаком TORCH инфекции у обследуемых детей явилась интерстициальная пневмония, желудочно-кишечные расстройства, нарушения функции печени, признаки поражения ЦНС: беспокойство или вялость, адинамия, сонливость, срыгивания, рвота, потеря массы тела, в дальнейшем – отставание в физическом и психомоторном развитии. Течение пиелонефрита у TORCH инфицированных детей отмечается склонностью к часто рецидивированию и хронизации заболевания.

Выводы: 1. На основе характерного акушерского анамнеза выявлено наличие у большинства обследуемых детей (82,5-92,2%) высокого риска развития TORCH-инфекций.

2. Ранняя клинико-анамнестические, лабораторные методы исследования позволяют выявлять TORCH-инфекций на ранних этапах манифестации заболевания и профилактики серьезных осложнений.

СОҒЛОМ БОЛА- КЕЛАЖАК ПОЙДЕВОРИ (АБУ АЛИ ИБН СИНО ҚАРАШЛАРИ АСОСИДА)

Бадритдинова М.Н., Тиллаева Ш.Ш., Саидова Л.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тиббиёт фанини юксак чўққиларга кўтарган Абу Али ибн Синонинг кашфиётлари, маслаҳатлари, келажак авлодни тарбиялаш масаласидаги қарашлари, ёш авлодда учровчи касалликларни баён этишдан аввал унинг анатомофизиологик хусусиятларига ёндошган ҳолда ҳар бир аъзонинг касалликларини ташхислаш ва даволашнинг турли усулларини баён этиши, неча минг йиллар ўтган бўлсада буюк олимнинг ҳозирги замон тиббиётини асосчиси ва қомусий олим деб аташга имкон беради, бу эса ҳозирги замон педагогика ва педиатрия фанларининг ривожланишига асос бўлиб хизмат қилмоқда.

Ибн Синонинг тиббий қарашлари ва ёндашишлари замирида ҳар бир касалликни даволашда организмнинг бир бутунлиги, ҳар бир аъзони даволашда албатта унинг мизожини, яъни табиатини билиш кераклиги айтиб ўтилган, чунки мизож ҳақидаги таълимот инсоннинг соғлиқ ва касаллик ҳақидаги тиббий ёндашишларининг фундаментал асоси бўлиб ҳисобланади. Тарбия ҳақидаги тадбирлар эса инсонни тарбиялашда, оилада муомала маданиятини шакллантиришда асос бўлиб хизмат қилган. Бу тадбирларни эса ибн Сино бола туғилиши биланоқ амалга ошириш кераклигини таъкидлаб ўтган. Боланинг туғилганидан то оёққа тургунча қилинадиган тадбирлар қуйидагича олиб борилган чақалоқ туғилгандан сўнг тўрт бармоқ энига қолдириб киндик кесилган, оғриқ бермаслиги учун жун ип билан боғланиб, зайтун ёғига ботирилган матони уни устига қўйилган. Бола бадани қаттиқ ва териси кучли бўлиши учун кам тузли намакоб сувга чўмилтирилган. Кўзларига эса турли инфекциялардан ҳимояланиши учун зайтун мойи томизилган. Чақалоқ ётадиган уйни ҳавоси ўрта даражали, иссиқ ва совуқ бўлмаган уйда ухлатилиб, уй соя ва қоронғироқ бўлиши, уйга қуёшнинг кучли нури тушмаслиги керак бўлган, Болани чўмилтириш вақти узоқ ухлагандан кейинги вақт ҳисобланган. Болани эмизиш ва она сути билан боқиш ва бола оч қолганида тез тез эмизиш кераклиги таъкидлаб ўтилган. Бола мизожини кучайтириш учун болани бешигини тез тебратмаслик керак ва унга алла айтиш керак. Болани кўкракдан ажратиш тадбирлари ҳам аста секинлик билан амалга оширилган. Чақалоқларнинг болалик ёшига ўтгандан кейинги тадбирларда эса асосан боланинг хулқ атворини мўътадилликка сақлашга эътибор берилган. Болани кўрқисдан, қаттиқ ғазаб, қайғу ва уйқусизликдан сақлаш лозимлиги, доимо бола истаган нарсани мухайё қилиш кераклиги таъкидлаб ўтилган. Чунки бу ҳолатда ибн Сино икки нарсани назарда тутган: биринчидан дейди аллома боланинг нафси учун бўлиб у ёшлиқдан бошлаб яхши хулқли бўлиб ўсади, иккинчиси унинг бадани учундир, чунки ёмон хулқ турли хил мизож бузилишига олиб келади. Бола 6 ёшга етгач мураббий ва муаллим ихтиёрига топширилиши, овқат ейишдан

олдин кўпроқ бадантарбия машқлари билан шуғулланиши лозимлиги таъкидлаб ўтилган.

Хулоса қилиб айтганда, юқорида қайд этилган усулларни болаларни тарбиялаш ва саломатлигини тиклашда қўллаш, келажак авлодни кучли, соғлом ва билимли қилиб тарбиялашда асос бўлиб хизмат қилмоқда, зеро эртанги кунимизни асосчиларини ҳам жисмоний, ҳам маънавий жиҳатдан соғлом бўлиши, юртимиз қудратини янада ошишига, жамиятимиз гуллаб яшнашига асос бўлмоқда

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Ботиров А.Р., Ганиев А.Г., Шамсутдинова М.А., Усманова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

По данным НИИ педиатрии МЗ РУЗ, в нашей стране, показатели заболеваемости ЯБ не только не имеют тенденции к снижению, но и несколько возросли и остаются наиболее актуальными в педиатрии.

Современная лекарственная терапия позволяет добиться заживления язвы почти у 100% больных ЯБ. Однако в течение 1-2 лет более чем 30-40% возникают рецидивы язвы, что сопровождается ростом частоты различных серьезных осложнений (желудочно-кишечных кровотечений, прободения язв, стенозов) В настоящее время определение эффективности лечения ЯБ основное внимание уделяют так называемому < количеству жизни не учитывая того, что для пациента имеет значительно большее значение улучшение общего самочувствия и чувство удовлетворения жизнью в психо эмоциональном и социальном аспектах. Принципиально значимо изменение содержания понятия медицинская эффективность, под которая в настоящее время понимают, прежде всего, предотвращенную потерю наряду с изучением причин, факторов риска, клинического течения, поиск новых возможности совершенствования лечение ЯБ у детей и подростков является весьма актуальным.

В качестве критерия оценки эффективности и качества медицинской помощи исследовательская группа Всемирной организации Здравоохранения предложила анализировать адекватность лечения, т.е. необходимость достижения приемлемого для больного уровня << качества жизни>> является конечной целью лечения. Оценка КЖ – это уникальный подход, позволяющий принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного, эмоционального и социального функционирования больного.

БОЛАЛАР СУТКАЛИК РАЦИОНИДА БАЛИҚ ВА БАЛИҚ МАХСУЛОТЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАХОЛАШ.

Бахридинов Ш.С.

Тошкент тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади. Балиқ ва балиқ махсулотларини болалар суткалик рациониди озуқавий ва биологик қийматини бахолаш .

Тадқиқот материали ва услуби. Балиқ махсулотини хақиқий истемол холати анкета сўров усулида ўрганилди. Тадқиқодлар Тошкент вилояти Янгийул туманида 25 та оилада олиб борилди. Текшириш объекти сифатида 11-17 ёш болалар ва ўсмирлар танлаб олинди. Ўрганиш жараёнида балиқ миқдорида суткалик рационда, балиқни қувват қийматида, протеинлар, карбон сувлар, ярим тўйинган ёғ кислоталари, минерал элементлар ва витаминларни айримлари миқдорида гигиеник баҳо берилди.

Олинган натижалар. Балиқ ва балиқ масулотида организмни тозалаш, кўз нурини ўткирлиги таъминлаш ва суяк тизимини шаклланишини мустаҳкамлаш хусусиятига эга. Анкета малумотларига кўра болалар аҳолиси ўртасида балиқ махсулоти 5-50 мг% ташкил қилди. 11-12 ёшли ёшли болалар рационда балиқ 10-25 г. Санитария-гигиена меъёрларини ўрганилган болалар ва ўсмирлар ўртасида 60-70 г ташкил қилишини ҳисобга олсак, суткалик рационда балиқ истемоли жуда кам эканлигига амин бўламиз. Суткалик рационда балиқни қувват қиймати 70 калорияни ташкил қилди. Суткалик рационда олтингугурт тутувчи аминокислоталар метионин ва цистин 0,5 мг% ташкил қилди. Балиқ мойи истемол қилувчи оилалар умумий текширилганларни 25% ташкил қилди. Балиқ орқали болалар организмга тушаётган йод миқдори 0,1 мгни, фосфор миқдори 50 мг% ни ташкил қилди, бу миқдор меъёрларга кўра йод 0,2 мг%, фосфор 300 мг % бўлиши мақсадга мувофиқдир. Суткалик рационда А, Е гуруҳ витаминларни миқдори ҳам паст эканлиги аниқланди. Балиқ таркибида дағал бириктирувчи тўқималар, эластин йўқ шуни учун у тез пишади ва тез хазм бўлади. Балиқ таркибида оқсил 12-19% ташкил қилади. Азотли ва азотсиз бириктирувчи тўқималар хайвон махсулотларига нисбатан кам. Балиқ тўлақонли оқсил манбаи ҳисобланади. Болалар рационда 4% ёғга эга бўлган балиқларни ишлатиш мақсадга мувофиқдир, ўта ёғли 8 % балиқлар кам ишлатилиши керак. Балиқ таркибида айниқса икрада ноёб аминокислоталар бўлади, айниқса триптофан-0,95 г, лизин -3,39 г, метионин-1,27 г, тутуди. Холестерин балиқда 60% гача, балиқда лецитин кўп (1300 мг%) . Балиқ икриси жигар ва юрак қон томир касалликларида ишлатилади. Денгиз махсулотларида йод кўп бўлади, айниқса денгиз карамида 0,25% гача. Денгиз карамида альгин кислотаси 15-30% бўлиб, у ичак секрециясида ахамияти ғоят муҳим, қабзиятда яхши самара беради. Денгиз карами қалқонсимон без касаллигида, атериосклерозда ишлатилиши мумкин.

Хулосалар. Болалар ва ўсмирлар суткалик рационда балиқ ва балиқ махсулотлари истемоли санитария ва гигиена табларига мос эмас. 2. Болалар ва ўсмирлар суткалик рационда аминокислоталар метионин ва цистин, йод ва фосфор миқдори етарли эмас. 3. Болалар ва ўсмирлар суткалик рационда балиқ ва балиқ махсулотлари кўпайтиришни тизимли чора тадбирларини ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқдир.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ АССОЦИИРОВАННАЯ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ.

Бобоева Н.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить взаимосвязь пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии с грудным вскармливанием.

Задачи исследования: Определить основные этиологические аспекты взаимосвязи пролонгированной гипербилирубинемии у новорожденных находящихся на грудном вскармливании.

2. Исследовать у новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией биохимические показатели билирубинового обмена и определить их диагностическую значимость при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

3. Определить влияние изменений билирубинового обмена сыворотки крови на состояние новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией.

Материалы и методы : Нами были обследованы 100 новорожденных находящихся на грудном вскармливании госпитализированные в ОПН ОДММЦ города Самарканда, которые имели пролонгированную неонатальную гипербилирубинемию на фоне исключительно грудного вскармливания. . При исследовании использовался билирубинометр Mindray BA -88 А., по которому можно определить уровень общего билирубина и его фракций, белка, глюкозы и ряд разных электролитов.

Полученные результаты: У новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией уровень билирубина составляло 180-200 мкмоль/л и более продолжающаяся более 3-4 недель после рождения. Уровень общего билирубина в сыворотке крови у новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией был в пределах от 180 до 200 мкмоль/л., нормальный уровень которого составляет 30-80 мкмоль/л. А у новорожденных находящихся на исключительно грудном вскармливании уровень общего билирубина составляло от 200 до 260 мкмоль/л, где соответственно были и высокие показатели белка, глюкозы и микроэлементов.

Вывод: Новорожденные с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией были абсолютно здоровыми у них не наблюдалось анемии, печеночных дисфункции или гипотиреозидизма. Новорожденные при грудном вскармливании имели высокие показатели общего уровня билирубина. После кратковременного исключения грудного вскармливания наблюдалось снижение уровня билирубина. При возобновлении грудного вскармливания уровень билирубина держался на высоких уровнях в течении 3- 4 недель.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР БУДУЩЕГО ЗДОРОВЬЯ

**Великорецкая М.Д., Геппе Н.А., Мелешкина А.В., Старостина Л.С
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
(Сеченовский Университет)**

Грудное вскармливание в Российской Федерации получают в среднем до 40,5% детей в возрасте от 4 до 6 месяцев. Перевод ребенка на полное искусственное вскармливание должен быть строго обоснованным, и может осуществляться только в том случае, когда весь арсенал средств, направленных на профилактику гипогалактии и стимуляцию лактации, оказывается неэффективным.

Цель программы: Оценить эффективность и безопасность смеси на основе козьего молока «МД мил Козочка» у детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании.

Методы: открытое проспективное когортное клиническое исследование, в котором участвовало 35 детей от 7 дней до 11 месяцев (20 мальчиков и 15 девочек). Эффективность оценивалась путем сравнения объективных и субъективных симптомов, зафиксированных до начала, во время введения смеси и в конце программы. Анализировалась оценка эффективности смеси на основе козьего молока «МД мил SP Козочка», данная врачом и родителями пациента. В качестве критерия оценки состояния здоровья наблюдаемых использовались такие показатели, как: аппетит, состояние кожных покровов, качество и частота стула, прибавка в массе, температура тела, поведение, сон, формирование навыков, прорезывание молочных зубов, а также учитывалось присоединение интеркуррентных заболеваний, прием лекарственных препаратов. Каждую неделю заполнялся дневник наблюдения за ребенком с оценкой динамики показателей.

Результаты: На фоне использования смеси «МД мил SP Козочка» к 8 неделе наблюдения у всех детей улучшилось состояние кожных покровов: они стали чистыми, бледно-розовой окраски, уменьшилась сухость, влажность стала умеренной, новых высыпаний не отмечалось. К концу наблюдения у всех детей улучшилось состояние стула, частота стала ежедневной 1-2 раза в день, консистенция полуоформленная, однородная. Стоит также отметить хорошую прибавку в массе у детей, находившихся под наблюдением, но без существенных отклонений от общепринятых норм увеличения массы тела на 1 году жизни.

Заключение:

вскармливание смесью «MD мил SP Козочка» оказывало благоприятное действие на физическое и нервно-психическое развитие ребенка;

подтверждена безопасность молочной смеси «MD мил SP Козочка», т.к. ни у одного ребенка не отмечалось нежелательных реакций на фоне приема;

смесь «MD мил SP Козочка» способствовала купированию аллергических проявлений на коже, сухости кожи;

смесь «MD мил SP Козочка» способствует нормализации частоты и консистенции стула ребенка, уменьшает срыгивания и метеоризм;

смесь «MD мил SP Козочка» может быть введена в виде докорма при смешанном вскармливании или как самостоятельная смесь при искусственном виде вскармливания.

АНАЛИЗЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ганиев А.Г., Шамсутдинова М.А., Усманова М.А., Ботиров А.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема язвенной болезни остается одной из наиболее актуальных в детской гастроэнтерологии. Удельный вес язвенной (ЯБ) среди заболеваний желудочной кишечного тракта у детей остается высоким причем в последние годы отмечается тенденции к его увеличению с 5,8 до 11,2-13,5%.

Цель работы. Определение факторов риска, выделение группы риска как необходимое условие профилактики ЯБ у детей и подростков. Материалы и методы. Под нашим наблюдением в гастроэнтерологическом отделении детской клиники АГМИ находилось 105 детей в возрасте 7-14 лет с диагнозом ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагноз ЯБ подтвержден эндоскопический на основании наличие рубцовой деформации привратника двенадцати перстной кишки и дефекта слизистой оболочки.

Результаты. Анализы наследственной предрасположенности по прямой и боковой линиям позволил выявить у 51 больного ЯБ наследственную отягощенность по вертикали до 2-го поколения в 38 до 3-го поколения в 13 семьях. Среди причин, вызывающих обострение язвенного процесса, больные называли нервно психической травмы, стрессовые состояния. Нарушения режима питания (нарушение диеты, сухоядение, злоупотребление острой пищей, больше перерыв между приемами пищи) наблюдались у 42 больных. Обострение заболевания у большинства детей приходилось на осенней-весеней период, летом дети чувствовали себя лучше и обострение нередко связывали с началом занятия в школе.

У подавляющего большинства детей заболевание начиналось постепенно и сочеталось с другими заболеваниями, прежде всего пищеварительной системы. Чаще встречались поверхностный гастрит, гипертрофический гастрит, поверхностный и эрозивный бульбит. У половины больных диагностированы заболевания желчевыводящих путей. У 46 больных имели хронические очаги инфекции в лор органах, часто болели простудными заболеваниями. В 17,8% случаев перешли в прошлом три и более детских инфекционных заболеваний. У некоторых детей

наблюдались панкреатинопатия, проктит, рефлюкс - эзофагит, вегето-сосудистая дистония.

Заключение. Раннее выявление и эффективное лечение больных угрожаемых по ЯБ с так называемыми пред язвенными состояниями, частота трансформации которых в ЯБ достаточно высока, могут составить важное звено в общей системы профилактики этого заболевания. Определения факторов риска, выделение групп риска как необходимое условие профилактики ЯБ должны послужить предпосылкой к дальнейшей разработке методов профилактической терапии, предупреждения язва образования.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГИСТОГЛОБУЛИНА ПРИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Юсупова З.М., Назаров К.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Атопический дерматит является наиболее распространенным хроническим воспалительным заболеванием кожи и самым ранним проявлением аллергии у детей. В большинстве случаев атопический дерматит начинается в первые месяцы жизни и проявляется широким спектром клинических симптомов, трудно поддается лечению. У детей, страдающих атопическим дерматитом, часто формируются другие аллергопатии, у них отмечается склонность к возникновению пиодермии и инфекционных заболеваний. В связи с выраженным влиянием на качество жизни и социально-экономическими последствиями атопический дерматит является серьезной проблемой общественного здравоохранения. В последние годы в комплексном лечении ряда заболеваний успешно используется гистоглобулин, который обладает фунгицидным, антиоксидантным и иммуномодулирующим действиями, активирует метаболизм. В литературе имеются единичные сообщения об эффективности гистоглобулина при атопическом дерматите у взрослых лиц, при среднетяжелом течении младенческой и детской форм заболевания, но отсутствуют данные о результатах применения гистоглобулина при тяжелом течении распространенного атопического дерматита у детей раннего возраста.

Цель исследования. Исследовать клиничко-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты гистоглобулина при тяжелой форме младенческого атопического дерматита. **Задачи исследования.** Сопоставить клинику больных тяжелой формой распространенного младенческого атопического дерматита, получавших комплексное лечение с группой больных тяжелым атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с гистоглобулином.

Результаты исследования. Установлено, что комплексная общепринятая терапия приводила к наступлению полной, но непродолжительной клинической ремиссии, во время которой у пациентов сохранялись значительные изменения параметров иммунитета. В то же время у больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с гистоглобулином, отмечалась более быстрая положительная динамика клинических показателей, нормализация большинства параметров иммунологической реактивности и наступление продолжительной клинической ремиссии. Данные, полученные в ходе клинических наблюдений и специальных исследований указывают на высокую клиническую, иммуномодулирующую и противорецидивную эффективность комплексного лечения в сочетании с гистоглобулином при распространённой тяжёлой форме атопического дерматита у детей раннего возраста.

Выводы. Проведение больным с тяжёлой формой младенческого атопического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами гистоглобулина с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных с тяжёлой младенческой формой распространённого атопического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

М.Ш.Ганиева

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. В структуре заболеваемости детей в настоящее время анемии занимают одно из ведущих мест.

Цель исследования: исследование вегетативного статуса детей дошкольного возраста с ЖДА.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 ребенка с ЖДА в возрасте от 7 до 14 лет (29 девочек и 23 мальчика). Всем детям проводилось исследование вегетативной нервной системы путем подсчета эйтонических, ваготонических симпатикотонических признаков с последующим определением вегетативного тонуса.

У больных анемией отмечалось снижение количества эйтонических и симпатикотонических признаков, зависящее от степени тяжести анемии. Среди симпатикотонических признаков чаще отмечались головные боли, непереносимость душных помещений, кардиалгии колющего характера, тахикардия, белый дермографизм, сердцебиение, беспокойный сон.

Количество ваготонических признаков достоверно повышалось лишь при средней и тяжелой степени анемии, что проявлялось артериальной

гипотензией, чувством нехватки воздуха, дистальным гипергидрозом, вестибулярными нарушениями.

Для коррекции вегетативных нарушений мы применяли препараты тенотен, пантокальцин, обладающие ноотропным, антигипоксическим и вазоактивным действием, что позволило добиться более полной и ранней нормализации вегетативного гомеостаза.

Выводы: Определение вегетативного тонуса показало, что среди больных детей с легкой анемией преобладает вегетативная дистония (63%), а при анемии средней и тяжелой степени симпатикотония (соответственно 70% и 86%). Для своевременной коррекции вегетативных нарушений вегетативного гомеостаза необходимо использование вегетотропных средств.

ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ганиева М.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. При сравнительном анализе факторов риска развития инфекции мочевыводящих путей у детей раннего возраста со здоровыми детьми установлено, что некоторые критерии могут быть использованы для ранней диагностики микробно-воспалительных заболеваний органов мочевыводящих системы.

Цель работы: выявление групп риска по развитию инфекций мочевыводящих путей у детей.

Материалы и методы исследования. С этой целью мы провели отдаленное катamnестическое обследование 100 детей в возрасте 7-11 лет (70 девочек и 30 мальчиков), перенесших инфекцию мочевыводящих путей в первые три года жизни (10 детей до 6 мес, 20 детей с 6-12 мес, остальные дети с 12 мес до 3 лет). Наряду с анализом анамнестических данных использованы клиничко-лабораторные, рентгенологические и фенотипические методы обследования. В контроле были изучены 30 здоровых детей. Наибольшее значение для прогноза развития инфекции мочевыводящих путей в неонатальном периоде имеют следующие факторы: возраст матери, заболевания органов мочевыводящей системы у матери, у родственников по линии матери и отца, нефропатии беременных, угроз выкидышей, осложненное течение родов. В то же время такие факторы как пол ребенка, наличие р⁺ и NN антигенов эритроцитов не влияли на развитие инфекции мочевыводящих путей. Высокую прогностическую ценность имели заболевания органов мочевыводящей системы и родственников по линии матери и отца и позднего токсикоза и нефропатии беременных.

Результаты. В процессе анализа исследований каждый признак оценивался в баллах и было установлено, что у 82% здоровых детей сумма баллов не превышала 11, в то же время как у детей перенесших

заболевания в неонатальном периоде, 73% имели 25 и более баллов. Новорожденным детям с суммой информативных прогностических баллов >24, детям первого года жизни – с суммой >14 баллов и детям 2-3 года жизни с суммой >11 баллов целесообразно проведение профилактического клиничко-лабораторного обследования (анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, клинический анализ крови, УЗИ органов мочевой системы).

Вывод. Таким образом, проведенных анализ позволил выделить наиболее информативные признаки развития инфекции мочевых путей. Использование балльной оценки этих критериев позволяет формировать группы риска возникновения инфекции мочевыводящих путей.

ФАКТОРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.

Гарифулина Л.М., Ашурова М.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: определить влияние отдельных факторов в развитии ранних признаков ремоделирования миокарда и гипертрофии левого желудочка у детей с ожирением.

Материалы и методы: обследовано 38 детей в возрасте от 14 до 17 лет с экзогенно-конституциональным ожирением. У всех детей рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Морфометрические показатели миокарда (масса миокарда – ММЛЖ, индекс массы миокарда – ИММЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки – ТМЖП, толщина задней стенки левого желудочка – ТЗСЛЖ) оценивались методом ЭхоКГ. По результатам ЭхоКГ все дети были разделены на 2 группы. 1 составили 20 детей с нормальными значениями показателей сердца на ЭхоКГ, вторую группу составили 18 детей, чьи показатели ЭхоКГ превышали уровни нормы.

Результаты исследования: у 1 группы детей давность заболевания составила от 3 до 10 лет, при этом патологическая прибавка массы тела наблюдалась в среднем с 2-3 летнего возраста. У 60 % обследованных избыточный вес отмечался уже до трёхлетнего возраста, у 40% – до 7 лет. При генеалогическом анализе выявлено, что у детей 1 группы отмечалась отягощенная наследственность по ожирению (50%), АГ (10 %) и сахарному диабету (10 %). Уровень ИМТ в среднем составлял $30,7 \pm 1,1$ кг/м², ОТ составил $95,17 \pm 2,43$ см, а случаи абдоминального ожирения 15%. Среднее суточное систолическое АД у детей данной группы было $113,67 \pm 5,8$ мм рт. ст., АГ была диагностирована в 10% случаев. При оценке липидного профиля все показатели находились в пределах возрастной нормы Гиперинсулинемия и инсулинорезистентность в отмечены всего у 10% обследованных.

У детей 2 группы давность заболевания и патологические прибавки почти не отличались от таковых в первой. При оценке генеалогических данных отмечалось увеличение отягощённости по ожирению и АГ до 60 %

($p < 0,05$), сахарному диабету до 38,8%. Средний показатель ИМТ был достоверно выше, по сравнению с 1 группой ($34,6 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$). Абдоминальный тип ожирения наблюдался у 55,5%. Средний уровень ОТ был равен $104,55 \pm 2,08 \text{ см}$ ($p < 0,01$). Среднесуточные значения систолического АД были выше показателей 1 группы и составили $125,35 \pm 7,1 \text{ мм рт. ст.}$ АГ диагностировалась у 27,7% обследованных. Показатели липидного профиля у детей 2 группы были выше по сравнению с первой, но находились в пределах возрастной нормы. Гиперинсулинемия и инсулинорезистентность регистрировались у 33,3% детей. При проведении корреляции были выявлены положительные корреляционные связи между степенью ремоделирования сердца (ММЛЖ, г) и индексом массы тела ($r = 0,706$), объемом талии ($r = 0,798$), показателем НОМА К ($r = 0,750$).

Выводы: наиболее значимыми в развитии ремоделирования миокарда и гипертрофии левого желудочка у детей с конституционально-экзогенным ожирением являются степень и характер ожирения.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Гарифулина Л.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение факторов риска у больных детей с ожирением и артериальной гипертензией (АГ) соответственно теориям раннего программирования метаболизма.

Материалы и методы: Было обследовано 55 детей с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО) и АГ. В исследование вошли 25 девочек (45%) и 30(55%) мальчиков, средний возраст $14,35 \pm 0,21$ года. Дети с ЭКО были разделены по наличию абдоминального (висцерального) ожирения (АО) и наличию АГ. В I группе было 17 человек (16,83%) с равномерным типом ожирения, во II группу вошли 38 детей с АО, у 20 из них было нормальное АД (IIА группа) и у 18 детей подтвержденный диагноз АГ (IIБ группа). Различия в соотношении ОТ/ОБ в I и II группах были достоверны ($P < 0,05$). Группу сравнения составили 20 детей, не имеющих ожирения, в возрасте $14,31 \pm 0,63$ лет. При обследовании детей был применен специальный вопросник.

Результаты и обсуждение. Недостаточное питание матери во время беременности, рождение ребенка с низкой массой тела или симптомами задержки внутриутробного развития – факторы риска, которые часто ведут к ожирению, артериальной гипертензии и инсулинорезистентному диабету. В связи с этим был изучен перинатальный анамнез. Так, было выявлено, что нарушение фето-плацентарного кровообращения или преждевременное старение плаценты было выявлено у 10 (18,1%) детей основной группы. При этом следует отметить, что в группе детей с

равномерным отложением жира наблюдалось 3 (17,6%) случая, во 2А группе 3 (15%) и во 2Б группе 4 (22,2%) случаев. Такое состояние как анемия беременных, которая приводит к гипоксии плода, встречалась почти в одинаковом процентном соотношении в 94,5% в основной и 90% в контрольной группе. Но при выявлении случаев тяжелой анемии было выявлено, абсолютное преобладание в группе с АО. Так случаи тяжелой анемии в 1 группе наблюдались у 6 (35,2%), в 2А группе у 8 (40%) и в 2Б у 9 (50%) матерей детей ожирением, тогда как в контроле только у 1 матери наблюдался случай тяжелой анемии беременных (5%). Тяжелые гестозы беременности в том числе и преэклампсия встречались у 2 (11,7%) матерей детей с равномерным типом ожирения, у 3 (15%) матерей с АО, и у 3 матерей (16,6%) детей с АО и АГ. В контрольной группе случаев тяжелых гестозов не наблюдалось. Интранатальный период был осложненным у 28,8% детей основной группы, при этом 28 (50,9%) детей родились с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов и 9 (16,3%) с оценкой 4-6 баллов. В 13 (23,6%) случаях беременность была не доношенной в 17,6%, 30% и 22,2% соответственно в 1, 2а и 2Б группах. 16 (30,7%) матерей детей с ожирением страдали экстрагенитальной патологией (хронические заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и т.д.). При этом наблюдалось равномерное распределение по группам наблюдения, так в 1 группе наблюдалось 5 (29,4%), во 2А группе 6 (30%), в 2Б группе 5 (27,7%) случаев. В отличие от предыдущих данных наблюдалось преобладание матерей с ожирением 1-2 степени тяжести у детей с АО и АГ – 6 (33,3%) случаев, при этом он чаще всего сопровождался сахарным диабетом 2 типа, у 2 (11,1%), у 2 (11,1%) матерей было выявлено нарушение толерантности к глюкозе. В остальных группах такие показатели отсутствовали или были на порядок меньше. Также 19 (34,5%) матерей детей с ожирением отметили значительную прибавку массы тела во время беременности.

Выводы. Таким образом, соответственно теориям раннего программирования у больных детей с ожирением и АГ наблюдалась значительная частота патологии перинатального периода, что в дальнейшем приводит к нарушениям в метаболическом статусе.

АУДИТ ПАТРОНАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

Гаффарова Ф.М., Кахарова К.А.

**Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Цель. Оценить качество неонатального патронажа новорожденных с функциональными нарушениями в семейных поликлиниках (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП). Изучить информированность врачей общей практики и матерей о функциональных расстройствах здоровья новорожденных.

Материалы и методы исследования. Для оценки качества патронажной службы первичного звена мы проводили аудит, позволяющий

идентифицировать случаи дисфункциональных состояний (ДФС), которых потенциально можно было бы избежать. Качество патронажа изучено по материалам экспертной оценки: анкетирование 70 матерей (больных детей находящихся в стационарном лечении в 4 городской клинической больницы им И. Иргашева г. Ташкента за период 2016-2017гг.) на предмет осведомленности об особенностях периода новорожденности; на основе опроса определяли уровень информированности 70 врачей общей практики (ВОП); ретроспективный анализ историй развития ребенка (формы 112) – СП Зангиатинского и Букинского района Ташкентской области, МПЦП №8 г. Ташкента.

Была разработана специальная «Карта экспертной оценки качества патронажа новорожденных детей», которая включала следующие разделы: осведомленность матерей о периоде новорожденности; осведомленность ВОП в вопросах о значении ДФС, их диагностике, оказании помощи, необходимости инструктажа матерей; оформление карты историй развития ребенка.

Результаты исследования. По мнению экспертов, позднее выполнение первого патронажного визита у более 15% новорожденных это, в первую очередь, показатель недисциплинированности врачей. Несмотря на высокий процент своевременного охвата новорожденных детей первичным патронажем, уровень его осуществления оценен экспертами как недостаточный. Установлено, что 38,6 % матерей не удовлетворены инструктажем патронажных врачей по вопросам ухода и оценки состояния новорожденного.

Во втором разделе «карты экспертизы» участники опроса (ВОП и педиатры) должны были указать частоту выявляемости у новорожденных дисфункциональных состояний и обосновать тактику ведения. Опросник был заполнен не полноценно, большая часть опрошенных на многие вопросы не сумела ответить. Результаты показали, что большая часть ВОП ничего не знает о ДФС в неонатальном периоде или не умеет их выявлять.

Анализ историй развития ребенка (формы 112) показал, что 85,9% врачей общего профиля СП и СВП не отражали ДФС в записях при осмотре новорожденного, что указывает на неосведомленность врачей. Полученные результаты исследования показали крайне низкую информированность ВОП о ДФС у новорожденных.

Выводы.- установлено, что врачи общей практики крайне слабо, а в массе своей совершенно не информированы о функциональных нарушениях у новорожденных. Только в 16,6% всех изученных историй развития ребенка (форма 112) имеются данные о выявленных ДФС;

-как и следовало ожидать, врачи не знают исходов и осложнений, в которые могут трансформироваться ДФС. Соответственно, их действия в таких ситуациях не предусматривают профилактических мероприятий в отношении таких исходов. Это приводит к неадекватности их действий

имеющейся ситуации, утрате контроля над ней, и, как следствие, возникновению развернутой патологии или к ухудшению прогноза ДФС.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

Геппе Н.А., Великорецкая М.Д., Старостина Л.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Дети больше, чем взрослые, подвержены острым респираторным инфекциям (ОРИ), которые могут приводить не только к осложнениям, особенно в группе детей раннего возраста, но и к формированию хронических очагов воспаления и персистированию инфекций. Обычно ОРИ вызываются различными вирусами, но в последнее время все чаще обнаруживаются ассоциации микроорганизмов (вирусо-вирус, вирус-бактерия) от 2 до 6, а иногда и более у одного ребенка.

Цель: Профилактика рекуррентных респираторных инфекций у социализированных детей в возрасте до 5 лет

Материалы: международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование с двумя параллельными группами: Рибомунил vs плацебо, 65 центров (Польша, Италия, Венгрия, Румыния, Латвия) общее количество пациентов–1000, Россия–155 пациентов, под нашим наблюдением – 56 пациентов.

Методы: дети наблюдались в течение двух лет: первый год фиксировались респираторные инфекции (длительность, тяжесть, симптомы, лечение, абсентизм ребенка в ДДУ и родителей на рабочем месте), измерялись антропометрические данные, температура тела, проводился общий физикальный осмотр и исследование ЛОР-органов. Визиты осуществлялись на 1-2 день заболевания, контролировались общие анализы крови, уровень IgE. На втором году дети получали «Рибомунил vs плацебо», также проводился контроль ОРИ с подробной записью в дневниках и амбулаторных картах. Нередко респираторные инфекции сопровождались повышением температуры тела, насморком (ринореей или заложенностью носа), болью в горле и/или ухе, кашлем, свистящими хрипами и/или одышкой, которые могли продолжаться не менее трех-пяти дней. У некоторых детей подобные симптомы возникали 1-2 раза в месяц: практически при любом контакте с больным или выздоравливающим ОРИ.

Заключение: Иммуномодуляторы представляют собой современные эффективные дополнительные средства, которые можно использовать наряду с вакцинацией или вместо нее для усиления врожденного иммунного ответа пациента, оказывают неспецифическое действие, приводя организм хозяина в «состояние готовности» к встрече с вирусами и бактериями, усиливая общий иммунный ответ. Одним из препаратов данной группы является рибосомально-протеогликановый комплекс - «Рибомунил», содержащий протеогликаны мембраны *Klebsiellapneumoniae*, а также рибосомы *Klebsiellapneumoniae*,

Streptococcus pneumoniae и *pyrogenes*, *Haemophilus influenzae*. «Рибомунил» обладает способностью активировать гуморальный и клеточный иммунитет. У детей, получавших Рибомунил отмечалось снижение заболеваемости ОРИ и снижение тяжести протекания ОРИ и бактериальных осложнений, снижение необходимого количества курсов антибиотикотерапии.

МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ

Гойбова Н.С., Тураева Д.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследования показывают, что у детей и подростков преимущественно встречаются доклинические стадии ДН и основными критериями верификации данного осложнения являются лабораторные показатели. Диагностическое значение МА определено тем, что у больных СД данный показатель является наиболее ранним и достоверным признаком развития ДН. Для верификации ранней стадии ДН необходимым условием является трехкратный положительный тест МА (альбуминурия 30-300 мг/сут), проведение дифференциальной альбуминурии. Однако в условиях реального течения- СД провокационные «тесты» происходят самопроизвольно (декомпенсация диабета, избыточное употребление белка; с пищей, интенсивные физические нагрузки, интеркуррентные заболевания и др.). Возможно, в подобных случаях у пациента может быть, выявлена транзиторная альбуминурия в однократных суточных, пробах мочи, но полученный результат не является достаточным для; верификации ДН.

Целью настоящего исследования являлось изучение роли транзиторной МА как фактора риска развития ДН.

Материалы и методы: для реализации этой задачи выполнен ретроспективный 3х-летний анализ частоты развития ДН у 25 пациентов с дебютом СД 1 типа в детском возрасте. В ходе исследования было проведено сопоставление пациентов: 1 группа - пациенты с транзиторной МА в анамнезе (30-80 мг/сут в единичных анализах мочи, собранной в течение суток) — 17 пациентов. 2 группа - больные без альбуминурии (постоянно отрицательные тесты на альбумин в суточной моче) — 18 больных.

Исследуемые: пациенты по данным историй болезней проходили регулярный плановый скрининг МА один раз в 6 месяцев. К моменту начала проведения скрининга пациенты статистически не различались по возрасту ($15,2 \pm 0,8$, $15,4 \pm 0,9$ лет соответственно; $p > 0,05$).

Результаты исследования: после первого факта транзиторной МА (>30 мг/сут) через 1 год наблюдения ДН была верифицирована у 3 подростков (17,6% из числа пациентов 1 группы). В дальнейшем частота встречаемости в данной; исследуемой группе увеличивалась с каждым

годом наблюдения, составляя через 1 год 17,6% (п = 3), через 2 года – 29,4% (п = 5), через 3 года - в 58,8% (п = 10). Во 2-й группе за период исследования ДН была диагностирована всего в 27% случаев. Таким образом, в результате 3х-летнего исследования при сравнении групп пациентов с транзиторной МА и без альбуминурии выявлена достоверно более высокая частота развития ДН у пациентов 1-й группы. В группе больных с транзиторной МА нефропатия была диагностирована в 58,8% больных и у 27% пациентов с постоянно отрицательными показателями теста на альбумин в суточной моче, различия были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Выводы: предложенный в настоящем исследовании подход позволил установить, что наряду с основными прогностически неблагоприятными факторами, транзиторная МА является фактором риска развития ДН у пациентов с СД 1 типа с дебютом заболевания в детском и подростковом возрасте.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМИ АЛЛЕРГОЗАМИ У ДЕТЕЙ

**Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Юсупова З.М., Назаров К.Д.
Андижанский государственный медицинский институт
Ургенчский филиал ГМА**

Актуальность. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергиями (РА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов респираторных аллергозов внесло много нового в представление о формировании болезни. Достигнутый в последнее время прогресс в изучении механизмов развития респираторных аллергозов позволил представить новую концепцию его патогенеза, согласно которой основу заболевания составляет хронический аллергический воспалительный процесс в дыхательных путях и связанная с ним гиперреактивность слизистых респираторного тракта. Эпидемиологические исследования как среди детей, так и среди взрослых, особенно пожилых, постоянно свидетельствуют о том, что РА не диагностируют, а следовательно, неправильно лечат. Одна из проблем заключается в том, что многие пациенты терпят преходящие респираторные симптомы, а перемежающийся характер проявлений заболевания приводит к тому, что пациент привыкает к ним. Другим важным фактором, приводящим к недостаточному диагностированию РА, является неспецифическая природа симптомов, приводящая к постановке альтернативных диагнозов. Нередко РА диагностируют как различные формы бронхита и вследствие этого назначают неэффективное лечение курсами антибиотиков и препаратами против кашля. В связи с

вышеизложенным предстоит большая работа по дальнейшему изучению патогенеза респираторных аллергозов.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений респираторных аллергозов и совершенствовать методы их противорецидивной терапии.

Результаты исследования показали, что мальчики в 2,7 раза чаще болеют респираторными аллергозами и в 1,8 раза инфекционно-аллергическими, чем девочки. Респираторные аллергозы развиваются в более раннем возрасте, чем инфекционно-аллергические. У детей с респираторными аллергозами достоверно чаще отмечались экссудативный диатез, детская экзема, нейродерматит, аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты, отек Квинке, крапивница. У всех детей довольно часто выявлялись «стигмы», причем при респираторных аллергозах их было больше, чем при инфекционных, довольно часто встречались мезопизм, готическое и полуготическое небо. Исходя из этого, целесообразно создание детских респираторных аллергозных-центров (городских и областных), позволяющих проводить комплексное согласование лечебно-профилактических мероприятий в конкретных условиях, обеспечить продолжительное наблюдение за больными от грудного до юношеского возраста, уменьшить финансовые затраты на дублирующие друг друга медицинские службы и подразделения.

Вывод. Установлены практические критерии диагностики респираторных аллергозов у детей. Факторы риска развития респираторных аллергозов у детей могут использоваться для разработки мероприятий по их профилактике.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе. **Цель исследования.** Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы их противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей. **Результаты исследований.** Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имел место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных — уртикарная сыпь на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных —

непереносимость к антибиотикам. Указанные изменения свидетельствует о наличии эквивалентных проявлений БА у наблюдаемых больных. Исследование показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последнего оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает данные о длительно сохраняющемся аллергическим процессом в организме. Ещё эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания. После купирования обструктивного синдрома и стабилизации состояния больные бронхиальной астмой выписываются из стационара и переводятся на амбулаторное наблюдение. Отечественный и международный опыт свидетельствует о том, что при осуществлении образовательных программ снижается количество обострений бронхиальной астмы в три раза, уменьшается частота обращений за медицинской помощью, снижается количество пропусков школьных занятий, количество листов нетрудоспособности у родителей в связи с уходом за больными астмой, уменьшается число госпитализации пациентов. Выводы. БА у детей сопровождается яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании. Серьезного внимания заслуживает решение вопросов о социальной адаптации детей, страдающих бронхиальной астмой. В этом плане индивидуальный подход к реабилитации больного ребенка должен предусматривать наблюдение психолога, консультации социальных работников (изменение жилищно-бытовых условий семьи и др.). Одной из важных мер социальной адаптации является своевременная профессиональная ориентация детей, больных бронхиальной астмой, с участием школьного врача, педагогов и родителей.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖИ В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

**Жиемуратова Г.К., Мамбеткаримов Г.А., Аяпбергенова Ю.Е.,
Айтмуратова У.К.**

Нукусский филиал ТашПМИ

Благодаря включения уникальных физиологических, иммунных, нейроэндокринных и других механизмов, кожный барьер обеспечивает защиту организма от внешних повреждающих факторов различной природы, т.е. кожа является барьером между организмом и окружающей его средой. Исследования последних лет показали, что кожа представляет собой самостоятельный орган иммунной системы, где реализуется все

гуморальные и клеточные иммунные реакции, полный набор механизмов иммунной защиты.

Проявлением участия иммунных процессов кожа является как локальное воспаление, так и развития различных форм патологии (от аллергических до аутоиммунных заболеваний кожи). Кожа обладает способностью к полномасштабному иммунному ответу, включая I и IV типы реакций гиперчувствительности. Этот комплекс получил название «кожно-ассоциированная лимфоидная ткань» (skin-associated lymphoid tissue) по аналогии с конъюнктивально-, бронхо- и гастроинтестинально-ассоциированной лимфоидной тканью. За счет этого появляется возможность возникновения таких сложных иммунных реакций со стороны кожи, как атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, крапивница и ангионевротический отек, а также кожные проявления лекарственной непереносимости.

Под наблюдением находилось 132 детей (62 мальчиков и 70 девочек) с диагнозом экссудативно-катаральный диатез в возрасте от 1 мес. до 1 года жизни, из них 58 детей находились на естественном и 74 на искусственном вскармливании. Анамнестические данные собраны путем опроса их матерей и путем изучения поликлинических карт (форма №112/у, №030/у, №063/у, №026/у).

Клинические проявления экссудативно-катарального диатеза наблюдалось у 87,6% всех обследованных детей, из них у 38% детей клиническое течение было легким, 62% случаев среднетяжелое течение. У детей находящихся на естественном вскармливании клиническая картина экссудативно-катаральный диатез наблюдалось у 12,3% случаев. Установлено, что клиническая манифестация у этой группы детей, вероятно, была связана с употреблением коровьего молока кормящей их матерью. Клиническая картина экссудативно-катаральный диатез было выражено у 87,7% детей получавших искусственное вскармливание, смесями на основе коровьего молока.

Клиническая картина экссудативно-катарального диатеза у 48% детей находящихся на искусственном вскармливании сопровождалась поражением кожи области лица (лоб, щеки, подбородок, заушная и периоральная области), 43% коленных и локтевых сгибов, паховых складок. В связи с частым вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта у группы детей среднетяжелым течением экссудативно-катарального диатеза 32% случаев отмечались гастроинтестинальные проявления как срыгивание, рвота, вздутие и боли в животе, у 14% детей задержка стула или постоянные запоры.

Следует отметить, что успешная терапия экссудативно-катарального диатеза и кожных манифестаций непереносимости белков коровьего молока у детей грудного возраста должна строиться с учетом современных научных данных о роли кожи – именно как важного органа иммунной

системы – в патогенезе клинических проявлений. Одним из решающих условий обеспечения гармоничного роста и развития детей первого года жизни и их устойчивость к инфекциям и другим неблагоприятным внешним факторам является рациональное их питание.

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Жураева З.Ё.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Изучение состояния гуморального иммунитета у часто и длительно болеющих детей дошкольного возраста в сравнение этих показателей с редко болеющими детьми.

Материалы и методы

Нами были проведены исследования по изучению состояния иммунной системы у обследованных детей: 90- часто болеющих детей (ЧБД), 40 – редко болеющих детей (РБД) и 28 практически здоровых детей того же возраста составили контрольную группу.

Результаты исследования:

В ходе иммунного ответа В-лимфоциты дифференцируются в плазматические клетки, секретирующие антитела. В-система представлена в наших исследованиях количественным содержанием CD20+-лимфоцитов и уровнем антител IgG, IgA и IgM.

Частое обострение хронического процесса сопровождается увеличением доли активированных клеток в периферической циркуляции, в том числе и CD20+-лимфоцитов. Так, в группе ЧБД относительное содержание В-лимфоцитов составил в среднем $29,5 \pm 1,1\%$ ($P < 0,01$), в группе РБД - $23,7 \pm 1,4\%$ ($P < 0,05$), что достоверно выше против значений контрольной группы - $22,6 \pm 1,3\%$. Интегральным показателем функциональной активности В-лимфоцитов является содержание иммуноглобулинов основных классов G, A, M.

Изучение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови здоровых детей показало, что IgG синтезируется от 860 до 1320 мг/% со средним содержанием $1090,7 \pm 31$ мг/%. У РБД концентрация IgG несколько снижена, а у ЧБД – по сравнению с показателями РБД - достоверно повышено - $1320,6 \pm 47,4$ мг/% с колебаниями от 1080 до 1550 мг/% ($P < 0,05$).

У детей контрольной группы уровень IgA в сыворотке крови составляет от 110 до 170 мг/%, что в среднем - $145,3 \pm 6,4$ мг/%. В сыворотке периферической крови РБД концентрация IgA несколько снижена, а у ЧБД - достоверно снижена и составила в среднем $97,3 \pm 7,3$ мг/% ($P < 0,01$).

Изучение уровня IgM показало аналогичную тенденцию, т.е. достоверное снижение в группе ЧБД по сравнению с РБД и контрольными значениями ($P < 0,01$). Как известно, IgM, кроме функции сывороточного иммуноглобулина, также является еще и мембранным рецептором В-

лимфоцитов и вовлечен в реакции их дифференцировки, активации и распознавания антигена в ходе иммунного ответа [4,5].

Наиболее важным, с точки зрения состояния местного иммунитета является полноценная продукция sIgA на поверхности слизистой оболочки. Как оказалось, этот процесс в группе ЧБД существенно нарушен, что может служить причиной нередких эрозивно-язвенных поражений слизистой у таких детей ($0,312 \pm 0,01$ г/л у ЧБД и $0,502 \pm 0,02$ у РБД, $P < 0,05$ против значений контрольной группы - $0,589 \pm 0,07$ г/л).

У всех детей из группы часто и длительно болеющих отмечено повышение количества IgE ($3,29 \pm 0,47$ пкг/мл – в основной группе; $1,15 \pm 0,23$ пкг/мл – в группе сравнения; $P < 0,001$), то есть имеет место дефицит мукозального иммунитета. При этом до сих пор остается неясно, что первично: дисбиоз слизистых оболочек или нарушение иммунитета. Однозначно приходится считаться с тем, что отношения между иммунной системой и инфекционными агентами являются взаимозависимыми.

Таким образом. Эти факты подчеркивают многомерность структурно-функциональной организации иммунной системы, изученной нами на примере ЧБД оториноларингологического типа.

Выводы:

1. Изучение гуморального звена иммунитета показывает достоверное повышение IgE- в 2,9 раза и подавление секреции SIgA – в 1,8 раза, свидетельствующее о снижении местного иммунитета и повышение сенсibilизации организма за счет длительной антигенемии.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **Жураева З.Ё**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Существует две основных точки зрения на причины повторных и столь частых респираторных заболеваний у часто болеющих детей (ЧБД). Первая — нарушение функционирования иммунной системы, проявляющееся при неблагоприятных воздействиях внешней среды. Вторая — генетическая предрасположенность, также реализующаяся под воздействием неблагоприятных условий внешней среды. Возможно, что оба эти фактора играют роль при возникновении частой заболеваемости ОРЗ у ЧБД.

Цель исследования: Изучение состояния клеточного иммунитета системы у часто и длительно болеющих детей дошкольного возраста в сравнение этих показателей с редко болеющими детьми.

Материалы и методы: Нами были проведены исследования по изучению состояния иммунной системы у обследованных детей: 90- часто болеющих детей (ЧБД), 40 – редко болеющих детей (РБД) и 28 практически здоровых детей того же возраста составили контрольную группу.

Результаты исследования: Изучение клеточного звена иммунитета показало проявление иммунной недостаточности с признаками хронической интоксикации в группе ЧБД. При анализе относительных показателей Т-лимфоцитов, выявлено достоверное снижение активности CD3+-клеток ($48,2 \pm 1,3\%$ против $55,6 \pm 1,4\%$ в контроле, $p < 0,05$), в группе редко болеющих детей также выявлено снижение, но значения статистически не достоверны ($53,8 \pm 1,5\%$). Аналогичная картина наблюдалась в динамике уровня CD4+-лимфоцитов ($29,6 \pm 1,5\%$ в группе ЧБД против $37,8 \pm 1,3\%$ у здоровых детей, $p < 0,05$) и у редко болеющих детей $-34,2 \pm 1,2\%$.

Достоверное снижение значения цитотоксических Т-лимфоцитов ($19,2 \pm 1,3\%$ у ЧБД и $20,4 \pm 1,3\%$ у РБД в сравнении с группой контроля - $21,3 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$) отразилось на иммунорегуляторном индексе. Так, у редко болеющих детей он составил в среднем $1,68 \pm 0,03$, в то время как в группе часто болеющих уровень ИРИ был достоверно сниженным - $1,54 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) против $1,72 \pm 0,06$ в группе контроля.

В целом такие изменения иммунограммы способствуют более длительной антигенемии, незавершенности процессов фагоцитоза, более затяжному клиническому течению основной патологии с поздней санацией организма.[4,5]

Неспецифические факторы, представленные числом натуральных киллеров (CD16+-клетки) и фагоцитарной активностью нейтрофилов, были изменены в зависимости от состояния детей.

У ЧБД в периферической крови содержалось от 12 до 20 % относительного числа CD16+-лимфоцитов со средним значением - $16,2 \pm 1,2\%$, что достоверно выше значений данного показателя в группе РБД и здоровых детей ($12,9 \pm 1,1\%$ и $11,5 \pm 0,9\%$) ($p < 0,01$).

Количественное изучение фагоцитарной активности показало, что в крови здоровых детей содержится от 52% до 62% фагоцитирующих клеток, которые составляют в среднем $57,8 \pm 1,4\%$. У редко болеющих детей фагоцитарная активность несколько снижена - $53,8 \pm 1,3\%$. А у ЧБД этот показатель был в 1,3 раза ниже контрольных значений и составил в среднем $45,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Следовательно, у ЧБД выявлено значительное подавление фагоцитарной активности нейтрофилов с параллельным увеличением числа натуральных киллеров. Полученные данные могут свидетельствовать о срыве их генерации в зрелые формы клеток и снижении их киллерной активности, несмотря на их повышенное количество, что, наряду со срывом Т-клеточной иммунорегуляции содействует развитию хронической формы заболевания.

Выводы: При изучении состояния иммунной системы у ЧБД с патологией околоносовых пазух наблюдалось снижение общего пула Т-лимфоцитов, Т-хелперов и фагоцитарной активности нейтрофилов от 1,15 до 1,3 раза.

НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ АЛЛЕРГОЗОМ

Зайнабитдинова С.Н., Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Достигнутый в последнее время прогресс в изучении механизмов развития респираторных аллергозов (РА) позволил представить новую концепцию его патогенеза, согласно которой основу заболевания составляет хронический аллергический воспалительный процесс в дыхательных путях и связанная с ним гиперреактивность слизистых респираторного тракта. Эта концепция предопределила новую стратегию в лечении больных РА, базирующуюся на проведение противовоспалительной терапии с применением ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС).

Цель исследования. Изучить особенности спирометрических показателей внешнего дыхания, определить степени нарушения вентиляционной способности легких и наличие обструкции бронхов у детей с РА. Материалы и методы. Оценивали следующие параметры: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ), и отношение ОФВ/ФЖЕЛ. В современных приборах (спирометр, пневмотахометр) информация выдается в абсолютных значениях и процентах к должным величинам этих показателей. Показатель ОФВ, в норме составляет не менее 80% от должной величины, умеренным снижением считается уровень ОФВ от 79 до 70%, заметное снижение - менее 70%, значительное снижение - менее 60%. Нижней границей нормы ОФВ/ФЖЕЛ у детей можно считать 78%.

Результаты исследований. У детей с легким течением РА в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ), не отмечалось. Однако у них обнаруживалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ), снижение максимальных объемных скоростей потока кривой, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной емкости легких ($МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$) и средних значений максимальных объемных скоростей потока в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной емкости легких ($СМОС_{25-75}$, $СМОС_{75-85}$). В период ремиссии болезни у пациентов с легким течением РА флюометрические показатели не отличались существенно от этих показателей у практически здоровых детей контрольной группы. У детей со среднетяжелым и тяжелым течением РА в периоде обострения болезни регистрировалось выраженное снижение показателей ФЖЕЛ, ОФВ, ПСВ, $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$, $СМОС_{25-75}$ и $СМОС_{75-85}$, что указывает на нарушение бронхиальной проходимости в центральных, средних и периферических отделах дыхательных путей. В периоде ремиссии болезни у детей со среднетяжелым течением РА достоверных изменений ФЖЕЛ и

ОФВ] не обнаружилось, а у детей с тяжелым течением РА отсутствовали достоверные изменения показателя ФЖЕЛ. Однако другие флюометрические показатели у детей со среднетяжелым и тяжелым течением РА в периоде ремиссии болезни были значительно ниже этих показателей у практически здоровых детей контрольной группы, что указывает на сохранение у них нарушения бронхиальной проходимости.

Выводы. Представленные результаты собственных исследований свидетельствуют о том, что выраженность нарушения бронхиальной проходимости при РА зависит в большей мере от тяжести течения заболевания, кроме того, значительные нарушения функции внешнего дыхания могут явиться основой для развития дыхательной недостаточности и функциональных расстройств со стороны многих органов и систем.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Игамова С.С., Шамсиев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт,

Цель работы: Обосновать систему занятий подвижными играми с целью реабилитации детей спре и перинатальной патологией ЦНС до 1 года

Материалы и методы исследования: В исследовании включены дети первого года жизни с последствиями пре и перинатального поражения головного мозга, группа сравнения, здоровые дети. Все дети были рождены в отделении акушерства и в дальнейшем проходили реабилитацию в отделении детской неврологии и центра социальной адаптации. Критерием включения в исследование явилось наличие последствий пре- и перинатального поражения головного мозга.

У детей первого года жизни основными моментами было изучение психоневрологического развития по месяцам, клинико-неврологический осмотр, из методов исследования, доступными считалось, нейросонография (НСГ), в некоторых необходимых случаях проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ), биоэлектрическая активность головного мозга оценивалась методом электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Результаты исследования: Критериями включения в основную группу новорожденных детей была оценка Апгар ниже 6 баллов при рождении. Очаговая симптоматика присутствовала в виде нистагма у 17 детей, бульбарные нарушения у 6 детей; нарушения мышечного тонуса: гипотония (32), гипертонусу 21 ребенка, дистония у 11 детей, гиперрефлексия у 43 детей. Изменения безусловных рефлексов практически у всех детей. Нарушение сознания в первые сутки наблюдалось у 28 новорожденных детей. Синдром угнетения ЦНС был у 14 детей. Гипертензионный синдром был у 15 новорожденных.

Этиологическими факторами выше перечисленных симптомов была асфиксия, родовая травма, внутриутробная инфекция, хронические заболевания матери.

Умеренно выраженные изменения преобладали у детей основной первой подгруппы – 14,9%, во второй подгруппе были больше детей с общемозговыми диффузными изменениями. Снижение порога судорожной готовности было у детей основной группы (у 4 детей), клинических судорог не было, со слов матерей несколько раз были аффективно-респираторные симптомы. Оценивая результаты психоневрологических функций у детей основной I подгруппы получавших реабилитацию по стандартной программе ниже, чем во второй подгруппе (ЦРСА), на 20%. Дети во второй подгруппе по таким параметрам, как способность к контакту, внимание, несомненно были выше по сравнению с I подгруппой, приближенно к контрольной группе. Перенесенное ППЦНС оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья детей, неврологическое и психоречевое развитие.

Выводы. Таким образом, в результате обследования, отмечено положительным лечебно-корреляционное мероприятие по системе реабилитации центра социальной адаптации, в течении года дети восстановились до нормативного уровня, это связано с тем, что получали непрерывное наблюдение, методы и упражнения по схеме.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ НА ФАКУЛЬТЕТЕ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Исламова Д.С., Ибатова Ш.М.

Кафедра педиатрии №2 и прпедевтики детских болезней СамМИ

Вегетативные расстройства являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено ее важной ролью в жизнедеятельности организма и распространенностью вегетативных нарушений. Вегетативными нарушениями страдают около 70% взрослых и 25% детей.

Цель исследования. Выявить наличие синдрома вегетативной дисфункции относительно образу жизни студентов первого и второго курса обучения на факультете высшего сестринского дела.

Материал и методы. В обследовании приняли участие 130 студентов, обоого пола, в возрасте 19-22 лет, среди которых вегетососудистая дистония по медицинским справкам отмечалась лишь в 6,3 % случаев. Исследование наличия и проявления синдрома вегетативной дисфункции включало в себя анкетирование, измерение артериального давления и его анализ, а так же проведения анализа образа жизни студентов.

Полученные результаты. Показатели состояния вегетативных функций получены с помощью опросника (Вейн А.М., 1998г.), это позволило условно разделить всех обследуемых (130 человек) на группы:

практически здоровые - 52 студента (40%), имеющие по результатам вопросника не более 20 баллов. С умеренно выраженными вегетативными нарушениями – 46 студент (35,4%), имеющие от 20 до 30 баллов. Выраженные вегетативные нарушения (от 31 до 40 баллов) обнаружены у 32 студентов (24,6%). По одному признаку вегетативных нарушений имели 20% девочек и 7% мальчиков. Эти студенты условно составили группу практически здоровых по данным балльных оценок. Однако, значимость каждого признака различная как в баллах, так и для каждой личности в частности. У студентов, имеющих по одному из признаков вегетативных нарушений, наибольший удельный вес у девочек занимало покраснение лица (36,6%), тогда как у мальчиков – повышенная потливость (50,0%). На втором месте по частоте у девочек ощущение сердцебиения, замирания сердца, а так же повышенная потливость (по 12,5%), у мальчиков – изменение окраски лица (17,50%). Лишь в единичных случаях у мальчиков отметили сердцебиение, онемение и похолодание кистей и стоп. Одинаково часто были нарушения функции желудочно-кишечного тракта, нарушения сна, снижение качества обучаемости.

В результате проведения анализа образа жизни было установлено, что нездоровый образ жизни ведет 89% обследуемых, при высокой интенсивности учебного труда. Это касается недостатка сна, менее 6-8 часов в сутки. Сон прерывистый в дневное и ночное время. Также режима питания. Придерживаются правильного режима питания только 10% опрошенных, (питание несбалансированно) нарушая количество и качества приемов пищи. Спортсом занимаются 5% опрошенных. Причем 22% опрошенных не занимаются физкультурой вообще.

Вывод. Выявляя основные причины и факторы развития вегетативной дисфункции, актуальным остается своевременная диагностика и профилактика расстройств вегето-сосудистой дистонии у студентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА С ОТЯГОЩЕННЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ У ДЕТЕЙ

Исламова Д.С., Аvezова Н.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Высокая частота острых респираторных заболеваний у детей, рецидивы острых бронхитов остаются одной из актуальных тем педиатрии. Причины повторяющихся обострений бронхитов у детей, несмотря на многочисленные работы по этой проблеме, не вполне ясны.

Цель работы: изучить особенности клинического течения рецидивирующего бронхита у детей с отягощенным преморбидным фоном.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 больных в возрасте от 2 до 7 лет рецидивирующим бронхитом на фоне рахита, экссудативного диатеза, *анемии*, *гипотрофии*, которые находились на лечении во 2-й клинике СамМИ в 2016–2017 гг. Диагноз «Рецидивирующий бронхит»

установлен согласноклиническим критериям с исключением бронхиальной астмы, пневмонии и других заболеваний бронхолегочной системы. Для выявления фоновой патологии было проведено обследование с включением как рутинных методов (общий анализ крови, мочи), ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов, и других исследований по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Основным клиническим симптомом детей был кашель. При перкуссии легких отмечался легочной звук, на фоне жесткого дыхания при аускультации выслушивались различной звучности разнокалиберные влажные и сухие разнотембровые хрипы, изменчивые по характеру звучания и локализации.

На рентгенограмме органов грудной клетки детей с рецидивирующим бронхитом выявлено усиление легочного рисунка, расширение корней легких и нечеткость бронхиальных контуров. Рецидивирующий бронхит на фоне рахита проявлялся у 13 детей (29%) патологическими изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата (уплощением затылка, деформацией грудной клетки, искривлением трубчатых костей; у 15 (33,3%) пациентов инфильтративно-десквамативными изменениями кожи, лимфопролиферацией при экссудативно-катаральном диатезе; у 28 пациентов (62,2%) с анемией отмечалась сонливость, головокружение, повышенная утомляемость, одышка, учащенное сердцебиение; изменения на фоне гипотрофии проявлялись снижением мышечного тонуса, эластичности и тургора тканей у 12 (27%) пациентов. Длительность обострения рецидивирующего бронхита отмечалась у наблюдавшихся пациентов в течение 2–3 недель. Частота обострений рецидивирующего бронхита у большинства больных (39 пациентов - 86 %) не превышала двух-трех раз в год.

Выводы. Таким образом, следует отметить значительную роль преморбидного фона в формировании рецидивов бронхитов у детей, что является показанием для коррекции лечения данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО ЦЕНТРА

Каримов К.Р., Аслонов А.А., Восиев Ж.Ж., Каримов Р.К.

Актуальность. Врожденные пороки желудочно-кишечного тракта – сравнительно редко встречающейся патология и требуют неотложной хирургической помощи у детей периода новорожденности.

По данным многочисленных авторов (А.Ю.Разумовский, Т.К.Немилова, П.Пури и тд.) данная патология встречается у 1:5000 - 1:10000 новорожденных.

Цель. Анализ результатов оперативного лечения больных с аномалией желудочно-кишечного тракта

Материалы и методы: В отделение неонатальной хирургии Бухарского областного многопрофильного детского центра с 2017 до 2018 год мая месяца с врожденной патологией желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки обратились 56 новорождённых. Из них 5 больных с атрезией пищевода, 7 с пилоростенозом, с атрезией 12 перстного и тонкого кишечника 6 больных, с патологией толстой кишка (шнуровидный атрезия толстой кишечника, тотальная форма болезни Гиршпрунга) 2 больных, атрезия Anietrecti и эктопия ануса с со свищами во влагалища и промежности 9 больных, патологией передней брюшной стенки (Гастрошизис, Омфалоцелле) 8 больных, с синдромом Ледда 7 больных.

Из 5 обратившихся новорожденных с атрезией пищевода все имели трахеопищеводные свищи в дистальном отделе. 4 новорождённым произведено операция удаление трахеопищеводного свища с наложением анастомоза конец-конец. Послеоперационное введение больных проводилось по традиционной методике, дренаж, проведенный через анастомоз держали в течении месяца с целью профилактики стеноза. Из оперированных первая больная жила 3 месяца и умерла от пневмонии. Вторая на 40 ом дне, наступил ДВС синдром и больной умер. 3 и 4 е больные умерли через 10 дней после операции от сопутствующих патологий.

С пилоростенозом обратились 5 больных. Возраст больных от 10 дней до 3 месяцев. Всем больным проводилось операция пилоромиотомия по Фреде Рамштедта. Больные выписались с выздоровлением на 6-7 дней.

С врожденной патологией двенадцатиперстной и тонкой кишки госпитализирован 12 больных. Из них 4 с атрезией двенадцатиперстной кишки мембранозного характера, 2 слепо кончающая атрезия тонкого кишечника, 4 с синдромом Ледда, шнуровидная атрезия тонкого кишечника и кольцевидная поджелудочная железа по одному.

Всем больным произведено операция лапаротомия с транс ректальным разрезом и устранена причина патологии.

Летальность от данных патологий составил 50 %.

2 больным с тотальной формой болезни Гиршпрунга и шнуровидной формой атрезией толстого кишечника наложено энтеростома. Больная с тотальной формой болезнью Гиршпрунга умерла на 10 день после наложения энтеростомы от глубокой недоношенности и присоединения вторичных инфекции. Вторая больная выписана через 20 дней после операции.

С атрезией anietrecti обратились 13 новорождённых. Из них 4 со свищами во влагалище и промежности, в 2-х случаях эктопия в промежность. У 3-х больных отмечался низкая атрезия и в остальных случаях высокая форма атрезии anietrecti. Больным обратившийся со свищами произведено расширение свища бужированием. Плановое оперативное лечение назначено в 6-месячном возрасте. Эктопия ануса

устранена операцией по методу Стоуна-Бенсона. Высоким формам атрезии применена 2-х этапная операция: сигмостомия последующим брюшно-промежностной проктопластикой.

С врожденной патологией передней брюшной стенки доставлена 4 новорождённых. Двое из них с диагнозом гастроцизис и остальные с омфалоцеле. Всем больным проведена оперативное лечение. Умерла одна больная с гигантским омфалоцеле. Причиной смерти явилась глубокая недоношенность и гигантский размер грыжи.

Таким образом с врожденной патологией желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки обратились 56 новорождённых, что составляет 1:10000 родившихся, все больные доставлены на 1-2 сутки после рождения, операции проводились после соответствующей подготовки новорождённого. Летальность составила 31,7% и зависила от глубины недоношенности и критически низкого веса (700-1200гр) новорождённого.

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРИ IgA-ВАСКУЛИТЕ (ГЕНОХА-ШЕНЛЕЙНА) И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ.

**Кудряшова М.А., Подчерняева Н.С., Шпитонкова О.В., Фролкова Е.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский
Университет)**

Цель:Изучить особенности различных звеньев системы гемостаза у детей с IgA-васкулитом и системной красной волчанкой (СКВ) и выявить их взаимосвязь с активностью заболевания и его клиническими проявлениями.

Материалы и методы:Проведено проспективное клиническое исследование, в которое были включены 50 пациентов с IgA-васкулитом (26 мальчиков (52,0%) и 24 девочки (48,0%) и 49 пациентов с СКВ (5 мальчиков (10,8%) и 44 девочки (89,2%) в возрасте до 18 лет, наблюдавшихся в УДКБ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова в течение 4-х лет. Всем детям было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Определяли количество и агрегационную активность тромбоцитов, концентрацию фибриногена, уровни D-димеров, тканевого активатора плазминогена(tPA), тромбомодулина, протеина С, уровни и активность антигена фактора фон Виллебранда (vWF:Ag, vWF акт.) и ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1, PAI-1 акт.) в сыворотках больных методом твердофазного энзим связанногоим муносорбентного анализа (ELISA). Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с помощью программы Statistical Packageforthe Social Science 23.

Результаты: В активном периоде IgA-васкулитаи СКВ у подавляющего большинства отмечено стойкое снижение фибринолиза, характеризующееся низким уровнем tPA(у 92,3% и у 93,0%) ивысоким

уровнем PAI-1 (у 47,8% и у 51,2%) соответственно. У больных с волчаночным нефритом и СКВ с АФС частота выявления этих нарушений была большей: снижение уровня tPA выявлено соответственно у 94,5% и 96,3%, а повышение уровня PAI-1 у 66,6% и 59,3% детей соответственно. У половины больных с IgA-ваккулитом отмечались признаки активации/дисфункции эндотелия (повышение уровня vWF:Ag у 45,1% и vWF акт. у 47,4%), у трети - активация свертывания (повышение уровня фибриногена у 34,6%, D-димеров у 33,3% пациентов). Уровень vWF:Ag у пациентов с СКВ в 85,7% случаях соответствовал норме, однако у 46,5% из них отмечалось повышение активности vWF. Снижения активности протеина Сни у кого из наших пациентов не наблюдалось, у 61,6% детей с волчаночным нефритом и у 55,5% у детей с СКВ и АФС она даже несколько превышала референсные значения ($M \pm m = 115,4 \pm 29,9\%$ и $113,6 \pm 32,1\%$ соответственно), а группе детей с IgA-ваккулитом этот показатель оставался в пределах нормальных значений ($M \pm m = 108,6 \pm 23,6\%$). Уровень тромбомодулина был повышен у всех больных СКВ ($M \pm m = 391,1 \pm 34,6\%$) и IgA-ваккулитом ($M \pm m = 5240,1 \pm 367,4\%$), отражая системное поражение микроциркуляторного русла, при этом самые высокие значения наблюдались у детей с нефритом и АФС. У пациентов с IgA-ваккулитом установлена корреляция значений vWF:Ag ($r = 0,49$, $p < 0,05$), D-димеров ($r = 0,31$, $p < 0,05$) и тромбомодулина ($r = 0,47$, $p < 0,05$) с общей активностью заболевания, а также уровней фибриногена ($r = 0,33$, $p < 0,05$), и D-димеров ($r = 0,35$, $p < 0,05$) с активностью нефрита.

Выводы: Больным с IgA-ваккулитом и СКВ, особенно с волчаночным нефритом и АФС свойственно повышение активности vWF и тромбомодулина, отражающее повреждение и дисфункцию эндотелия, характерна активация свертывания крови, а также стойкое снижение фибринолиза во всех группах пациентов. Ввиду тесной взаимосвязи коагуляции и воспаления значения некоторых факторов свертывающей и фибринолитической систем, маркеры активации эндотелия могут быть использованы для уточнения степени активности IgA-ваккулита.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мадамина Н.Э., Абдилхаева З.А

Андижанский государственный медицинский институт

Болезнь Аддисона (хроническая недостаточность коры надпочечников) - редкое эндокринное заболевание, в результате которого надпочечники теряют способность производить достаточное количество гормонов, особенно кортизола. Это патологическое состояние впервые описал британский терапевт Томас Аддисон. Болезнь Аддисона может быть следствием первичной надпочечниковой недостаточности (при которой поражается или плохо функционирует сама кора надпочечников)

или вторичной адренкортикальной недостаточности, при которой передний гипофиз вырабатывает недостаточный адренкортикотропный гормон для адекватной стимуляции коры надпочечников.

Цель: изучить особенности течения и лечения болезни Аддисона у детей циррозом печени, ассоциированным с вирусом гепатита В.

Материалы исследования: обследовано 57 детей циррозом печени в стадии детского пью класса А, ассоциированного с вирусом гепатита В. Диагноз был установлен по результатам клинических, иммунологических и инструментальных исследований. В каждом случае проводится консультация эндокринолога для подтверждения диагноза. Синдром Аддисонизма выявлен у 4 (7%) пациентов.

Результаты исследования: наряду с клинической картиной цирроза печени у пациентов с синдромом Аддисона выявлены специфические симптомы, связанные с этим заболеванием. Пациентам были представлены следующие жалобы: мышечная слабость у 94% больных, тошнота, рвота, диарея, боль в животе у 78%, гиперпигментация кожи в виде пятен у 100%, депрессия у 63%, тяга к солевому питанию, жажда у 81%, тетания у 42%, дисфагия у 78% больных. Учитывая степень активности, пациентам назначают преднизолон в дозе 10-20 мг в сутки согласно инструкции. После преднизолонотерапии, состояние пациента улучшило драматически и клинические симптомы Аддисонизма исчезли.

Вывод: заболеваемость синдромом Аддисонизма среди детей с циррозом печени стадии в по Чайлду-Пью класса А, связанных с вирусом гепатита В составляет 7%. Хроническая надпочечниковая недостаточность усугубляет клиническое течение патологического процесса в печени. Преднизолонотерапия позволяла пропаданию клинических симптомов Аддисонизма и деятельности цирроза печени.

РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мадаминова Н.Э., Абдилхаева З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы отмечается повышение интереса специалистов ультразвуковой диагностики к раннему обнаружению врожденных пороков сердца, так как они обуславливают до 50% случаев смертности в первый год жизни. В настоящее время частота врожденных пороков сердца составляет в среднем 8-10 случаев на 1000 новорожденных.

Цель: Разработать ультразвуковую симптоматику различных врожденных пороков сердца у новорожденных.

Материалы и методы исследования: Объектом для исследования послужили 30 больных-новорожденных, с разными видами пороками сердца. Предметом исследования были различные врождённые пороки сердца новорожденных. Для метода исследования взяли анкетные данные:

ФИО, возраст матери, сбор анамнеза матери; данные ЭХОКГ новорожденных.

Результаты исследования: В нашем исследовании, обращаемость к УЗИ специалистам по поводу кардиологических проблем новорожденных по срокам жизни составило следующие показатели: основном в первой недели жизни новорожденных в 18% случаев, в 1-6 месяцев в 57% случаев, и с 6 месяцев до 1 года жизни в 25% случаев.

При изучении частоты врожденных пороков сердца у новорожденных в зависимости от возраста матерей получено, что у женщин в возрасте 30-35 лет ДМЖП и ДМПП встречались соответственно, в 29,4% и 23,5% случаев, тетрада Фалло в 23,5%, ОАП в 17,6%, транспозиция главных сосудов в 6% случаев. У женщин в возрасте 36-40 лет наибольший процент врожденных пороков сердца пришли на тетрада Фалло и ОАП, соответственно в 37,5% случаев, ДМЖП и ДМПП в этом возрасте наблюдались одинаково, у 12,5% женщин. У матерей 41-45 лет ДМЖП и ДМПП наблюдались одинаково, в 10%, тетрада Фалло в 40%, ОАП и транспозиция главных сосудов наблюдались соответственно в 20% случаев.

Частота врожденных пороков сердца у новорожденных выглядела следующим образом: наибольший процент – при цитомегаловирусе – 10 женщин (33,3%), при сахарном диабете – 3 женщин (10%), при врожденных пороках сердца матери – 5 женщин (16,7%), а также при близкородственном браке – 7 женщин (23,3%) и у 5 женщин без всяких этиологических факторов определился ВПС у новорожденных (в 16,6% случаев).

Структура врожденных пороков сердца новорожденных в зависимости от анамнестических данных матерей выглядела следующим образом: при ЦМВ - наибольший процент – ОАП – 3 новорожденных (30%), тетрада Фалло и транспозиция главных сосудов, соответственно – 2 и 1 новорожденных (20% и 10%), ДМЖП и ДМПП – 2 новорожденных (в 20% и 20% случаев). При сахарном диабете - наибольший процент – тетрада Фалло – 1 новорожденного (33,3%), ОАП и ДМЖП – 2 новорожденных (соответственно в 66,7% и 66,7% случаев) и ДМПП и транспозиция главных сосудов не выявлено. При ВПС матери - наибольший процент – тетрада Фалло и ОАП – 3 новорожденных, соответственно (40% и 20% случаев), и транспозиция главных сосудов – у 1 новорожденного (20%), ДМПП также – у 1 новорожденного (в 20% случаев). При близкородственном браке – наибольший процент – ДМЖП и ДМПП – 4 новорожденных (соответственно в 28,6% и 28,6% случаев), тетрада Фалло у 3 новорожденных (в 42,8% случаев), и остальные виды пороков сердца в этой группе не определялся. При неясной этиологии виды пороков сердца выглядела следующим образом: тетрада Фалло – в 20 случаев, ДМПП и ДМЖП соответственно в 20% и 40%, ОАП также в 20% случаев, транспозиция главных сосудов не определялся.

На основании теоретических выводов вытекает практическое значение проведенного исследования:

Врачам ультразвукового исследования при обследовании новорожденных с врожденными пороками сердца, необходимо обращать внимание на возраст и анамнестических данных матерей;

При наличии врожденных пороков у новорожденных обязательно его консультирования, совместно с педиатр-кардиологом.

ПРАВИЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С ПУЛЬМОНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Мадаминава Н.Э., Якуббекова М.М., Абдилхаева З.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди системных внепеченочных проявлений цирроза печени легочной синдром наблюдается у 10-15% детей и выражается нарушением внутрилегочной гемодинамики и артериальной гипоксемией, приводящие к дыхательной недостаточности. В патогенезе дыхательной недостаточности у больных детей циррозом печени с пульмональным синдромом имеет значение морфологические изменения в паренхиме легких, межуточной ткани и в сосудах малого круга кровообращения.

Известно, что основные энергетические и пластические процессы в печени протекают с участием кислорода. Гипоксия усиливает гликолиз и уменьшает запасы гликогена, что приводит к избыточному накоплению жира в гепатоцитах, дисфункцию печеночных клеточных мембран, накоплению в гепатоцитах токсических продуктов обмена, снижает синтез белков и способность печеночных клеток к регенерации. Образуется своего рода порочный круг: возникающие вследствие заболевания печени нарушения внешнего дыхания и артериальная гипоксемия усугубляет поражение печени, что влечет за собой прогрессирование нарушений внутрилегочной гемодинамики и диффузно-вентиляционной способности легких и вследствие этого дальнейшее усиление артериальной гипоксемии. Перечисленные патологические процессы в легких у больных циррозом печени приводят к нарушению всех звеньев внешнего дыхания: снижение жизненной ёмкости легких, максимальной вентиляции, коэффициента использования кислорода, увеличение частоты, глубины и минутного объема дыхания, т.е. возникновению и прогрессированию дыхательной недостаточности.

Цель исследования: Изучить особенности проявления артериальной гипоксемии детей циррозом печени с пульмональным синдромом.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования послужили 25 детей циррозом печени разной этиологии. Возраст больных составил от 5 до 15 лет. Давность заболевания от 2 до 5 лет. Пациентам были проведены следующие методы исследования: лабораторное исследование крови (общий и биохимический анализ), ультразвуковое

исследовании гепатобилиарной системы, электрокардиографическое исследование, оксигеметрия, определение функции внешнего дыхания, рентгеноскопия грудной клетки.

Результаты исследования: Гепато-пульмональный синдром клинически проявлялся болью груди, одышкой, кашлем с трудно отделяемой мокротой, цианозом, крепитацией в нижних отделах легких. При рентгеноскопии грудной клетки у 15 детей выявлен правосторонний трансудат, у 3 левосторонний трансудат, у 7 - картина фиброзирующего альвеолита. Анализ состава плевральной жидкости подтвердил наличие трансудата. Следует отметить, что удаление асцитической жидкости из брюшной полости и комплексная терапия цирроза печени способствовала уменьшению и исчезновению симптомов артериальной гипоксемии.

Выводы: При циррозе печени может развиваться артериальная гипоксемия с дыхательной недостаточностью. Дыхательная недостаточность является как бы третичным осложнением цирроза печени. Это обстоятельство требует правильной оценки в дифференциальной диагностике и проведении патогенетической терапии основного заболевания - цирроза печени.

15-17 Ёшли Ўғил Болалар Орасида Артериал Гипотонияни Тавсифи

Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Холиқова Н.А.

РШТЁИМ АФ ва АндДавТИ

Ишнинг мақсади – ўғил болалар популяциясида артериал гипотонияни (АрГ) эпидемиологик тавсифини ўрганш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. Умумжаҳон кўламида қабул қилинган усуллар ва мезонлардан фойдаланиб махсус эпидемиологик тадқиқот бажарилди. Унга жами 1130 та 15-17 ёшли ўғил болалар популяцияси объект қилиб олинди ва улар орасида АрГни эпидемиологик тавсифи ўрганилди.

Олинган натижалар. Маълум бўлди-ки АрГ текширилган болалар популяциясида 10,8% частота билан учрайди ва муъаян турлари нотекис аниқланиш билан қуйидагича тавсифланишади ёки тарқалиш билан қайд этилишади: бирламчи ва иккиламчи АрГ – 8,6% ва 2,2% дан ($p < 0,01$), физиологик ва патологик АрГ – 0,4% ва 10,4%дан ($p < 0,001$), ўткир ва сурункали АрГ – 4,0 ва 6,8% дан ($p > 0,05$), нейрокардиал АрГ – 9,9%, постпрандиал ва ортостатик АрГ – 4,2% ва 3,1% дан ($p > 0,05$), транзитор ишемик хуружлар билан ифодаланадиган АрГ – 3,7%, каротид синус синдроми билан АрГ-2,3%, кардиоаритмик ва дори-дармонлардан келиб чиқадиган АрГ-2,2% ва 1,0% дан ($p < 0,01$).

Хулосалар. 15-17 ёшли ўғил болаларда АрГ нисбатан юқори кўрсаткичлар билан аниқланади. Унинг турларидан келиб чиқиб ва патогенетик “йўли”ни ҳисобга олиб фаол профилактик ҳамда даволаш

амалиётларини белгилаш ҳамда олиб бориш гипотоник хавф ва континуумни барвақт бартаарафлаш имкониятларини туғдиради.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ВОДИЙНИНГ ЎСМИР – БОЛАЛАРИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА АЙРИМ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА

**Мамасолиев Н.С., Парпиев Э.А., Мамасолиев З.Н.
РШТЁИМ АФ ва АндДавТИ**

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийсининг ўсмир-болалари популяциясида сурункали пиелонефритнинг (СПН) замонавий эпидемиологик тавсифларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. Эпидемиологик, биохимик ва инструментал, клиник, функционал ва махсус статистик усуллардан фойдаланиб 1130 та 15-17 ёшдаги ўсмир-ўғил болалар скринингли текширувдан ўтказилди. Текширилганларда репрезентативлик таъминланган ва уларнинг барчаси абориген аҳоли хисобланишади.

Олинган натижалар ва хулосалар. Комплекс текширувлар натижалари СПН 15-17 ёшли ўсмирларда нисбатан кенг тарқалиш билан учрашини ва долзарб масала бўлиб қолаётганлигини тасдиқлади.

Қуйидаги частоталар ва эпидемиологик хусусиятлар билан ўсмир ўғил болаларда аниқланди: жами СПНни тарқалиши – 2,2%, фаол ва нофаол СПН – 1,7% ва 5,2% дан ($p < 0,01$), бир томонлама ва икки томонлама СПН – 30,0% ва 70,0% дан ($p < 0,01$), бирламчи ва иккиламчи СПН – 95,0% ва 5,0% дан ($p < 0,001$), артериал гипертония билан ва артериал гипертониясиз – 10,0% ва 90,0% дан ($p < 0,001$), асоратланган ва асоратланмаган СПН – 5,0% ва 95,0% дан ($p < 0,0001$).

Яна бир алоҳида хусусият, бизнинг натижаларимиз бўйича, СПН ўсмир болаларда аксарият коморбидлик фонида келиб чиқади ва кечади. Энг кўп камқонлик (11,1%) ва артериал гипертензия (10,0%), икки баробардан камроқ бўлиб қиёсан – бўқоқ (3,0%) ва нейроциркулятор астения (4,8%) ҳамда сурункали цистит (2,9%) ва кам даражаларда коморбидлик фонини келтириб чиқариб сурункали дуоденит (1,2%), сийдик-тош касаллиги – 1,2%, ошқозон касаллиги – 0,6%, 12-бармоқли ичак яра касаллиги (0,4%) ва простатит (0,4%) кузатилади.

ЎСМИР ПИЕЛОНЕФРИТИ: УРОДИНАМИК, ИНФЕКЦИЯЛИ ВА МЕДИКАМЕНТОЗЛИ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ

**Мамасолиев Н.С., Мамасолиева Ш.А., Усмонов Б.У.
РШТЁИМ АФ ва АндДавТИ**

Ишнинг мақсади – 15-17 ёшли ўсмир-ўғил болалар популяциясида пиелонефритнинг (ЎСПН) уродинамик, инфекцияли ва медикаментозли хатар омилларини клинико-эпидемиологик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. Махсус эпидемиологик тадқиқот водий шароитида ўтказилди. Унга ЖССТ тавсияларига (1993) мувофиқ холда 15-17 ёшли ўғил болалар популяцияси мутлоқ саралаш синовидан фойдаланиб ажратиб олинди ва бу, - 1500 та ўсмирларни ташкил қилди. Комплекс текширувларнинг 1130 тасида ўтказилди ва уродинамик, инфекцияли ҳамда медикаментозли хатар омиллари (ЎсПН УХО, ЎсПНиХО ва ЎсПНМХО) баҳоланди.

Натижалар ва хулосалар. Маълум бўлди-ки, ЎсПНга алоқадор “патоген эпидшароит”лар яратилишида ЎсПН УХО, ЎсПНиХО ва ЎсПНМХО алоҳида устивор рол ўйнашади, кенг тарқалганликлари билан тасдиқланишади. Чунончи, мазкур хатар омиллари қуйидаги частоталарда клинко-эпидемиологик тавсифланишадилар: рефлюкс нефропатия (РН)- 8,8%, ЎсПНМХО (яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларни, антибиотикларни ва анальгетикларни суъистеъмол қилиш даражасигача етиб қабул қилиб юриш) – 0,9%, ЎсПНиХО – 21,1% ва ЎсПНУХО – 7,6%.

Эпидемиологик ва профилактик текширувларда ҳамда клиник кузатувлар ва даволаш йўналишларини режалаштиришда мазкур маълумотларни ҳисобга олиш, шубҳасиз, амалий фаолиятларни ЎсПН да самаралаштириб ва хавфсизлантириб аҳамият касб этишади.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

**Мамбеткаримов Г.А., Жиемуратова Г.К., Танирбергенова А.К.,
Турманова П.М.**

Неблагоприятные условия среды обитания в первую очередь представляют опасность для детей, которые в силу морфофункциональной незрелости отличаются повышенной чувствительностью к различным экологическим факторам. Их организм является своеобразным маркером повышенной чувствительности к состоянию окружающей среды. Многофакторная оценка параметров окружающей среды, отрицательно влияющих на состояние здоровья детей, показала, что общая доля объясняемой дисперсии, определяющей вклад экологических факторов в заболеваемость детей, достаточно значима и достигает 68,4%. Остальная доля дисперсии - 31,6% обусловлена эндогенными факторами.

Развивается новое направление клинической иммунологии – экологическая иммунология. Иммунная система в силу своей высокой чувствительности может выступать как показатель воздействия на организм детей различных экологических факторов, быть чувствительным индикатором наличия неблагоприятной экологической ситуации в регионе.

Проведена сравнительная оценка основных показателей иммунного статуса у 150 детей (I группы здоровья) различных возрастных групп (1-3 года, 4-6 лет, 7-14 лет), родившихся и постоянно проживающих (коренные жители) в эпицентре экологического кризиса - в Республике Каракалпакстан.

Выполнены иммунологические тесты I и частично II уровня, включающих изучение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов и фагоцитарной активности нейтрофилов. Определялось содержание субпопуляций иммунорегуляторных Т-лимфоцитов (Т-хелперов, Т-супрессоров и индекс их соотношения), а также концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов.

Результаты проведенных исследований показало, что у обследованных нами детей практически во всех возрастных группах имеют место нарушения функции системы иммунитета. Это проявляется снижением общего числа Т-лимфоцитов, включая иммунорегуляторные клетки Т-хелперы и Т-супрессоры. Значительно угнетена фагоцитарная активность нейтрофилов и нарушение соотношения пропорции В-лимфоцитов. Наблюдалось также достоверное снижение уровня синтеза основных классов сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Таким образом, экологические факторы региона Приаралья снижают функциональные и адаптационные возможности организма детей, нарушают иммунобиологическую реактивность их организма, воздействуя через неспецифические и специфические факторы иммунитета. Выявленные нарушения иммунологического статуса у детей являются высокоинформативными маркерами неблагоприятной экологической ситуации в регионе.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР БИЛАН БОЛАЛАРНИНГ КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ.

Матназарова Г.С., Шерқўзиёва Г.Ф., Тошбоев Б.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Илмий ишнинг мақсади аҳоли ўртасидахусусан болаларда ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалланиш ҳолатини баҳолаш ҳисобланади. Бу гуруҳга нафас олиш йўллари патоген микроорганизмларининг турли вакиллари чақирадиган юқумли касалликлар киритилган. Бу гуруҳ касалликларининг асосий кўзғатувчиси вируслар ҳисобланади, бироқ бу касалликларни бактериялар, микоплазмалар ва бошқа микроорганизмлар ҳам чақиритиши мумкин. Маълумотларга кўра барча инфекция ва ноинфекцион касалликларни жамлаганда ўткир респиратор касалликлар билан касалланиш кўрсаткичи улардан юқори эканлиги аниқланган. Турли мамлакатларда ўтказилган кузатишларга кўра ЎРК билан касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳолига 300000 дан юқори эканлиги аниқланган. Касалланиш даражаси ҳар бир жой ва ҳудудларда ҳар хил бўлиб, касалланишнинг кўп йиллик динамикасида катта даврийлик кузатилмаган. ЎРКлар аниқ мавсумийликка хос бўлиб, касалланиш асосан октябр охири ва ноябр ойида кўтарилади ва юқори даражада узок вақт сақланади. Аксимал кўтарилиш январ ойининг охири, ҳатто феврал ойининг бошига тўғри келади. Йил ичи

динамикасининг турғунлиги ва қисқа оралиқлар мавжудлиги йил давомида касалланиш даражаси доимийлигидан далолат беради.

Ушбу касаллик болалар ўртасида ҳам кўп учрашни эътиборга олиб, эпидемиологик-статистик усул ёрдамида Яшнобод туманидаги аҳолининг айнан болаларнинг ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалланиш ҳолати ўрганилди. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз болаларда ушбу касалликнинг 2016 йилдаги касалланиш ҳолатини таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларни олдик: йил бўйи умумий аҳолининг касалланиш ҳолати 22653 та (100%), шулардан катталарда 6600 та (29,2%), болаларда эса 16053 та (70,8%) қайд этилган. Касалланиш ҳолатининг йил ойлари бўйича таҳлил қиладиган бўлсак, энг кўп ҳолатлар қуйидаги ойларда: февралда умумий 2479 та (100%), катталарда 688 та (27,7%), болаларда эса 1791 та (72,3%), мартда 2597 та (100%), шулардан катталарда 756 та (29,1%), болаларда эса 1841 та (70,9%), апрелда умумий 3298 та (100%), катталарда 947 та (28,7%), болаларда эса 2351 та (71,3%), декабрда эса 2017 та (100%), катталарда 270 та (13,4%), болаларда эса 1747 та (86,6%) қайд этилган. Юқорида олинган текшириш натижаларидан шуни хулоса қилиш мумкин: болалар ўртасида катта ёшдагиларга нисбатан ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалланиш ҳолати кўп кузатилди. Айниқса ушбу касалланиш ҳолатини йил ойларига нисбатан таҳлил қиладиган бўлсак, киш ва баҳор ойларида кўп қайд этилган. Болалар ўртасида ушбу касалликнинг олдини олиш ва камайтириш учун қуйидаги чора-тадбирларини тавсия этилади: яъни ташкиллашган болалар муассасаларида санитар-гигиеник ҳолатини яхшилаш хусусан хоналарнинг тез-тез шамоллатиб туриш, тозалikka риоя қилиш ва назоратни кучайтириш талаб этилади.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ГИДРОЛИТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ КАРБОГИДРАЗ НЕКОТОРЫМИ АНТИГИСТАМИННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Махсумов Ш.М., Зайцева О.А.

Ташкентская медицинская академия

В наши дни почти каждый третий ребенок страдает от того или иного вида аллергии. В связи с неуклонным ростом аллергических заболеваний в детском возрасте все большее внимание уделяется изучению патологических изменений в организме, развивающихся при аллергии, их коррекции и профилактике.

Цель работы. Целью нашего исследования явилось изучение влияния некоторых антигистаминных препаратов на активность пищеварительных ферментов поджелудочной железы и слизистой оболочки тонкой кишки, участвующих в начальных и заключительных стадиях гидролиза углеводов, при анафилактическом шоке.

Материал и методы. Опыты проводили на белых крысах с исходной массой тела 60-80 г. Цетиризин в виде водного раствора и диазолин в виде взвеси вводили перорально в дозах 5 и 10 мг/кг соответственно в течение всего периода сенсбилизации (28 дней). Анафилактический шок вызывали белком куриного яйца. Активность ферментов определяли в гомогенатах поджелудочной железы и слизистой оболочки тонкой кишки фотоэлектроколориметрическими методами.

Результаты исследований. Как показали эксперименты, при анафилактическом шоке (сразу и через 6, 24, 48 и 72 ч после вызывания шока) происходит выраженное угнетение активности пищеварительных карбогидраз, что может привести к нарушению процессов гидролиза углеводов. Так, тотчас после анафилактического шока активность альфа-амилазы поджелудочной железы ингибировалась на 46%, к 6-му ч исследования снижалась на 51%, оставалась на этом уровне в течение первых суток, через 48 и 72 ч опыта уменьшалась на 43% и 42% соответственно. Активность гамма-амилазы слизистой тонкой кишки также угнеталась: в 1-ый срок опыта на 37%, через 6, 24, 48 и 72 ч - на 42%, 36%, 34% и 22% соответственно. Максимальное ингибирование кишечной сахаразы на 36% наблюдалось тотчас после анафилактического шока. Через 6, 24, 48 и 72 ч активность была ниже контроля на 33%, 24%, 28% и 22% соответственно.

Профилактическое введение антигистаминных препаратов приводило к ослаблению сдвигов в активности пищеварительных карбогидраз, вызванных анафилактическим шоком. Так, на фоне превентивного введения цетиризина альфа-амилолитическая активность уменьшалась тотчас, через 6 и 24 часа после анафилактического шока, а начиная с 48-го часа и до конца исследования изменения в активности фермента не наблюдалось. Активность гамма-амилазы и сахаразы снижалась тотчас, через 6 и 48 часов после шока, в остальные сроки не отличалась от контроля. Подобным, но несколько меньшее корректирующее действие оказывал диазолин.

Вывод. Следовательно, профилактическое длительное введение цетиризина и диазолина корректирует изменения в ферментсинтезирующих системах поджелудочной железы и тонкой кишки крыс при анафилактическом шоке, что способствует гидролизу и усвоению пищевых углеводов.

БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА СПОРТНИНГ ТАЪСИРИ

Машарипова Р.Т

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўртача антропометрик кўрсаткичлар боланинг жисмоний ривожланишидан дарак берувчи асосий омиллардан бири хисобланади. Меъёрда жисмоний ўсиб- улғайиб келаётган бола организими касалликларга чидамли бўлибгина қолмасдан, балки кўпгина микро

организмлар устидан ҳуқумронлик қилиш қудратига ҳам эгадир. Биз томондан вазн ва бўй кўрсаткичларини ўрганиш мақсадида олиб борилган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ёшлар кесимида қуйидагича : ўртача вазни 7 ёшгача болаларники 0,9кг га (2003 йилда 20,5 кг, 2014 йилда 22,9кг дан, 2015 йилда 23,0кг га), шу жумладан қизларники 0,7кг га (2003 йилда 21,2 кг, 2014 йилда 22,5кг дан, 2015 йилда 22,6кг га) ортган;

10 ёшгача болаларники 1,0 кг га (2003 йилда 28,0кг, 2014 йилда 32,2кг дан, 2015 йилда 32,3кг га), шу жумладан қизларники 0,9кг га (2003 йилда 27,2 кг, 2014 йилда 32,8кг дан, 2015 йилда 32,9 кг га) ортган;

14 ёшгача болаларники 0,8кг га (2003 йилда 42,3 кг, 2014 йилда 45,5кг дан, 2015 йилда 45,6 кг га). қизларники эса 1,0кг га ошган (2003 йилда 44,5 кг, 2014 йилда 47,6кг дан, 2015 йилда 47,7кг га) ортган.

Ўртача бўйи: 7 ёшгача болаларники 0,8см га, (2003 йилда 117,3 см, 2014 йилда 120,4см дан, 2015 йилда 120,5см га), шу жумладан қизларники 0,7см га (2003 йилда 120,2 см, 2014 йилда 123,3см дан, 2015 йилда 123,4см га) ўсган;

10 ёшгача болаларники 2,2см га, (2003 йилда 131,8 см, 2014 йилда 135,9см дан, 2015 йилда 136,0см га), шу жумладан қизларники 1,5см га (2003 йилда 132,0 см, 2014 йилда 134,4см дан, 2015 йилда 134,5 см га) ўсган;

14 ёшгача болаларники 2,1см га, (2003 йилда 156,8см, 2014 йилда 159,8см дан, 2015 йилда 159,9см га, қизларники эса 1,1см га ўсган (2003 йилда 154,8см, 2014 йилда 158,0см дан, 2015 йилда 158,1см га) ўсган.

Демак, спорт машғулоти билан мунтазам шуғулланиб келаётган мактаб ёшидаги болаларнинг жисмоний ривожланишига спортнинг бевосита таъсири ижобий эканлиги юқордаги рақамларда ҳам ўз исботини топди.

СЕПСИС У ДЕТЕЙ - ПРОБЛЕМА АКТУАЛЬНАЯ

Машарипова Р.Т

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

В настоящее время под сепсисом понимают системную воспалительную реакцию с подозреваемой или доказанной инфекцией (бактериального, вирусного, грибкового или риккетсиозного происхождения).

Сепсис может быть вызван следующими микробами: стафилококком, стрептококком, пневмококком, менингококком, реже синегнойной палочкой, протеом, кишечной палочкой и др. В последние годы этиологическим фактором сепсиса у детей наиболее часто являются патогенные штаммы золотистого и белого стафилококка, устойчивые к большинству антибиотиков. Следует, однако, подчеркнуть, что непатогенные стафилококки, обладая слабо выраженными патогенными свойствами, в определенных условиях могут стать причиной заболевания, особенно у новорожденных и детей грудного возраста.

Поэтому деление на патогенные и непатогенные стафилококки является условным. Кроме того, при снижении общей иммунобиологической резистентности организма, обусловленной наличием некоторых заболеваний, особенно острых вирусно-респираторных, непатогенный стафилококк может приобретать патогенные свойства и быть причиной развития сепсиса по аутоинфекционному механизму, особенно у новорожденных и недоношенных, а также у детей других возрастных групп.

Источником инфекции могут быть дети и взрослые с различными заболеваниями стафилококковой этиологии, а также здоровые носители патогенных штаммов стафилококков. В эпидемиологическом отношении опасными являются больные хроническим тонзиллитом, ринитом, фарингитом, аденоидитом, парадонтозом, пиодермией, фурункулезом, острой и хронической пневмонией, маститом, вульвовагинитом, энтеритом и другими заболеваниями стафилококковой природы.

Носительство патогенного стафилококка у здоровых лиц по данным ВОЗ составляет 30—50%. В инфицировании новорожденных и недоношенных детей существенное значение имеет носительство патогенного стафилококка у рожениц, родильниц и обслуживающего персонала. Среди врачей, работающих в родильных домах, носительство патогенного стафилококка в полости носа достигает 62,5%, в зеве — 50%, у медицинских сестер соответственно 57,1% и 50%.

Эпидемиологически опасными являются особенно те носители, у которых постоянно и длительно обнаруживается один и тот же тип патогенного стафилококка. В настоящее время стафилококковая инфекция в родильных учреждениях является основной причиной не только спорадических заболеваний, но и эпидемических вспышек. Патогенный стафилококк самостоятельно не распространяется ко внешней среде. Обсеменение наступает из источников инфекции.

ВИЧ – НЕФРОПАТИЯ КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш.,

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. ВИЧ- нефропатия – главная причина хронической болезни почек (ХБП) у ВИЧ-инфицированных больных, определяющей почечную и общую выживаемость. ВИЧ-инфицированные в большей степени, чем общая популяция, подвержены развитию гломерулонефрита, ассоциированного с вирусами гепатитов В и С (криоглобулинемического), а при развитии злокачественных опухолей - мембранозной нефропатии и АА-инфицированных больных - амилоидоза. В настоящее время ВИЧ-ассоциированная нефропатия занимает одно из ведущих мест среди причин терминальной почечной недостаточности.

Цель работы: выявление особенностей симптомов у детей с ВИЧ-нефропатией лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 5 ВИЧ инфицированных ребенка с поражением почек. Особенности клинической картины ВИЧ-ассоциированной нефропатии являлась высокая протеинурия и быстрое прогрессирование почечной недостаточности. АД оставалось нормальным. При назначении лекарств, подавляющих активность ВИЧ, функции почек улучшалась. При отсутствии лечения (родители 1 ребенка отказались от специфического лечения) ВИЧ-ассоциированная нефропатия протекала с клиникой прогрессирующей почечной недостаточности. 4 остальным детям лечение ВИЧ-ассоциированной нефропатии проводили под контролем специалиста центра по вопросам борьбы со СПИДом в форме комбинированной противовирусной терапии, с обязательным условием назначения лечения до развития выраженной почечной недостаточности. Также в комплексе с базисными препаратами предпочтение отдавалось ингибиторам АПФ (каптоприл, эналаприл, фозиноприл, периндоприл), противовирусным препаратам – виферону и т.д. Очевидно, что больным даже с нефротическим синдромом не назначались глюкокортикоиды и цитостатики. При терминальной почечной недостаточности применяли методы заместительной почечной терапии (гемодиализ).

Вывод. Необходим постоянный контроль за функциональным состоянием почек у детей с ВИЧ-нефропатией с целью раннего выявления отклонений и своевременной коррекции нарушений.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ СТЕНКИ СЕРДЦА КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Мирзамухамедов О.Х.

Ташкентская медицинская академия

Состояние межорганной взаимосвязей внутриэндокринной системы является определяющим в патогенезе многих заболеваний. Данные анализа научно-медицинской литературы свидетельствуют, что у детей, рожденных от матерей с нарушениями щитовидной железы приводит к неблагоприятному последствию у детей. Даже субклинический гипотиреоз является фактором риска потери плода и аномалий его развития. Особенно это касается гипотиреодного состояния в период беременности и лактации. Все это в целом обусловило актуальность и своевременность проведения дальнейшей разработки данной проблемы, имеющей несомненную теоретическую и практическую ценность.

Цель исследование: выявление структурных изменений и морфологические особенности стенки различных участков сердца крысят, рожденных от матерей с гипотиреозом. Методом исследования было окраска срезов миокарда гемотоксилин-эозином и Ван-Гизоном. Была создана экспериментальная модель гипотиреоза, использованием

мерказолила, подавляющий гормон продуцирующую функцию щитовидной железы. Морфологические исследование сердца проводились в постнатальном онтогенезе (лактационным периоде) в 7, 14, 21, и 30 сутки.

При морфологическом исследовании сердца 7 дневных крысят наблюдаются незначительные изменения в виде расширения видимых сосудов. В 14 дневных крысят отмечаются дистрофические изменения кардиомиоцитов в виде неравномерного их окрашивания, местами гиперцеллюлярность ткани в виде пролиферации кардиомиоцитов и лимфоцитов как компенсаторная реакция на местное склерозированные стенки сосудов и расширение сосудов. В 21- дневных крысят обращает на себя внимание усиление диффузной мононуклеарной инфильтрации стромы миокарда, особенно в тех участках, где мышечные сегменты преимущественно эозинофильны. Артериолы и венулы расширенные, средний слой артерий утолщен. В некоторых случаях сосуды резко полнокровны. На 30-е сутки отмечалась гипертрофия миокарда, дилатация полости левого желудочка. Миокард имел плотную консистенцию и был красновато-коричневого цвета. На разрезе заметно увеличение сосочковых и трабекулярных мышц, в основном в левом желудочке. Обращает на себя внимание наличие неупорядоченной гипертрофии, характеризующейся разнонаправленным расположением миофибрилл и необычными связями между соседними клетками миокарда.

Таким образом, у крысят, рожденных от матерей в состоянии гипотиреоза отмечается дистрофические изменение в стенке сердца. Эти изменение наиболее выражены у крысят 14 дневного возраста.

ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ГЕЛЬМИНТОЗАМИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мухитдинов Ш.Т.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

На современном этапе паразитарные заболевания признаны общегосударственной проблемой. Это связано с их широкой распространенностью и негативным воздействием на здоровье населения, особенно это касается детского населения, поскольку среди больных они составляют более 80%.

Целью нашего исследования явилось установление поражённости гельминтозами детей до 14 лет, разработка эффективных методов массовой дегельминтизации групп риска и современной тактики организации борьбы и профилактики гельминтозов у детей в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 13777 детей на гельминтоносительство в четырех районах Бухарской области. Всего поражённость гельминтозами было отмечено 45,3%. Нозологическая структура выявленных гельминтозов определилась следующим образом,

энтеробиоз – 82,5%, гименолепидоз – 15,7%, аскаридоз – 1,1% и тениаринхоз – 0,4%. Среди больных детей гельминтозами мальчиков было 52,9%, и девочек 47,1%. В возрастном аспекте дети с гельминтозами распределились следующим образом, от 0 до 1 года – 0,6%, от 1 до 4 лет – 13,9%, от 4 до 6 лет 47,1%, от 6 до 10 лет – 30,2%, от 10 до 15 лет – 8,2%. По месту жительства детей было отмечено 16,5% больных гельминтозами среди городских жителей и 50,0% среди детей села. Среди инвазированных детей, посещающие детские дошкольные и школьные учреждения (организованные) составили 76,8% и неорганизованные составили 23,2%.

Результаты. На основании полученных результатов были определены дети группы риска для массовой дегельминтизации. Это были в основном организованные дети, в возрасте от 4 до 10 лет. Для проведения массовой дегельминтизации контингент детей был разделен на 2 группы, примерно по 300 детей. Первая группа, где массовая дегельминтизация проводилась путем однократного применения внутрь препарата местного производства альбендазол, во второй группе альбендазол применялся двукратно с интервалом 14 дней. Через месяц проводили исследование всех детей на гельминтоносительство. В первой группе эффективность дегельминтизации отмечался 47%, во второй группе эффективность массовой дегельминтизации зарегистрирован 94,8%.

Выводы. Таким образом, можно сделать выводы о том, что в Бухарской области Республики Узбекистан среди детей до 14 лет пораженность гельминтозами составляет 45,3%, в структуре гельминтозов первое место занимает энтеробиоз (82,5%) и второе гименолепидоз (15,7%). Половое различие между пораженными детьми незначительное, гельминтозами в основном болеют организованные дети в возрасте от 4 до 10 лет. Одним из эффективных методов борьбы с гельминтозами является массовая дегельминтизация детей группы риска, путем двукратного введения внутрь препарата альбендазол с интервалом 14 дней, согласно инструкции.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ

Наврузова Ш.И., Мухамедова Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что иммунная система играет ведущую роль в патогенезе, клиническом течении и исходе гипоксических и инфекционных заболеваний новорожденных детей. Важным информативным показателем состояния иммунной системы ребенка в периоде адаптации служит уровень продукции цитокинов — полипептидных медиаторов, обеспечивающих взаимосвязь различных систем организма [1].

Цель исследования: определение уровня про и противовоспалительных медиаторов в динамике раннего периода адаптации у новорожденных

Характеристика детей и методы исследования: Проведено клинико-лабораторное обследование 40 новорожденных, которых в зависимости от состояния распределили на 3 группы: 1-я группа новорожденных состояла из 11 детей с внутриутробными инфекциями. 2-я группа- 14 новорожденных с перинатальным поражением ЦНС и 3-я группа - 15 новорожденных перенесших умеренную асфиксию без инфекций и перинатальных поражений ЦНС. Все дети родились доношенными в сроке гестации 38-40 недель. Всего было 2 случая рождения двоен. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных с физиологическим течением раннего периода адаптации. Критериями исключения явились врожденные пороки развития, недоношенность, травматические поражения ЦНС.

Определение уровня про- и противовоспалительных цитокинов в периферической крови (на 3- и 8-е сутки жизни) проводили методом «сэндвич»- вариант твердофазного иммуноферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента. Использованы тест системы, разработанные в ГосНИИ ОЧБ (С.-Петербург) и производимые фирмой «Цитокин».

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли методами вариационной статистики с применением пакета прикладных программ StatisticaforWindows. Цифровые данные обработали на персональном компьютере IBMPC с использованием памяти прикладных программ MicrosoftExell-97. Сведения считали достоверными при условии, когда $t \geq 2$, а $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение: характерным признаком для новорожденных 1-группы явилось достоверное повышение уровня IL-6 в 2,2 раза, IL-8 в 2,6 раза и TNF- α в 1,62 раза по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$) на 3-е сутки жизни. Результаты 2-й группы детей показали достоверное снижение уровня IL-6 в 1,3 раза, повышение уровня IFN- γ в 1,5 раза. А концентрация IL-8 и TNF- α не отличались от показателей группы контроля на 3-е сутки жизни. На 8-е сутки жизни у новорожденных этой группы с неблагоприятным исходом наблюдалось нарастание уровня IL-6 в 1,3 раза и IFN- γ в 4,2 раза по сравнению группы контроля, и соответственно в 2,0 и 2,7 раза больше чем на 3-е сутки жизни. Клинически у новорожденных данной группы на 8-е сутки развивалась желтуха и лихорадка. А у новорожденных данной группы с благоприятным течением на 8-е сутки наблюдалось повышение концентрации IL-6 в 1,36 раза на фоне снижения IFN- γ в 1,6 раза, что свидетельствует о становлении активной нейро-гуморальной регуляции в организме.

У новорожденных 3-й группы на 3-е сутки наблюдалось снижение TNF- α и IL-8 в 2 раза по сравнению группы контроля, а концентрации IFN- γ и IL-6 были на уровне контрольных значений. А у новорожденных- двоен этой группы на 3-е сутки повышение уровня TNF- α в 2,8-3,5 раза, IFN- γ в

1,7-1,8 раза, IL-6 в 1,8-2,3 раза и IL-8 в 2,3-2,5 раза по сравнению группы контроля. Уже на 8-е сутки жизни выявлено нормализация изученных параметров крови до контрольных значений.

Заключение: для новорожденных с внутриутробными инфекциями характерно высокое содержание уровня IL-6, IL-8 TNF- α в крови. Нормализация уровня TNF- α и IL-8 на фоне повышенного содержания IL-6 на 8-е сутки жизни свидетельствует о благоприятном прогнозе перинатальной патологии инфекционного генеза.

Для новорожденных с перинатальной патологией неинфекционного генеза прогностическими маркерами являются IFN- γ и IL-6. Одновременное повышение их концентрации свидетельствует о неблагоприятном исходе. Благоприятным прогностическим критерием для новорожденных с перинатальным поражением ЦНС является достоверное снижение IFN- γ на фоне повышенной концентрации IL-6 на 8-е сутки жизни, что свидетельствует об активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и начала формирования адаптивного иммунитета.

Для новорожденных- двоен в ответ на вакцинацию характерно повышение уровня TNF- α в 2,8-3,5 раза, IFN- γ в 1,7-1,8 раза, IL-6 в 1,8-2,3 раза и IL-8 в 2,3-2,5 раза по сравнению группы контроля на 3-е сутки жизни и нормализация изученных параметров крови до контрольных значений на 8-е сутки жизни.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Наврузова Ш.И., Ачилова Д.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность: В последние годы пристальное внимание исследователей привлекает бронхообструктивный синдром (БОС) у детей. Это обусловлено тем, что данная патология широко распространена и возрастает риск трансформации бронхообструктивного синдрома в бронхиальную астму[1].

Целью данной работы были анализ структуры полиморбидности, оцененной с помощью индекса коморбидности Чарлсон (ИКЧ), и оценка влияния коморбидного статуса на прогноз перехода обструктивного бронхита (ОБ) в бронхиальную астму (БА).

Материалы и методы исследования. Выполнено исследование с ретроспективным анализом историй болезни пациентов (n=3142; 1886 мальчиков, 1256 девочек) Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра. Выбор историй болезни для анализа носил случайный характер. Производили сбор и анализ информации по основным анамнестическим данным и лабораторным показателям. Расчет ИКЧ выполняли на основании анамнестических данных всех пациентов, принимавших участие в исследовании. Согласно

существующим рекомендациям, пациентов распределили на две группы коморбидности по ИКЧ: низкая (2–5 баллов) и высокая (более 5 баллов). Анализ показателей относительного риска (R) трансформации выполняли на основании разработанной нами программы интегральной оценки факторов риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста с обструктивным бронхитом [2].

Для анализа и оценки полученных данных применяли стандартные методы описательной статистики с применением пакета прикладных программ Statistica for Windows. Цифровые данные обработали на персональном компьютере IBM PC с использованием памяти прикладных программ Microsoft Excel-97. Сведения считали достоверными при условии, когда $t \geq 2$, а $P < 0,05$.

Обсуждение: возраст больных составил от 0 до 2-х лет, при этом до 6 мес - 439 (13,9 %), с 7-х до 12- мес. - 2397 (76,3%) и в возрасте от 1 года до 2-лет - 306 (9,8%). В течение 12 мес наблюдения трансформация ОБ в БА зарегистрирована у 222 пациентов (7,1%).

Среднее значение ИКЧ в выборке находилось на уровне высокой коморбидности (более 5 баллов) и составляло $7,2 \pm 1,3$ балла (от 2 до 11 баллов). Лишь 11,2% пациентов ($n=352$) имели минимальный ИКЧ, равный 2 баллам. В то же время, для большинства пациентов ($n=2075$; 66,1%) был характерен высокий ИКЧ (≥ 5 баллов). Низкий уровень коморбидности (ИКЧ ≤ 5 баллов) наблюдался у 33,9% пациентов ($n=1067$).

В структуре патологических состояний, помимо ОБ, которая имела у всех пациентов в исследовании, преобладали перинатальное поражение ЦНС (ППНС), врожденные пороки сердца (ВПС), а также TORCH (ЦМВ-инфекции). В большинстве случаев - 1775 (56,5%) имело место экссудативно-катаральный диатез и/или атопический дерматит, у 644 больных (20,5%) - гипоксическо-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) с гипертензионным синдромом. В 6,0% ($n=190$) случаях - ВПС, чаще всего - дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП). Частые респираторные заболевания как коморбидность встречается в 55% случаев ($n=1728$). Аллергия регистрируется у 1131 пациентов (35,9%). Наблюдалось статистически достоверное увеличение риска трансформации при наличии у больных аллергии ($R=12,7$; $p < 0,05$), TORCH-инфекции ($R=13,5$; $p < 0,05$), наличие антигенов HLA - B40 в крови ($R=17,5$; $p < 0,05$), и влиянии социально бытовых условий ($R=11,8$; $p < 0,05$). Следует подчеркнуть, при этом нормирующая интегрирующая величина повышается при наличии хороших социально бытовых условий ($N=837,8$). Основные клинко-лабораторные характеристики пациентов в группах низкой (2–5 баллов) и высокой (более 5 баллов) коморбидности по ИКЧ достоверно различались по таким показателям, как эпизоды БОС у ребенка, ЦМВ+ хламидиозной инфицированности, наличие аллергических заболеваний в семье, особенно у отца, наличие антигенов HLA - B40 в крови у больного.

Заключение:Полиморбидность при ОБ, оцененная с помощью ИКЧ, характеризуется широким спектром патологических состояний, оказывающих содружественное влияние на прогноз перехода ОБ в БА. У детей с высоким коморбидным статусом (ИКЧ > 5 баллов) прогностически неблагоприятное влияние полиморбидности усугубляется по мере увеличения частоты и продолжительности воздействия аллергенов, респираторных инфекций и социально бытовых факторов

СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Наврузова Ш.И., Ганиева Ш.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

По данным последних мета-анализов, синдромом раздраженного кишечника (СРК) страдают 11,2% популяции мира. Женщины страдают СРК в 1,5–3,0 раза чаще, чем мужчины [1]. До 50 % пациентов с СРК – это лица младше 35 лет [2]. Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Коморбидность повышается с 10 % в возрасте до 19 лет до 80 % у лиц 80 лет и старше.

Целью исследования является изучение состояния иммунитета у женщин при синдроме раздраженного кишечника в условиях коморбидности.

Материалы и методы: обследованы 110 больных женщин в возрасте от 18-до 45 лет. Всем больным были проведены обще-клинические, биохимические, иммунологические, функциональные (ЭКГ, УЗИ, рентгенография) и ИФА методы исследования. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин соответствующего возраста. Диагноз верифицирован согласно МКБ-10. Во всех случаях была установлена коморбидность. Среди всех обследованных больных с СРК в 10,9% случаев выявлено его сочетание с хроническим холециститом (ХХ), у 9 (8,2%) больных женщин с СРК установлено наличие хронического гепатита (ХГ). Хронический гастродуоденит (ХГД) и язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки (ЯБ) установлены в 22,7% случаев обследования. В 58% случаев наряду с СРК у больных женщин установлено наличие хронического тонзиллита, гайморита, аднексита, пиелонефрита в сочетании с паразитарной инвазией (энтеробиоз, лямблиоз). У 28% больных женщин с СРК и ХГ установлена пищевая аллергия. Наличие микробной и паразитарной сенсibilизации установлено в 36% случаев обследования.

Обсуждение: содержания Т-лимфоцитов в циркулирующей крови во всех группах обследованных с СРК выявило достоверное их снижение. Наиболее глубокий дефицит наблюдается в группе больных с СРК в сочетании с ХГД и ЯБ $34,2 \pm 1,3\%$ ($P < 0,01$). Изучение уровня CD4+ лимфоцитов показали их снижение во всех группах, но более глубокий

дефицит относительного значения наблюдался при СРК с ХГ – $23,0 \pm 1,0\%$ и СРК с ХХ- $23,7 \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$). Уровень Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов достоверно снижена во всех группах наблюдения ($P < 0,05$). При СРК с ХГ относительное число CD8+-лимфоцитов было больше- $23,0 \pm 0,8\%$, чем в контроле. CD20+ и CD23+ лимфоциты при СРК достоверно повышается по сравнению с контрольной группой при коморбидности ХГ и ХХ ($P < 0,01$).

Установлено, что при СРК наблюдается достоверное увеличение экспрессии активационных маркеров, как ранней активации - CD25+-клеток, так и поздней активации HLA-DR+. Причем, при СРК уровень лимфоцитов с рецептором к IL-2 повышен в 1,4 раза ($23 \pm 1,3\%$) ($P < 0,05$), при СРК с ХГ – в 1,3 раза ($21,1 \pm 1,7\%$) ($P < 0,05$).

Уровень лимфоцитов с рецептором к апоптозу при СРК с ХГ повышается в 1,75 раза ($P < 0,01$), а абсолютное число в 1,26 раза ($P < 0,001$). Относительное число CD95+-лимфоцитов при СРК с ХГД и ЯБ повышено в 1,37 раза ($P < 0,05$), а абсолютное число в 1,18 раза ($P < 0,001$). HLA-DR на Т-лимфоцитах также был максимально повышен во всех группах СРК ($P < 0,05$).

Концентрации иммуноглобулинов G, A и M и E показали, что при СРК с ХГ происходит снижение синтеза IgM ($P < 0,05$), повышение Ig A и Ig E ($P < 0,05$).

При этом уровень – IgE был достоверно повышенным: в 8,18 раза– ($P < 0,001$); в 1,59 раз в группе СРК с ХГД и ЯБ ($P < 0,001$).

Процентное содержание фагоцитоза в группе СРК с ХХ и СРК с ХГД + ЯБ было достоверно ниже значений контрольной группы и составило в среднем соответственно $38,4 \pm 1,8\%$ и что $42,7 \pm 1,3\%$ ($P < 0,001$).

Течение СРК регулируется в значительной степени соотношением Th-зависимых цитокинов, в частности IFN γ и IL-4. Дефицит IFN γ у больных, страдающих СРК, ассоциируется риском развития аллергии. В наших исследованиях наблюдался достоверное снижение уровня IFN γ на фоне тенденции к повышению IL-4 во всех группах больных СРК.

Следовательно, при СРК в условиях коморбидности наблюдается иммунологический дисбаланс. Гематологические параметры иммунограммы больных женщин с СРК показали тенденции к лимфоцитопении, снижению интерферообразования и фагоцитоза (снижение числа CD3+, CD4+ -лимфоцитов, абсолютных значений CD8+-лимфоцитов), на фоне повышения В-лимфоцитов, клеток пролиферации, ЦИК и IL-4. Для СРК в условиях коморбидности характерна активация специфических факторов защиты на фоне хронической мультисенсибилизации. При СРК с ХГ на фоне пищевой сенсибилизации наблюдается достоверное повышение концентрации Ig A и E ($P < 0,05$). Для СРК с ХГД и ЯБ на фоне микробной сенсибилизации характерно достоверное повышение концентраций иммуноглобулинов класса G ($P < 0,05$), а уровень IgE- имеет тенденцию к повышению. При СРК с ХХ на

фоне микробной и паразитарной сенсибилизации наблюдается достоверное повышение концентрации иммуноглобулинов А, М и G, чем в контроле ($P < 0,05$).

Таким образом, коморбидность в гастроэнтерологии не является случайной. При СРК она может протекать на фоне пищевой, микробной и паразитарной сенсибилизации. Наличие коморбидного состояния в большинстве случаев приводит к утяжелению течения СРК и, безусловно, требует не только своевременной диагностики сочетанных патологий, но и адекватной патогенетической терапии.

КОРРЕЛЯЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ИММУНИТЕТА И ГОРМОНОВ КРОВИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

**Наврузова Ш.И., Саъдуллоева И.К., Хикматова Ш.У,
Сулейманова Г.С.**

Бухарский государственный медицинский институт

В последние годы число оперированных больных на открытом сердце постоянно увеличивается. Совершенно закономерно увеличивается и группа больных, которые нуждаются в повторных операциях: согласно данным разных авторов, их количество составляет 10-40% от количества первичных операций [1].

Цель исследования: изучение корреляционную взаимосвязь между иммунологическими и эндокринными показателями при врожденных пороках сердца (ВПС) у детей.

Характеристика детей и методы исследования: Выполнено клинико-лабораторное исследование 116 детей с ВПС. Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Критериями исключения явились иммунологические и эндокринные заболевания, ВПС с хромосомными заболеваниями.

Для определения основных популяций лимфоцитов человека использовались моноклональные антитела серии LT, разработанные в Институте иммунологии Минздрава РФ, НПЦ «Сорбент» (Москва) методом непрямого розеткообразования. Содержание иммуноглобулинов определяли методом радиальной иммунодиффузии по Mancini с применением моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов G, А и М производства Московского института микробиологии и эпидемиологии им. Н.Ф.Гамалеи. Фагоцитарную активность лейкоцитов определяли по методу Кудрявцевой. В работе использовали меламинаформальдегидный латекс диаметром 1,5 микрона (НИИ Биологического Приборостроения, Москва). Для определения цитокинов использованы тест системы, разработанные в Гос НИИ ОЧБ (С.-Петербург) и производимые фирмой «Цитокин». В наборе ИФА использован «сэндвич»- вариант твердофазного иммуноферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного

фермента. Исследования крови на тиреоидный (Т3, Т4, ТТГ) и кортикоидный статус (кортизол) проводились методом иммуноферментного анализа на приборе STATFAX 303 (США, 2010 г) с использованием стандартного набора реагентов АО ВЕКТОР-БЕСТ (Международные сертификаты ISO 9001 и ISO 13485, Россия). Анализы крови были взяты рано утром натощак и до утреннего умывания.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли методами вариационной статистики с применением пакета прикладных программ StatisticaforWindows. Цифровые данные обработали на персональном компьютере IBMPC с использованием памяти прикладных программ MicrosoftExell-97. Сведения считали достоверными при условии, когда $t \geq 2$, а $P < 0,05$. Корреляционный анализ проведен по методу Пирсона (Pearson). При организации и проведении научных исследований использованы принципы доказательной медицины.

Результаты и обсуждение: установлена прямая средняя взаимосвязь Т-лимфоцитов со свободным Т3 ($r=0,512$) и кортизолом ($r=0,663$), обратная взаимосвязь между Т-лимфоцитами и свободным Т4 ($r=-0,288$).

Анализ показал наличие прямой средней взаимосвязи Т-хелперов с общим Т3 ($r=0,590$), свободным Т4 ($r=0,524$) и обратную зависимость со свободным Т3 ($r=-0,472$).

Установлена прямая взаимосвязь между Т-супрессорами и концентрациями общего Т3 ($r=0,282$) и общего Т4 ($r=0,396$) в крови больных с ВПС. Средняя обратная взаимосвязь отмечается между Т-супрессорами со св.Т3 ($r=-0,681$) и кортизолом ($r=-0,504$). Отмечено достоверно высокое содержание Т-киллеров у детей с ВПС, что обратно коррелировало со сниженным уровнем св.Т4 ($r=-0,430$) и Т3 ($r=-0,338$). Высокое содержание СД20 клеток у детей с ВПС, как результат повторных инфекций, непосредственно было связано с показателями общ.Т3 ($r=0,348$), и кортизолом ($r=0,309$), и обратно взаимосвязано с содержанием общего Т4 ($r=-0,376$). Индекс регуляции иммунитета (ИРИ) у детей с ВПС прямо коррелировали с концентрациями общего Т3 ($r=0,456$), свободного Т4 ($r=0,449$) и кортизола ($r=0,533$), что подтверждает достоверность полученных результатов по взаимосвязи Т-хелперов с гормонами щитовидной железы и надпочечников. Установлено повышение как гуморального, так и клеточного иммунитета при ВПС у детей. Это подтверждается наличием связи IgM с уровнем свободного Т4 ($r=0,441$) при этом. Анализ матрицы корреляционных связей иммунологических показателей позволил установить, что цитокиновый статус детей с ВПС имеет корреляционные взаимосвязи с гормонами ЩЖ и кортизолом. Среди изученных цитокинов только ФНО α прямо коррелируется с уровнями св.Т3 ($r=0,779$) и кортизола ($r=0,444$), и обратно коррелируется с уровнем общего Т3 ($r=-0,366$).

Заключение: Цитокиновый статус у детей при ВПС характеризуется усилением процессов апоптоза кардиомиоцитов за счет усиления обмена

кислорода с образованием свободного радикала кислорода и оксида азота и уменьшения воспалительного процесса на фоне гипотиреоза.

ХЛАМИДАЙНАЯ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Назарова М.Б

Ташкентская Медицинская академия Ургенчский филиал

Латентные и персистирующие формы инфекции остаются малоизученными. Чаще всего у детей они развиваются при инфицировании внутриклеточными возбудителями (хламидиями).

Под нашим наблюдением находилось 110 больных с острой пневмонией в возрасте от 6 мес - до 3^х лет. Все больные дети были разделены на 2 группы: 1-я группа сравнения – 45 детей с острой пневмонией без ассоциации хламидийной инфекции, 2-я группа - 65 детей с острой пневмонией, ассоциированной с хламидийной инфекцией. Диагноз ставился на основании клинико-anamnestической, рентгенологической картины и по обнаружению специфических антител к IgG и IgM методом твердо-фазового иммуноферментного анализа. При необходимости обследование детей дополнялось инструментальными, функциональными и микробиологическими методами. Контрольную группу составили 25 практических здоровых детей того же возраста.

Обращало на себя внимание значительное отклонение в клинических анализах крови: анемизация (45,8%), лейкопения с лимфоцитозом (38,3%), нейтропения (13%), ускорение СОЭ (18,9%), что в совокупности свидетельствовало о наличии воспалительного процесса в организме и выраженном снижении иммунореактивности детей.

У всех детей при поступлении в стационар отмечался частый сухой кашель (100%), одышка (94%), цианоз носогубного треугольника (45%), укорочение перкуторного звука (100%), ослабленное дыхание (100%), сухие и влажные хрипы (56%). В среднетяжелой форме заболевание протекало у 86,25% с хламидийной инфекцией, тяжелая форма наблюдалась у 13,75%. Нормализация температуры к концу первой недели наблюдалась у 85% больных детей. Субфебрильная температура держалась у 8,75% детей. Необходимо отметить, что у 6,25% детей, у которых был диагностировано тяжелое двустороннее поражение легких, повышенная температура держалась 8-10 дней болезни. Жалобы на потливость у детей с хламидийной пневмонией мамы отмечали в 92,5% случаев. У 60% детей наблюдалось увеличение шейных, подчелюстных лимфоузлов.

Своевременная адекватная диагностическая и терапевтическая тактика в отношении вирусных инфекций способствует предотвращению необратимых нарушений в организме и инвалидизации детей. При проведении диагностического мониторинга, рекомендуется варианты интерпретации результатов серологического исследования с использованием иммуноферментной диагностики.

СЕПСИС БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Назарова М.Б

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Биз томонимиздан эрта ёшдаги болалар бўлимида сепсиснинг септикопиемик шакли билан оғриган бир ёшгача бўлган 40 нафар болаларнинг овқатланиш характери ўрганилди. Болаларнинг 60%да сепсиснинг кечиши чўзилувчан, уларнинг ёши 6 ойликдан 12 ойликгача бўлиб, уларнинг 70% сунъий овқатлантириш турида бўлишган. 40% болаларда сепсиснинг ўткир кечиши кузатилди ва уларнинг 80% кукрак сути билан овқатлантириш турида бўлишган. Хар иккала гуруҳдаги 90% бемор болалар вилоятлардан келишган ва даволаниш учун шифохонага ётқизилган.

Бизнинг кузатувимиз 58% болаларда стандарт оғишлар бўйича овқатланишининг ўртача ва оғир бузилиши ҳақида ахборот берди. Сепсиснинг ўткир даврида овқатланишнинг оғир бузилиши кузатилди. Сунъий овқатлантиришда бўлган болаларда эса озикланишнинг бузилиши сабабларини умумлаштирган ҳолда шу хулосага келиш мумкинки, бунинг асосида мослаштирилмаган аралашмалар қўлланилиши, қўшимча овқатлантиришнинг кеч киритилиши ва нотўғри тайёрланиши, уй шароитида манний крупасидан тайёрланган 5 % бўтқаларнинг қўлланилиши ва умумий оилага тайёрланган таомларнинг барвақт бошланиши ётади.

Сепсиснинг турли хил шакллариини ўтказган эрта ёшдаги болаларни соғломлаштириш пайтида, бемор болаларни ратционал овқатлантиришининг ҳамма тамойилларини, овқат турларини ва бўй – ёш вазн кўрсаткичларини инобатга олиш лозим.

Демак, болалар учун кукрак сугига тенг келадиган бошқа озуқа йўқ. Лекин эрта ёшдаги болалардаги сепсис касаллигини комплекс даволаш воситалари билан бирга, бола организмини энергетик харажатларини қоплаш, тўқималарни яратиш, янгилаш ва функцияларини бошқариш учун зарур овқат моддалар – оқсиллар, ёғлар, углеводлар ва минерал тузларга бой бўлган шифобахш махсулотларни етишмаслиги моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келади ва организмнинг ривожланишига халал беради.

ЭКССУДАТИВНЫЙ И АДГЕЗИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Нарзуллаев Н. У, Раджабов Р.Р, Умарова М.Н, Умаров У.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

В настоящее время для диагностика заболеваний слухового анализатора предложено много аудиометрических тестов, среди которых всё большее значение приобретают объективные методы исследования, в частности акустическая импедансометрия. Это связано с тем, что наблюдается рост различных форм хронического воспаления слизистой оболочки среднего уха.

В данной работе мы хотели подробнее рассмотреть также часто встречающиеся заболевания экссудативный средний отит (ЭСО) и адгезивный средний отит (АСО). Как известно, ЭСО имеет латентное течение, которое обычно не диагностируется у больных старшего возраста и особенно у ВИЧ-инфицированных детей. Трудности диагностики ЭСО связаны с тем, что граница между воздухом и жидкостью в барабанной полости с трудом определяется в тех случаях, когда экссудат не заполняет весь объем полости.

В свою очередь одним из исходов ЭСО является формирование АСО, что в конечном итоге приводит к развитию стойкой тугоухости.

Целью нашего исследования было изучение частоты встречаемости ЭСО и АСО у ВИЧ-инфицированных детей с патологией кортиевого органа.

Нами было обследовано 35 ВИЧ-инфицированных больных детей в возрасте от 1 до 14 лет, из них 19 мальчик и 16 девочки.

Всем больным проводились исследования полости носа носоглотки, отоскопия, отомикроскопия (10 кратное увеличение), тимпанометрия и регистрация акустических рефлексов. Тимпанометрию и регистрацию акустических рефлексов производили на импедансометре Interacoustics AT 235.

Обязательным условием для проведения обследования детей было:

- целостность барабанной перепонки;
- сон (естественный или медикаментозный) или состояние спокойного бодрствования ребёнка;
- отсутствие содержимого в наружном слуховом проходе.

Основными признаками ЭСО и АСО были:

При отомикроскопии визуально обнаружены признаки наличия экссудата в барабанной полости (уровень жидкости, пузырьки воздуха), отсутствие контуров барабанной перепонки, нарушение её прозрачности.

Наличие сопутствующей патологии в полости носа и носоглотке (аденоидные вегетации, риносинусты, аллергические риниты и т.д.).

О наличии экссудата свидетельствовали тимпанограмма типа «В» и «С», а у больных с АСО тип «А» с маленьким градиентом.

Отсутствие акустических рефлексов за счёт наличия экссудата или рубцов в барабанной полости, что препятствует сокращению стременной мышцы.

Из 35 больных у 12 (44,1%) выявлен кохлеарный неврит, у 9 (22, 6%) кохлеарный неврит сочетался с АСО (из ни у 6-ти больных АСО с одной стороны: 4 справа и 2 слева), у 12(32,1%) больных кохлеарный неврит сочетался с ЭСО (из них у 9-ти больных ЭСО с одной стороны: 2 справа и 7 слева), у 1(1,2%) больного кохлеарный неврит сочетался справа с ЭСО слева с АСО.

Таким образом, выявлено сочетанное поражение кортиевого органа с заболеваниями среднего уха у 19 больных из 35, что составляет 55,9%.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

Всем ВИЧ-инфицированным детям со снижением слуха необходимо проводить отомикроскопию, обследование полости носа и носоглотки.

Тимпанометрия и регистрация акустических рефлексов является важным объективным методом диагностики патологии среднего уха.

Раннее выявление и лечение ЭСО улучшает эффективность в реабилитации ВИЧ-инфицированных детей с патологией кортиевого органа

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ТОНЗИЛЛИТАМИ

Насирова Г.Р

**Ташкентский педиатрический
медицинский институт**

Цель исследования: Изучение эффективности применения препарата «Виферон» при коррекции иммунного статуса организма у детей с хроническими тонзиллитами.

Материалы и методы: Наша работа основана на анализе клинико-инструментальных данных 50 детей, возраста от 8 – 14 лет с хроническими тонзиллитами. Данные пациенты изначально получали комплексное лечение в отделении отоларингологии клинике ТашПМИ, с последующим наблюдением в консультативно – диагностической поликлинике ТашПМИ. С целью исследования иммунной системы проводили определение уровня Т и В – лимфоцитов и иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в крови.

Результаты исследования: Виферон – 2 назначали пациентам в комплексе консервативного лечения, как в период обострения, так и больным в периоде ремиссии, по 1 ректальной суппозитории в возрастной дозировке 1 раз в день ежедневно в течении 10 дней, последующем 1 раз через день в течении 3-х недель. Всего 28 (56%) больным (исследуемая группа) в лечении был применён данный препарат. Остальные 22 (44%) больных составили контрольную группу. Лечение детей с хроническими тонзиллитами проводилось на основании общепринятых правил лечения данных состояний, то есть включало весь комплекс консервативной

терапии. При анализе субъективных признаков у больных в периоде обострения хронического тонзиллита до лечения и в процессе лечения, на себя обратил внимание тот факт, что при добавлении к комплексу традиционного лечения Виферона, наблюдается улучшения общего состояния по отношению к контрольной группе.

В результате применения Виферона – 2 наблюдается увеличение клеточного иммунитета, характеризующегося увеличением общего количество лимфоцитов в период обострения хронического тонзиллита в среднем на 79,2 %, против 50,9% наблюдаемых у детей с ремиссией хронического тонзиллита. Разница в 28,3% характеризует усиление активизации клеточного иммунитета из счёта способности препарата Виферон 1-2, который одновременно повышает неспецифический иммунитет, что проявляется в усилении фагоцитарной активности макрофагов и полинуклеарных лейкоцитов, а также повышение факторов неспецифической резистентности клеток. При этом также повышается уровень субпопуляции лимфоцитов в среднем на 1,5-2 раза. Как показали наши исследования, при применении Виферона, уровень IgM увеличился в среднем на 5 раз у больных при лечении периода обострения заболевания и 4 раза у больных в периоде ремиссии. Такие же, увеличения уровней иммуноглобулинов характерны и для IgG (33,3% и 12,5%) и IgA (59,9% и 36,6%).

Выводы. При применении Виферона, в комплексе с традиционным лечением, наблюдается увеличение всех звеньев иммунитета, в среднем на 15-20 %, по отношению к детям не получавшие данный препарат, что положительно отражается на лечении детей с хроническим тонзиллитом.

ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИ ВА УНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА TORCH ИНФЕКЦИЯСИНИНГ РОЛИ

Орзиева М.С.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Ҳомила ичи инфекцияси ҳозирги кунда ўсиб бораётган патология бўлиб, дунёда туғилаётган болаларнинг 10%и инфекция билан инфицирланиб туғилади. Ҳомила ичи инфекцияси перинатал ўлимнинг 25% ини , туғма нуқсонларнинг 80 % сабабчиси ва бир ёшгача бўлган болалар ўлимнинг 30 % ини ташкил этади.

Изланишдан мақсад: Ҳомила ичи инфекцияси ривожланишида TORCH инфекциясининг ролини аниқлаш. Бу борада аҳоли тиббий билимини баҳолаш ва касаллик профилактикасига эришиш.

Материал ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотлар БКТТМ нинг неонатология бўлимида 2016-2017 йилларда ҳомила ичи инфекцияси диагнози қўйилган ва даволаниб чиққан чақалоқлар касаллик тарихларини статистик саралаш билан олиб борилди. Жами 321 та касаллик тарихида энг оғир кечган ва қайд этилган оғир асоратлар сараланди ва булар орасида TORCH инфекцияси ташкил этган фоиз аниқланди. Кейинги тадқиқотлар

бўлажак оналар, ҳозирда ҳомиладор соғлом аёллар, БВПМ патология бўлимида даволанаётган инфекция билан инфицирланган ҳомиладор аёллар ва БКТТМ неонотология бўлимида фарзанди ҳомила ичи инфекцияси билан даволанаётган оналар билан сўровнома тарзида олиб борилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: ҳомила ичи инфекцияси билан 2015-йилда 148 та бемор (жами касалларнинг 13,07 %и), 2016-йилда 159 та бемор (жами касалларнинг 10,5%и), 2017 - йилда 162 та бемор (жами касалларнинг 9,6 %и) ётқизилган. Беморлар ичида касаллиги энг оғир асоратлар билан кечганларини асосий қисмини TORCH билан инфицирланган болалар ташкил этади.

Текширув натижасида ўрганилган касалликлар орасида TORCH инфекцияси 4,5 % ни ташкил этди. Оғир асоратлар билан кечган ҳомила ичи инфекциялари орасида TORCH инфекциялари 93,1 % ини ташкил этди. Сўровномалар орқали ҳомила ичи инфекцияси ва унинг ривожланишида TORCH нинг роли ҳақида тиббий билим фарзанди ҳомила ичи инфекцияси билан касалланган оналарда юқори ва етарли даражада эканлиги аниқланди. Тиббий билимнинг энг паст кўрсаткичини бўлажак оналар ташкил этди. 42,2% оналар ҳомила ичи инфекцияси ҳақида маълумотга эга эканлиги, лекин 47,8% аёллар TORCH инфекция ҳақида эшитмаганлиги, 51,1% аёллар бу инфекцияни аниқлаш учун текширувдан ўтмаганлиги, 78,9% аёллар бу текширувлардан ўтиш керак деб ҳисоблашган, 56,2% аёллар ҳомиладорлик даврида албатта даволаниш керак деб жавоб беришган.

Ўтказилган тадбирларининг қиёсий самарадорлиги қуйидагилар: Ҳомила ичи инфекцияси ривожланишида TORCH инфекцияси ўрнига баҳо берилди. Сўровномаларда қатнашган аёлларга ҳомила ичи инфекцияси ва унинг ривожланиши мавзусида тушунтиришлар ўтказилди. Келгусида оилавий поликлиника ва ҚОП ларда бўлажак оналар ва ҳомиладор аёлларга шу мавзуда маърузалар ташкил этиш режалаштирилди.

Хулоса: ҳомила ичи инфекцияси ҳозирги кунда ўсиб бораётган касаллик. TORCH инфекциясининг ошаётганлиги эса унинг она организмда деярли симптомларсиз кечиши ва шу туфайли касаллик онадан ҳомилага ўтиб патология чақиршига сабаб бўлади. Сўровномалар таҳлилига асосланиб бўлажак оналар тиббий билимини ошириш кераклиги ва уларни бирламчи кўрик пайтида чуқур текширувлардан ўтиши кераклигини кўрсатади. Бўлажак оналар тиббий билимини ошириш учун аёллар маслаҳат хоналарида уларга тушунтирув ишлари олиб борилишини янада чуқурлаштириш керак. ҚОП лар ва оилавий поликлиникаларда малакали шифокорлар ва тиббиёт институтлари талабалари билан маърузалар ўтказиш ва тушунтирув ишларини олиб бориш касаллик профилактикасини янада кучайтиради.

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Осминина М.К., Геппе Н.А., Шпитонкова О.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М.Сеченова (Сеченовский университет)

Склероатрофический лихен (СЛ) – хронический дерматоз, характеризующийся мелкоочаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. Локализацией является кожа шеи, груди, туловища, слизистые половых органов. Большинство авторов считают ЛС вариантом ограниченной склеродермии. Только 5-15% всех случаев СЛ приходится на детский возраст, с дебютом болезни в возрасте 2-5 лет.

Цель работы: Анализ клинической картины и лечения СЛ аногенитальной зоны у детей.

Материалы и методы. Нами проанализированы 8 случаев ЛС аногенитальной зоны у детей, среди них 7 девочек и 1 мальчик. Возраст пациентов на момент дебюта болезни колебался от 1 до 7 лет, при этом у всех девочек заболевание началось в возрасте до 5 лет, у мальчика – в 7 лет. Средняя длительность заболевания до постановки диагноза составила 2 года 3 месяца.

Полученные результаты. У 4 больных(50%), все девочки, СЛ вульвы сочетался с ограниченной бляшечной склеродермией, единичные очаги в стадии индурации на животе и бедрах. При этом во всех случаях диагноз СЛ вульвы был установлен позже ОС, из-за того, что врачами не была своевременно осмотрена зона промежности. Пациенты оказались торпидны к лечению с применением инъекций пенициллина, местных аппликаций топических стероидов, лазеротерапии в связи с чем поступили в наше ревматологическое отделение. По результатам обследования системного характера болезни, лабораторной активности процесса не выявлено. СЛ аногенитальной зоны у девочек проявлялся эритематозно-отечной формой в 2 случаях и атрофической в 5, у мальчика имело место поражение головки полового члена в виде сливной плотной, блестящей бляшки неправильной формы.

Мальчик с СЛ головки полового члена получал местно мазь такролимус 0,03% 2 раза в сутки, через 4 недели отмечено уменьшение активности лихена, через 8 недель патологические изменения полностью отсутствовали, далее пациент выпал из под наблюдения. 3 девочки с СЛ вульвы, (среди них 1 случай сочетания с ОС, 2 пациентки были родными сестрами), получали пероральную терапию преднизолоном 0,5 мг\кг\сутки - 6 недель, с последующей постепенной полной отменой и пеницилламин 8мг\кг\сутки - 24 месяца. Достигнута ликвидация СЛ, с последующей безлекарственной ремиссией на протяжении 3 лет наблюдения. 1 девочка с ЛС вульвы получала монотерапию метотрексатом (МТХ) в дозе 10 мг\м² - 24 месяца, с хорошим эффектом и последующей отменой препарата, 6 месяцев безлекарственной ремиссии. Еще у 3 девочек с СЛ вульвы и ОС

ликвидация активности процесса на коже и в аногенитальной зоне была достигнута применением перорально преднизолона в дозе 0,5 мг\кг\сутки - 6 недель, с последующей постепенной полной отменой и МТХ 10 мг\м² - 24 месяца, рецидивов заболевания нет 4 года.

Выводы. СЛ аногенитальной зоны представляет собой междисциплинарную проблему, часто сочетается с очаговой склеродермией туловища. Тщательный осмотр всей поверхности кожи и слизистых ребенка детским врачом любой специальности позволяет своевременно поставить диагноз. Современное лечение СЛ аногенитальной зоны является ступенчатым, должно начинаться с местного применения ТС, ИК, а при неэффективности системного назначения ГКС и МТХ.

ФИТОФЕРОН ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ МАРКАЗИЙ НЕРВ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИ

Раджапов А.Ж, Аллаева М.Ж., Мустанов Т.Б, Мухамадиев С.М

Ташкентская медицинская академия

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган маълумотиға қараганда анемия ва анемия ҳолати дунё бўйича энг кўп тарқалган касаллик ҳисобланади. Айниқса, хомиладор аёллар ва ўсмир ёшдаги болаларда темир танқис камқонлиги жуда кўп учрайди. Темир танқис камқонлигига чалинган кишилар дунё аҳолисининг 1,8 миллиардини ва анемия касаллигининг 90%ни ташкил этади. Ҳозирги кунда антианемик препаратларнинг аксарияти хориждан келтирилмоқда. Бундан ташқари улар синтетик дори воситалари ҳисобланади. Синтетик препаратларга қараганда табиий ўсимликлардан олинган дори воситалари нисбатан организмга кам даражада салбий таъсир этади. Шу сабабли Республикамизда айнан доривор ўсимликлар ва улардан ажратиб олинаётган препаратларга эҳтиёж кундан кунга ортиб бормоқда.

Тажриба мақсади: *Matricaria chamomilla* L., *Achillea millefolium* L., *Polygonum Hydropiper*, *Polygonum aviculare* L, *Radix Glycyrrhizae* шифобахш ўсимликлари асосида олинган антианемик дори воситаси Фитоферон дори воситасининг марказий нерв тизими фаолиятига таъсирини ўрганиш.

Тажриба усули: Тажрибалар Т.А.Воронина, Л.Н.Неробкова ва М.Н.Николаев усулларидан фойдаланиб 36 та лаборатория сичқонларида ўтказилди. Ухлатувчи ва наркотик дори воситалари сифатида мия пўстлоғига танлаб таъсир этувчи препарат – хлоралгидрат ва мия пўстлоғи остидаги мия бўлимларига танлаб таъсир этувчи гексеналдан фойдаланилди. Назорат гуруҳидаги сичқонларга гексенал (70 мг/кг дозада) ва хлоралгидрат (300 мг/кг дозада) юборилишидан 30 дақиқа олдин мос равишда дистирланган сув, тажрибадаги ҳайвонларига эса 5 мл/кг ва 10 мл/кг дозаларда фитоферон йиғмаси юборилди.

Тажриба натижалари: олинган натижаларга асосланиб таъкидлаш лозимки, Фитоферон йиғмаси 5 мл/кг ва 10 мл/кг дозаларда математик аниқлик даражасида ухлатувчи ва наркотик моддаларнинг уйқу чақариш вақтини узайтирди. Хусусан, гексенал 70 мг/кг дозада юборилгандаги уйқу вақти тажриба сичқонларида $43,5 \pm 3,57$ дақиқага тенг бўлган бўлса, ўрганилаётган йиғмани 5 мл/кг дозаларда олган сичқонларда уйқу вақти $72,6 \pm 4,27$ дақиқага тенг бўлди. Худди шу шароитда фитоферон 10 мл/кг дозада гексеналнинг уйқу вақтини мос равишда 81,7%га оширди ва у ўртача 79,1 дақиқани ташкил этди.

Худди шунингдек, Фитоферон юқорида келтирилган дозаларда хлоралгидрат билан юзага чиқарилган уйқу вақтига ҳам ижобий таъсир этди. Фитоферон 5 мл/кг дозаларда хлоралгидрат билан юзага чиқарилган уйқу вақтини ўртача 38,3% га, 10 мл/кг дозаларда эса 61,3% га узайтирди. 5 мл/кг ва 10 мл/кг дозаларда хлоралгидратни Фитоферон билан бирга лаборатория сичқонларига берилганда фитоферон таъсирида хлоралгидратнинг уйқу вақти мос равишда $97,5 \pm 4,65$ ва $113,7 \pm 13,48$ дақиқаларга тенг бўлганлиги аниқланди.

Хулоса: демак, тажриба натижаларига асосан хулоса қилиш мумкинки, ўсимликлар йиғмаси Фитоферон марказий нерв тизимига седатив таъсир кўрсатди ва шу сабабли ухлатувчи ва наркотик дори воситаларнинг уйқу вақти фитоферон таъсирида математик аниқлик даражасида узайди. Фитофероннинг мия пўстлоғига ва мия пўстлоғи остидаги бўлимларига таъсири гексенал билан юзага чиқарилган уйқуга нисбатан кучлироқ даражада қайд этилди.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Рахманова Д.С

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Оптимальное питание и рациональное кормление грудных детей и детей раннего возраста относятся к числу самых важных факторов, определяющих здоровье, физическое и психическое развитие. Рациональные принципы и методы кормления позволяют предупредить нарушения питания и раннюю задержку роста. У детей с нарушениями питания, отмечаются повышенная частота и более тяжелая форма кишечных и других инфекций, они в большей степени подвергаются риску преждевременно й с м срти.

Обследовано всего 1255 детей раннего возраста. В зависимости от вида вскармливания детей на первом году жизни все обследуемые дети были подразделены на 3 группы. Первую группу составили дети, находящиеся на естественном вскармливании, количество, которых составило 917. Вторую группу составили дети, находящиеся на искусственном вскармливании, проживающие с родителями, в количестве 268. Третья группа состоит из детей, находящиеся на искусственном

вскармливания, проживающие в домах малютки и ребенка.

Среди детей первой подгруппы в возрасте 0-3 месяца, у 82% - первой группы и 82,3% - второй группы детей нервно-психическое развитие соответствует возрастной норме, у 5,6% и 4,7% детей соответственно наблюдалось опережение развития, тогда как у 12,2% детей - отставание в развитии. В динамике в 3-6 месяца получены следующие данные: у 75% детей первой подгруппы первой группы и 74,4% детей первой подгруппы второй группы - нервно-психическое развитие соответствовало возрастной норме. У 18,3% и 19,2% соответственно, наблюдалось опережение и 6,1% и 5,6% - отставание развития, что указывало на наличие увеличения опережения и уменьшения отставания, чем предыдущие возраста.

Анализируя, полученные данные и сопоставляя их между возрастами, можно прийти к выводу о том, что у детей, находящихся на искусственном вскармливании, особенно проживающих в домах сирот наблюдается ухудшение показателей нервно-психического развития в динамике. Все это влияет на развитие и формирование поведенческой реакции, как в первом, так и последующие периоды жизни.

ЯНГИ ТУГИЛГАН ЧАКОЛОКЛАРНИ КУКРАК СУТИ БИЛАН ОВКАТЛАНТИРИШНИНГ ДАСТБЛАКИ ХОЛАТИНИ УРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Рахманова Д.С

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кукрак сути бола учун хам сифат жихатидап хам микдор жихатидан туйимли озика хисобланади. Онани сутини урнини босувчи бошка бир озука хозиргача фанда гоилмаган ва ишлаб чикарилмаган. Бундап кейин хам бупи ижобий хал килишнинг имкониятлари булмаса керак. Буюк аллома Абу Али ион Сино онанинг сути и и бежизга куёш нурларига тенглаштирмагаи. Кукрак сути билан тугри ва тулакони овкатлантирилган болалар, овкатланишнинг бошка турида булган кукрак ёшидаги болаларга нисбатан кам касаллаишлари, улар орасида улим курсаткичларининг жуда камлиги бизга маълум. Яна шунингдек, кукрак сути чакалокни дастлабки 3 ойда юкумли касалликлардан сакловчи асосий восита хисобланади.

Биз томондан янги тугилган чакалокларга кукрак бериш муддатини урганиш максатида “Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль-март ойларида кетма-кетликда тугилган 100 та бола урганилди.

Уларнинг 45 таси угил, 55 таси киз болалардан иборат, 68 таси кишлок, 32 таси шахар болаларидир. Маълумотлар анкета суровномаси ёрдамида тупланди. Бутун Жахон Соғликни Саклаш Ташкилоти таклифига кура янги тугилган чакалок дастлабки 30-40 дакика ичида кукрак сути билан бокилиши керак. Агар янги тугилган чакалокларни кукрак сути

билан бокишни 90% га етишига эришилса, дунёда 1.5 млн чакалокнинг хаёги саклаб қолинар экан.

Биз томондан урганилган болалар 64% (64 та) тугилгандан кейин 1 соатгача муддатда онасиинг кукракга берилган. Бу албатта кукрак сути билан бокишнинг хозирги замон консенциясига мос келади. 17% (17 та) бола эса тугилганидан 1 соатдаи купрок вақтдан кейин кукракга берилган. Аммо 19% (19 та) янги тугилган чакалокнинг дастлабки соатларида кукрак сути билан бокилмаганлиги, уларнинг хаётда яшовчанлигини чегаралаб улим ва касалланиш хавфини кучайтириши мумкин.

Демак, хомиладор аёлларни режали соғламлиштириш ва янги тугилган чакалоклари камиди 6 ойгача фақат кукрак сути билан бокиш уз кучида колмокда.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЎТКИР ЛЕЙКОЗ КАСАЛЛИГИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рахматова Н.Н., Амонов Р.А

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Бухоро Давлат тиббиёт институти

Бутун жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда ўткир лейкоз касаллиги болалар ва катталар орасида кенг тарқалган бўлиб, болалар популяциясида хар 100 000 болага 6-7 ҳолат қайд этилади.

Мақсад: Ўткир лейкоз касаллигининг болалар орасида ёшига хос кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар: ВБКТТМ гематология бўлимида 2015-2018 йил давомида 0-18 ёшгача булган 78 нафар ўткир лейкоз касаллиги билан касалланган болаларнинг касаллик тарихи таҳлил килинди. Назоратдаги ВБКТТМ гематология бўлимида даволанган 78 нафар беморлар ёш структурасига кура: 0-1 ойгача ёшда -5,1%, 1 ойликдан -1 ёшгача 10,2%, 1-10 ёш-70,5% ва 10 ёшдан катта- 14,1% ташкил этди. Шундан 59%-ўғил болалар ва 41% қиз болалар ташкил этди.

Илмий изланиш борасида 0-1 ойгача (n-4) ва 1 ойдан 18 ёшгача (n-74) бўлган беморларда ўткир лейкоз касаллигининг кечиш хусусияти урганилди.

Касалликнинг килиник кўринишлари кура тана ҳароратини кўтарилиши -77%, лимфоаденопатия-23%, суяк- мушакларда оғриқ-54% ва 88%-геморрагик синдром билан бошланиши аниқланди. Кузатувимизда бўлган 0-30 кунгача бўлган 4 нафар чақалоқларнинг барчасида ушбу касаллик тана ҳароратини кўтарилиши, тери юзасида полиморф, полихром характердаги геморрагик тошмалар ва момоталоқларнинг кузатилиши, рангпарлик ва периферик лимфа тугунларининг катталаши билан бошланиб, кукрак эмишдан бош тортиши, диспептик синдромлар ҳамда тери ва шиллик қаватларнинг сарғайиши билан кечиши аниқланди.

Натижа ва таҳлиллар: эрта ёшдаги болалар орасида ўткир лейкоз касаллигини “ёшариши” кузатилди. Назоратдаги беморларнинг 2 нафари 1 ҳафталик чакалоқлар булиб, тана ҳароратини кўтарилиши, тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги ва саргайиши, периферик лимфа тугунларининг катталашуви, геморрагик синдром, қамқонлик, юзи ва буйин сохаларида тери ости шишлари билан намоён булди. Ушбу беморларда лейкозга хос булган гепатоспленомегалия аниқланмади, Эрта ёшдаги беморларда эса юкоридаги белгилар билан биргаликда қусиш ва бош мия нерв толаларининг жароҳатланиш белгилари-фалажлик, талваса синдроми ва овқатланишнинг бузилиши кузатилди.

Хулоса: Ўткир лейкоз касаллиги чакалоқларда тана ҳароратини кўтарилиши, тери юзасида геморрагик тошмалар ва момоталоқлар терива шиллик қаватларининг саргайиши, ҳамда лимфааденопатиялар билан кечиб касалликнинг 1-ҳафталаарида камқонлик белгилари, тромбоцитопения ва қон морфологиясида етилмаган қон хужайраларининг 60% дан кўп учраши билан кечиши хос.

Касалликнинг тарқалиши аҳолининг ичимлик суви билан таъминланиши, онасининг хомиладорлик даврида ўтказган касалликлари, тез-тез ўткир респиратор касалликлар билан касалланиши ва санитар-гигиеник кўникмалар даражасига боғлиқ.

РАННЕЕ УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ. РОЛЬ ПЕДИАТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ.

Ринас О.А.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность: Кариес зубов - социальное заболевание. Осложненный кариес является одной из основных причин ранней потери зубов. Потеря временных моляров больше чем за год до периода их физиологической смены считается преждевременной. Может наблюдаться задержка прорезывания постоянных зубов или их раннее прорезывание с недостаточно сформированными корнями. После ранней потери временных моляров нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают вредные привычки (прокладывание языка в область дефекта, сосание языка, губ, всасывание щек). Межжюкклюзионное положение мягких тканей может задерживать прорезывание постоянных зубов и вызывать развитие глубокого резцового перекрытия. Отсутствие зубов в зубном ряду приводит к формированию зубочелюстных аномалий, неправильному жеванию, заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава. Беззубым детям дошкольного возраста не оказывается должного внимания, как в дошкольных учреждениях, так и на приеме у педиатра. Только совместные усилия родителей, воспитателей, педиатров и

стоматологов могут уменьшить риск развития зубочелюстных аномалий у детей.

Цель работы: определить возраст и причины раннего удаления временных и постоянных зубов у детей, средние сроки до прорезывания постоянных зубов.

Материалы и методы исследования: из отчетной документации врачей-стоматологов хирургов ГКСП №11 г. Кемерово с сентября 2015 по январь 2016 (5 месяцев) было выбрано первичные 314 детей (от года до 17 лет), которым были преждевременно удалены временные и постоянные зубы. Проведено статистическое наблюдение, группировка и сводка материалов наблюдения, графический анализ.

Полученные результаты: Удалено преждевременно временных зубов - 393, постоянных - 40. Чаще всего удаляли: с 1 до 3 лет - фронтальные зубы верхней челюсти, с 4 до 7 лет - первые моляры, 8-9 лет - вторые моляры, с 12 до 17 лет - первые и вторые моляры. Основными причинами удаления зубов были: K045(хронический апикальный периодонтит), K046(периапикальный абсцесс с полостью), K047(периапикальный абсцесс без свища), K102 (воспалительные заболевания челюстей).

Выводы: 1. Средний срок до прорезывания постоянного зуба в дошкольном возрасте - 5-5,5 лет. 2. Средний «срок жизни» постоянного зуба - 6 лет. 3. Раннее удаление временных зубов в возраст 5-7 лет считать фактором риска развития зубочелюстных аномалий. 4. Педиатры должны совместно с врачами-стоматологами проводить профилактику кариеса и его осложнений, активно привлекать родителей и законных представителей ребенка, воспитателей к профилактическим мероприятиям, рекомендовать дошкольникам профилактическое протезирование.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ.

Саидазизова Ш.Х., Назарова С.О., Туляганова Н.М., Усманова П.Т
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность: Нейровизуализация является одним из основных условий адекватной диагностики, лечения и прогнозирования многих заболеваний нервной системы, включая церебральный инсульт у детей.

Цель исследования: дифференциация характера и типа церебрального инсульта у детей.

Материал и методы исследования: Для достижения цели данного исследования, МРТ/КТ исследования проводились 255 пациентам с церебральным инсультом с целью выявления характера и типа серьезных неврологических отклонений, поступивших к нам в различные периоды заболевания.

Пациенты с перинатальным инсультом (ПИ) составили - 82 (82%) ребенка, из них с ГИ - 59 (83,1%), ИИ - 23 (79,3%). В группе с детским инсультом (ДИ) обследование проведено 173 пациентам (86,9%), из них

пациентов с ГИ-105(82%), ИИ-68 (95,8%) пациентов.Для дифференциации направляли в срочном порядке нейровизуализационное исследование.

Результаты и обсуждение:Из 255 больных на МРТ изображении ПОНМК локализовались в правом полушарии-83(27,8%), в левом полушарии-95(31,8%) и в обеих полушариях - 60(20,1%) случаях и статистически не различались между собой. Необходимо отметить, что у большинства пациентов 1-группы (ПИ=82) отмечались признаки кистозной дегенерации головного мозга в частности при ГИ – 34%, так же выявлялись участки глиоза. Участки лейкомаляции больше наблюдались у пациентов с ишемическими инсультами или их последствиями-15% в сопоставлении с ГИ-6%, что свидетельствует о широком диапазоне структурных изменений. Наличие гематомы у детей с ГИ в 35% статистически подтверждает диагноз ($p<0,05$).Анализ МРТ/КТ данных 2–ой группы (ДИ=173), выявил что, у пациентов с ишемическими инсультами участки глиоза (20%), энцефаломалиции (25,4%) и ишемические участки (20%) преобладали в сопоставлении с пациентами, перенесшими геморрагический инсульт.

Закключение:Таким образом, важнейшая роль в ранней диагностике ОНМК в настоящее время отводится современным методам нейровизуализации: КТ, МРТ головного мозга и НСГ как скрининговому методу исследования. Для дифференциации имеющихся структурных изменений у пациентов, особенно детского возраста, необходимо проведение МРТ в диффузно-взвешенном режиме, так как именно этот режим исследования, в конечном итоге, может расставить точки над «и».

ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ВО ЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ ВОСПИТАНИЯ

Саидова Л.Б.,Тиллаева Ш.Ш

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования - разработка путей совершенствования оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста на основе изучения показателей их здоровья во взаимосвязи с формирующими их факторами условий жизни и воспитания.

Материалы и методы.Путём ретроспективного анализа амбулаторных карт Ф-112у была изучена заболеваемость 350 детей дошкольного возраста г. Бухары.

Объектом исследования являлись дети дошкольного возраста, посещающие детские дошкольные учреждения и воспитывающиеся дома, в домашних условиях, а также их семьи. Основным значимым материалом являлся «Вопросник по изучению состояния здоровья детей дошкольного возраста», состоящий из 30 вопросов, от каждого из которых ожидалось по несколько ответов. Вопросник определял характеристику семьи (5 вопросов), анамнез заболеваемости ребенка (5вопросов), питание ребенка

(6 вопросов), метеочувствительность, занятие спортом, развлечения, продолжительность и характер сна и другие показатели. На вопросник отвечала чаще мать ребенка, за редким исключением отец или бабушка. Результаты и обсуждение. Анализ собранного материала выявил, что из 350 опрошенных семей 52,2%

ЗНАЧЕНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ДЛЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Дусмухамедова А.Ф., Хамзаева Н.
Ташкентская медицинская академия**

Окружающая среда (ОС) продолжает меняться под воздействием хозяйственной деятельности человека. Научно-технический прогресс создал огромные возможности для влияния на ход естественных процессов природы, а вместе с тем – для его загрязнения и разрушения. Обусловленное антропогенными причинами разрушение естественной среды обитания приводит к нарушению экологического равновесия в биосфере Земли. В частности, сложившаяся ситуация с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха (ЗАВ) и неудовлетворительным решением вопросов по его оздоровлению негативно влияет на здоровье населения, особенно для контингента риска (детей). Все это диктует необходимость постоянного контроля состояния ОС и оценки его влияния на здоровье людей, в частности детей, т.к. изменения среды обитания человека продолжается.

Целью данной работы является гигиеническая оценка значения загрязнения атмосферного воздуха для показателей здоровья детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Анализ данных ЗАВ проведен по материалам Уз Гидромета за последние пять лет. Уз Гидрометведет мониторинг ЗАВ в 25 городах и населенных пунктах Республики. В общей сложности по республике работает 63 стационарных поста. Программа мониторинга охватывает 5 основных загрязнителей: пыль (твердые взвешенные частицы), оксид углерода (угарный газ), диоксид азота, диоксид серы, оксид азота. Информация, полученная с 63 стационарных постов наблюдений, позволяет судить о среднем уровне ЗАВ в целом по республике и рассчитывать индекс загрязнения атмосферы (ИЗА), который дает интегральную характеристику уровня загрязнения воздуха для города за год. Анализ первичной заболеваемости детей исследуемых районов проведен по материалам обращаемости (статистические отчеты районных отделов здравоохранения) за период 2013-2017 годы.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных показывает, что за исследованный период повышение ИЗА отмечалась, только в г. Ангрэн. Комплексный показатель загрязнения составил 5,12 в 2014 г., 5,32 в 2016 г. и 5,30 в 2017 году, что соответствует II степени, характеризующейся повышенному уровню атмосферного загрязнения, что приводит к

ухудшению условий жизни населения. В остальных городах республики повышенный ИЗА не наблюдался. Можно предположить, что данные показатели достигнуты в результате осуществления мер по сокращению вредных выбросов в атмосферу за счет строительства и реконструкции систем улавливания и пылегазоочистки отдельных цехов и производства. Результаты исследований по значимости ЗАВ для организма детей показали, что в условиях отсутствия экстремальных и высоких уровней ЗАВ нет резких отличий в острой заболеваемости детей дошкольного возраста, проживающих в зоне сосредоточения источников атмосферных выбросов и в «чистой» зоне, кроме острых заболеваний болезнями органов дыхания. Основную часть острой заболеваемости (более 90%) детей составляют болезни органов дыхания и прежде всего – ОРВИ. Немалую долю в структуре заболеваемости имеют также болезни нервной системы, системы кроветворения, органов пищеварения. Установлено, что ЗАВ оксидом углерода, диоксидом азота, диоксидом серы, а также хлором влияет (с вкладом 50,4%) на уровень заболеваемости детей аллергиями, снижает защитные свойства организма, ухудшает показатели физического развития детей.

**ИБН СИНО – ГЎДАК УЧУН КЎРИЛАДИГАН МАХСУС
ЧОРА –ТАДБИР ҲАҚИДА
Сулайманова М.И.**

Тошкент врачлар малакасани ошириш институти

Республикамизда “Она ва бола саломатлигини сақлашнинг ижтимоий-тиббий жиҳатлари”га долзарб ижтимоий мавзу даражасида эътибор берилаетган бир пайтда аждодларимизнинг бу соҳада ёзиб қолдирган бой-тажрибавий асарларини ўрганиш муҳимдир. Бу борада буюк мутафаккир, қомусий олим, шарқ табобатининг асосчиларидан бири Абу Али ибн Сино ўзининг араб тилида ёзилган шеърини асари – тиббий достон (уржуза)да баён этган. Бунга унинг шу асаридаги “Гўдакка хос бўлган тадбирлар ҳақида” боби мисол бўла олади. Асарда Ибн Сино янги туғилган чақалоқларнинг парвариши борасида ўзининг қимматли маслаҳатларини ёзиб қолдирган.

Аллома тавсиясига кўра, чақалоқнинг киндиги кесилиб, бойлоғич қўйилгандан сўнг, уни илиқ тузли сувда чўмилтириш керак. Тузли сув таъсирида чақалоқнинг ҳали ташқи муҳитга ўрганмаган нозик териси(бадани) қотади ва бақувватлашади. Янги туғилган чақалоқларни ҳар сафар йўргаклашдан аввал унинг танасини енгил силлаш, қўл ва оёқларини ҳаракатга келтириш, кўзларини тоза ипак мато билан артиш, боланинг бошига лойиқ қалпоқчакийдириш лозимлигини ҳам айтиб ўтган буюк ҳаким.

Чақалоқ ётадиган хона қоронғу, кескин ёруғ (қуёш тўппа –тўғри) тушмайдиган бўлиши, хонанинг ҳавоси мўътадил (иссиқ ҳам совуқ ҳам бўлмаслиги), бешиқда ётганда боланинг бош тарафи танасининг бошқа

қисмларидан кўра баландроқ бўлиши мақсадга мувофилигини қайд этган мутафаккир.

Шунингдек, Абу Али ибн Сино чақалоқларни чўмилтириш қоидаларини, чўмилтириш қайси пайтда ва қай тарзда амалга оширилиши, бунда боланинг кулок, кўз ва бурунларини муҳофаза қилиш усулларини ҳам ўзининг “Тиб қонунлари”да батафсил ёзиб қолдирган. Кичкинтойларнинг организми учун фойдали воситалар қаторига, - деб таъкидлайди Ибн Сино, - қуйидагилар киради: биринчидан, энгил тарбия ва иккинчидан, аллалаш вақтида айтиладиган қўшиқ ва мусиқа. Бола мана шу иккита нарсани ўзлаштиришига қараб унда жисмоний машқларга ва мусиқага мойиллик туғилади. Биринчиси танага, иккинчиси қалбга тааллуқлидир. Бу фикрлардан кўриниб турибдики, Ибн Сино мусиқа санъатининг тарбиявий аҳамиятини ниҳоятда юқори қўйган.

Ибн Сино янги туғилган чақалоқни соғлом (она) сути билан боқиш ниҳоятда муҳимлигини эътироф этиб, она сутини қуёш нури билан қиёслаган, чунки қуёш нури ҳайвонвт ва ўсимликларга қанчалик зарур бўлса, бола учун она сути шунчалик муҳимдир. Оилангизда янги меҳмон – чақалоғингиз бўлса ёкифарзанд туғилишини кутаётган бўлсангиз, ҳамда унинг кучли ва соғлом бўлиб ўсишини истасангиз, бола ҳаётининг дастлабки олти ойида уни кўкрак сути билан боқиш лозимлигини айтиб ўтган буюк ҳаким. Ундан ташқари, ҳар эмизидан олдин болага озгина асал ялатиш ҳам ижобий хусусиятга эга экан.

Агар, у ёки бу сабабларга кўра, болани тукқан онаси эмиза олмаса, ёки унинг сути сифатсиз бўлса, ундай ҳолларда Ибн Сино бола боқиш учун ўрта ёшли соғлом ва бақувват маънавияти пок бўлган бегона аёл сүтидан фойдаланишни тавсия этган.

Янги туғилган болани тўлақонли парвариш қилишда нафақат бола учун, балки ана шу боланинг тарбияси билан шуғулланадиган она учун ҳам барча шарт –шароит ва имкониятларни яратиб бериш мақсадга мувофиқдир. Чунки, она соғлом, бардам ва бақувват бўлиб, руҳи тетик, кайфияти яхши, асаби мустаҳкам бўлган тақдирдагина у ўз боласини бутун меҳри, куч- қуввати ва идроки билан ардоқлаб, унга тегишли тарбияни бера олади. Ундан ташқари, онадаги ҳолат унинг сути орқали боласига тўла –тўқис ўтади ва боланинг саломатлик даражасига, камолотига бевосита таъсирини кўрсатади.

Шундай қилиб, Ибн Синонинггўдакка хос бўлган тадбирлар ҳақидаги фикр –мулоҳазалари минг йил муқаддам битилиб, мавзу тақазо қилган муносабатга кўра баён этилган экан, “олтин зангламас” деганларидек, бобомизнинг бу тўғрида битганлари эскирмаган, бугунги кунда ҳам ўз моҳиятини йўқотмаган, долзарблигини сақлаб қолган.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Султанов З.Ф., Шамсиев Ф.М

**Андижанский Государственный медицинский институт,
РСНПМЦ Педиатрии**

Хронические заболевания органов дыхания у детей являются одной из важнейших проблем современной педиатрии. Нередко бронхолегочные болезни, начавшись у детей, продолжают в зрелом возрасте, приводят больных к инвалидности, а иногда к драматическим исходам. Независимо от причины развития хронического воспалительного очага в легких последствия его весьма существенны для развития организма ребенка. Поражение одной из систем жизнеобеспечения приводит к постоянному интоксикационному синдрому, гипоксии, изменениям в системе иммунитета.

Целью исследования явилось, комплексное изучение состояния клеточного, гуморального иммунитета во взаимосвязи с уровнем цитокинов у детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

Было обследовано 36 детей, в возрасте от 7 до 14 лет, больных хроническими воспалительными заболеваниями легких (ХВЗЛ). Длительность заболевания составляла от 2 до 5 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Больные проходили стационарное лечение в пульмонологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Андижана и в РСНПМЦ Педиатрии. Иммунологические исследования проводились определением уровня сывороточных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-8, ФНО α , ИФН γ и ИЛ-4) методом ИФА («Цитокин», СПб).

Проведенные исследования показали, как изменяется содержание основных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у больных с ХВЗЛ. Повышается содержание всех изученных провоспалительных цитокинов и уровня ИЛ-4. Так концентрация ИЛ-1 β увеличивается в 7, ИЛ-8 - в 6, ФНО- α - в 11, ИФН γ - в 4, а ИЛ-4 - в 3 раза. Более значительное повышение уровня ИЛ-1 β и ФНО- α связано с их более выраженным системным эффектом. Довольно значительное увеличение уровня цитокинов не вызывает удивления. Известно, что содержание провоспалительных и противовоспалительных цитокинов всегда возрастает при воспалении.

Таким образом, развитие хронического воспалительного процесса в легких сопровождается значительной продукцией, как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, т.е. нарушается нормальная взаимосвязь между Th-1 и Th-2 типами иммунного ответа, что свидетельствует о высокой антигенной стимуляции клеток - продуцентов.

БОЛАЛАРДА ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ҲАҚИДА ШИФОКОРЛАРНИНГ АНОНИМ СЎРОВ НАТИЖАЛАРИ

Тажиева З.Б., Халматова Б.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болалар саломатлиги ҳолатида - атроф-муҳитнинг ўзгариши энг сезиларли кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Бугунги кунда дисметаболик нефропатия ривожланишига турли хил хавф омиллари йиғиндиси (экзоген ва эндоген омиллар) сабаб бўлмоқда.

Дизметаболик нефропатия моддалар алмашинуви натижасида келиб чиқувчи касаллик бўлиб, даво чоралари ўтказилмаса интерстициал нефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги, иккиламчи пиелонефрит, буйрак тош касаллиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

Дисметаболик нефропатияларнинг яққол клиник белгиларсиз намоён бўлувчи бошланғич босқичининг мавжудлиги шифокорлардан ушбу касалликни эрта ташҳислаш ва даво-реабилитация ва профилактик чораларни ўз вақтида олиб бориш кераклилигини талаб қилади.

Мақсад: Дизметаболик нефропатия ва уни амалиётда эрта ташҳислаш тўғрисидабирламчи тизимдаги шифокорларнинг фикрларини аноним сўровнома орқали ўрганиш.

Материал ва усуллар: Хоразм вилояти Урганч шаҳридаги 2 ва 3- сон оилавий поликлиникалар, Гурлан ва Шовот туманидаги кўп тармоқли оилавий поликлиникалар, ҚВПларда фаолият юритувчи умумий амалиёт шифокорлари ва педиатрлар, жами 124 нафар шифокорлардан аноним сўровнома ўтказилди.

Сўровномада иштирок этган шифокорларнинг иш тажрибаси бўйича тақсимланиши: 5 йилгача бўлганлар 29% ни, 5-10 йилгача 19,35 % ни, 10-15 йилгача 26,6 %ни, 15 йил ва ундан ортиқ иш стажи бўлганлар 25 % ни ташкил қилди.

“Дисметаболик нефропатиятўғрисидабиласизми?” деган саволга 74,1%, шифокорлар ижобий жавоб, “Маълумотга эгаман”-22.5%, “Қизиқмаганман” дея 3.2% жавоб олинган.

Иштирокчиларнинг 28% дисметаболик нефропатияларни даволаш учун антибиотиклар, диуретиклар, фитопрепаратлар комбинациясини белгилашган. 18,6% диуретиклар, фитопрепаратлар ва диетотерапия билан биргаликда қўллашган. Натижадан шуни кўриш мумкинки, кўпчилик шифокорлар болаларни даволашда фитопрепаратлар билан биргаликда пархезни, 12,7 % эса фақат пархез билан чекланишларини қайд этишган.

Дисметаболик нефропатияси бўлган болаларни қайта текширув ўтказасизми деган саволимиз бўйича “Йўқ” жавобини 56% шифокорлар белгилашган. Шифокорларнинг 74%дизметаболик нефропатия билан оғриган болаларга реабилитацион чоралар ўтказмасликларини қайд этишган.

60% дан ортиқ шифокорлар оксалат нефропатияда қандай пархез таомлари буюриш керак деган саволга нотўғри жавоб белгилашган.

Хулоса. Ўтказилган аноним сўровнома шуни кўрсатдики бирламчи тизимда фаолият кўрсатаётган шифокорлар болалардаги дизметаболик нефропатия ташҳисига жиддий ёндашмайдилар, касаллик аниқланган ҳолда ҳам болаларга даволаш ва реабилитацион чораларни ўз вақтида олиб боришмайди. Вахоланки, дизметаболик нефропатиялар бу модда алмашинуви бузилиши билан кечадиган касаллик ҳисобланиб, жиддий эътиборни талаб қилади.

БОЛАЛАРДА УЧРОВЧИ КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

**(Абу Али ибн Сино қарашлари асосида)
Тиллаева Ш.Ш., Жураева Х.И., Солиев А.У
Бухоро давлат тиббиёт институти**

Болаларда учровчи касалликлар ва уларни даволаш усулларини баён этишда ибн Сино боланинг мизожига, организмнинг индивидуал хусусиятларига ёндошган ҳолда баён этган бу касалликлар боланинг турли ёшида учраб, унинг даволаш усуллари ҳам турличадир. Боланинг илк ёшида энг кўп учровчи касалликлар қуйидагилардан иборатдир: ич кетиш, ич қотиш, йўтал ва тумов, нафас олишининг ёмонлашиши, оғиз чақаси ва тиш милклариди тошма, иситма, қорин ва ичак бураб оғриши, уйқусизлик, шайтонлаш касаллиги, хуррак отиш, гижжа ва бошқалар, ибн Сино бу касалликларни даволашда биринчи ўринда бемор боланинг табиий мизожига, мизож бузилишидаги сабаб ва бериладиган дори ва озук моддаларининг мизожига эътибор берган ҳолда даволаш ишларини олиб борган. Ич кетиш ҳолати болаларда тиш чиқиш олдидан тиш милкида шишлар пайдо бўлишида кузатилиб, бунинг биринчи сабаби милклардан чиққан йирингли шўр чиқиндини сут билан бирга эмизилиши бўлиб ҳисобланади, буни даволашда милкларни ёғлар билан уқалаш, бола оғзига мойчечак ёғи томизилиб, боланинг боши мойчечак ва укроп суви билан ювилган.

Ич кетишнинг иккинчи сабаби оғриқ бўлиши мумкин, ич кетиш зўрайганда қизил гул уруғи, петрушка уруғи, рум арпабодиёни ва зирани қиздириб қорин соҳасига боғланган. Баъзи вақтда болада ич қотиш пайдо бўлганда қорин зайтун ёғи билан уқаланиб, оғзига асал томизилади, чўл ялпизи ёки хаворанг гулисапсар илдизини асал билан қўшиб клизма қилинган. Йўтал ва тумов бўлганда эса болани боши иссиқ сув билан ювилган. Тилига асал суртилиб қустириш учун тилининг орқасига бармоқ тегизилган, беҳи уруғи, чучукмия шираси янги соғилган сут билан аралаштирилиб берилган. Нафас олишнинг ёмонлашишида бола оғзига иссиқ сув томизилиб, зиғир уруғи асал билан берилган. Оғиз чақаси ва тиш милклариди тошма пайдо бўлганда шотут ширасининг ўзи ёки ғўра узумининг суви, анор пўчоғидан ёки гулини олиб қуритиб янчиб оғизга сепилган. Болаларда иситма пайдо бўлганда онасини иссиқ кийинтириш

кераклиги айтиб ўтилган. Анор сувини сканжубин билан, асал билан, бодринг сувини шакар билан қўшиб эмизувчига ичирилиб, бола иссиқ кийинтириб терлатилган. Ҳўл қамишни суви сиқиб олиниб, болани бошига ва оёғини тагига суртилган. Шайтонлаш касали пайдо бўлса каклик ўти, зирадан баробар бўлаклар олиниб, янчилик касаллик даражасига қараб маълум бир ўлчовда ичирилган. Болаларда хуррак отиш кузатилганда янчилган зиғир уруғини асалга қўшиб, ялатиш ёки асал билан зирани қўшиб бериш яхши фойда бериши таъкидланган. Болалар гижжадан азият чекканида қора андиз ва зарчавакнинг ҳар биридан бир бўлак олиниб, шакар билан аралаштирилиб ичирилган.

Хулоса қилиб айтганда, болаларда учровчи касалликларни даволаш ва унинг олдини олишда буюқ алломанинг даво усуллари қўллаш келажак авлодни кучли, соғлом ва билимли қилиб тарбиялашда асос бўлиб хизмат қилаётганлиги ҳозирги замон педиатриясида ўз аксини топмокда

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА

Тожиддинов Х.С., Абдилхаева З.А., Содикова Д.Т

Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы отмечается повышение интереса специалистов ультразвуковой пренатальной диагностики к дородовому обнаружению врожденных пороков сердца, так как они обуславливают до 50% случаев смертности в первый год жизни. В настоящее время частота врожденных пороков сердца составляет в среднем 8-10 случаев на 1000 новорожденных. Они встречаются в 16-40% наблюдений всех пороков и в 3-8% случаев по данным вскрытий умерших в перинатальном периоде.

Цель исследования: Разработать ультразвуковую симптоматику различных врожденных пороков сердца у плода.

Объектом для исследования послужили 35 беременных, со сроком гестации 12-20 нед. Предметом исследования были различные врожденные пороки сердца плода.

Результаты: В нашем исследовании, у беременных с различными формами врожденных пороков сердца плода, получено, что 25% были в сроке 12-15 нед. гестации, 40% беременные были в сроке 16-19 нед., и 35% беременные были в сроке 20-22 нед.

При изучении частоты врожденных пороков сердца плода в зависимости от возраста получено, что у беременных в возрасте 20-25 лет дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) встречались соответственно, в 29,4% и 23,5% случаев, тетрада Фалло в 23,5%, открытый артериальный проток (ОАП) в 17,6%, транспозиция главных сосудов в 6% случаев. У беременных в возрасте 26-30 лет наибольший процент врожденных пороков сердца плода пришли на тетрада Фалло т ОАП, соответственно в 37,5% случаев, ДМЖП и ДМПП в этом возрасте наблюдались одинаково, у 12,5% беременных. У

больных 31-35 лет ДМЖП и ДМПП наблюдались одинаково, в 10%, тетрада Фалло в 40%, ОАП и транспозиция главных сосудов наблюдались соответственно в 20% случаев.

Структура врожденных пороков сердца плода выглядела следующим образом: наибольший процент – тетрада Фалло – 28,5% беременных, ОАП – в 22,8%, ДМЖП и ДМПП, соответственно – в 20% и 11,4%, транспозиция главных сосудов в 17,1% случаев.

Структура врожденных пороков сердца плода в зависимости срока гестации выглядела следующим образом: в сроке 12-15 нед - наибольший процент – ОАП в 44,4% случаев, тетрада Фалло и транспозиция главных сосудов, одиноково в 22,2% и 22,2%, ДМЖП и ДМПП – в 11,1% и 11,1% случаев). В сроке 16-19 нед - наибольший процент – тетрада Фалло – в 42,8%, ОАП – в 21,4% и ДМЖП и транспозиция главных сосудов, соответственно – в 14,2% и 14,2% случаев, ДМПП – в 7,1% случаев. В сроке 20-22 нед гестации - наибольший процент – тетрада Фалло и ОАП, соответственно в 33,3% и 33,3% случаев, и транспозиция главных сосудов – в 16,7%, ДМПП и ДМЖП, соответственно – в 8,3% и 8,3 % случаев.

Выводы: На основании теоретических выводов вытекает практическое значение проведенного исследования: врачам ультразвукового исследования при обследовании беременных с врожденными пороками сердца плода, необходимо обращать внимание на срок гестации и возрасту беременных; при наличии врожденных пороков сердца плода обязательно его консультирования, совместно с акушер-гинекологом.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ОШҚОЗОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Тошбоев Б.Ю., Шерқўзиева. Г.Ф

Тошкент тиббиёт академияси

Ушбу илмий ишнинг мақсади аҳоли ўртасидахусусан болаларда ўткир ичак касалликлари билан касалланиш ҳолатини баҳолаш ҳисобланади Ўткир юқумли ошқозон ичак касалликларини Эшшериха авлодига кирувчи кўзғатувчилар томонидан чақириладиган касалликлардир.

Республика давлат санитария эпидемиология назорат маркази (ДСЭНМ) нинг маълумотиға кўра, умумий ўткир юқумли ичак касалликлари (ЎЮИК) нинг 11% ни шигеллалар, 6,1 % ни сальмонеллалар ташкил этиб, 60,0 % дан кўпроқ касалликни кўзғатувчилари (этиологияси) аниқланмаган ЎЮИК лари ташкил этади. Ушбу кўрсаткич Тошкент шаҳри бўйича 18,3; 15,6; бўлиб 58,0 % ни ташкил этган. Шунинг учун ҳам ЎЮИ касалликлари дунёнинг ҳамма мамлакатларида муҳим муаммо бўлиб келмоқда. Унинг давомийлиги тушган микробнинг (оз ёки кўплигига) сонига, вирулентлик даражасига ва организмнинг касалликка қарши курашиш қобилиятларига боғлиқ. Касалликнинг юқиш йўллари: алиментар (зарарланган сув, озиқ овқатларни истеъмол қилиш) ва маиший-мулоқот йўли билан ҳам юқиши мумкин, яъни бемор фойдаланган пиёла , қошиқ,

стакан, коса ва бошқа идиш-товоқлар орқали; беморлардан қолган овқат қолдиқларини истимол қилиш; ичкийим, сочиқ, эшик тутқичлари, ёстик, кўрпа жилдлари, чойшаблар, хона жихозлари, ўйинчоқлар, кўл ювгич, хожатхона, тувак ишлатилишига қараб бошқа буюмлар ва бошқалар орқали юқиши мумкин. Ичак эшшерихиозлари билан касалланиш кичик ёшдаги болалар орасида биринчи ўринни эгаллайди, илгари бу касаликка диспепсия сифатида қаралган (ичак деворларининг функционал-физиологик бузилиши). Касалликда ўчоқлиликнинг вужудга келиши озик овқатдан, яъни кўзгатувчи озик овқат махсулотларида тўпланганда пайдо бўлиши мумкин. Уюшган жамоаларда бўладиган болалар колиэнтеритлар билан уй шароитида тарбияланидаган болаларга нисбатан кўпроқ касалланадилар. Ушбу касаллик болалар ўртасида ҳам кўп учрашини эътиборга олиб эпидемиологик-статистик усул ёрдамида касалланиш ҳолати ўрганилди. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз болаларда ушбу касалликнинг 2016 йилда касалланиш ҳолатини таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларни олдик: йил бўйи умумий касалланиш ҳолати 675 та (100%), шулардан катталарда 116 та (17,2%), болаларда эса 559 та (82,8%) қайд этилган. Касалланиш ҳолатининг йил ойлари бўйича таҳлил қиладиган бўлсак, энг кўп июнь умумий 79 та (100%), шулардан катталарда 23 та (29,2%), болаларда эса 56 та (70,8%), сентябр ойида 79 та (100%), шулардан катталарда 7 та (8,8%), болаларда эса 72 та (91,2%), декабрда эса 85 та (100%), шулардан катталарда 2 та (2,3%), болаларда эса 83 та (97,7%) қайд этилган. Юқорида олинган текшириш натижаларидан шуни хулоса қилиш мумкин: болалар ўртасида катта ёшдагиларга нисбатан касалланиш ҳолати кўп кузатилди ва ушбу касалланиш ҳолатини камайтиришда шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш муҳим аҳамият касб этади. Ҳусусан ЎЮИ касалликларини олдини олиш чора-тадбирларига:

умум давлат миқёсида ишлаб чиқаришда механизациялашган озик - овқат тармоғини юзага келтириш, замонавий технологик усулларини амалда жорий қилиш, санитар-гигиеник ҳолатини яхшилаш ва назоратни кучайтириш талаб этилади.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Убайдуллаева С.Ф., Кузиев Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время заболевания органов пищеварения у детей занимают одно из ведущих мест среди болезней детского возраста. Следует отметить, что при постановке диагноза функциональные расстройства желудка (ФЗЖ) многими врачами учитывается состояние вегетативной нервной системы.

Цель исследования: изучить состояние вегетативной нервной системы у детей с функциональными заболеваниями желудка.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились дети в возрасте от 7 лет до 14 лет (5 девочек 9 мальчиков) с предполагаемым диагнозом ФРЖ, подтвержденным функциональным и эндоскопическим исследованием желудка и желудочной секреции.

У наблюдаемых детей выявлены следующие изменения со стороны вегетативной нервной системы: эти дети легко возбудимы, характерны перепады настроения, метеолабильность, плохой сон, перепады АД. При наблюдении в динамике болевой синдром четко не локализовался - если при пальпации живота боли первый раз отмечались в эпигастрии, то через несколько дней отмечались в мезогастррии или наоборот. Дермографизм у таких людей был чаще белым, появлялся через 3-5 минут. Проба Ашнера была отрицательной или извращенной по симпатикотоническому типу. Все это подтверждает дисфункцию вегетативной нервной системы, вследствие чего нарушается нервно-рефлекторная регуляция функции ЖКТ, т.е. происходит патологическое повышение тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической. В свою очередь это ведет к раздражению нервного сплетения, осуществляющего иннервацию органов брюшной полости. Полученные данные дали основание назначить следующее лечение:

1) Стол 15, 2) витамин В₁ в/м, 3), воротник с бромом по Щербаку или токи Д'Арсонваля на область шеи до 12 процедур. У всех больных в среднем на 6-7 день лечения исчезал болевой синдром, улучшался сон, аппетит. Исчезали признаки гиперсиндрома: аэрофагия, переедание, гиподегистия - тошнота, метеоризм, «песок в глазах». В лечении не использовались традиционные гастроэнтерологические схемы.

Выводы: Выше изложенное позволяет рекомендовать врачам, проводить более внимательную дифференциальную диагностику между неврозоподобными состояниями и функциональными расстройствами желудка, что ведет к исключению необоснованного лечения по канонам гастроэнтерологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Убайдуллаева С.Ф., Кузиев Д.В

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Важной проблемой клинической медицины является выбор эффективной профилактики побочных реакций со стороны ЖКТ, вызванных приемом антибиотиков. Препаратом выбора в решении этой проблемы могут быть бактериальные споры (*B.clausii*) – энтерокожермина. Результаты научных исследований последних 8 лет показывают, что применение *B.clausii* у пациентов с язвенно-болезнью, ассоциированной с *H.pilori*, на фоне стандартной 7-дневной антихеликобактериальной терапии не только предупреждает возникновение побочных эффектов (тошноты, рвоты, запоров, кожной

сыпи) и снижает частоту их развития, но и повышает эффективность эрадикации хеликобактерной инфекции, а также улучшает переносимость. Лечение *V.clonsii* доказали свою эффективность для профилактики антибиотик ассоциированной диареи благодаря поли антибиотик резистентности энтерожермина. Во время курса лечения антибиотиками для пациентов любой возрастной группы *V.clonsii*, входящие в состав энтерожермины, синтезируют амилазу и липазу, нормализуя процессы пищеварения, аминокислоты, в частности незаменимые треонин, глутаминовую кислоту, аланин, валин, тирозин, гистидин. А также этот препарат обладает широкой антимикробной активностью и против *H.pylori*, повышает иммунитет, стимулирует регионарные лимфатические узлы и лимфоциты крови, повышает эндогенный интерферон и т.д.

Цель работы: изучение эффективности традиционных пробиотиков и коррекция дисбиоза кишечника с помощью препарата «Энтерожермина»

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с инфекционными и неинфекционными диареями. Большинство из них уже получали по 1-2 курса антибиотиков. Диарея не прекращалась. 36 детей мы разделили на 2 равные группы по 18 в каждой. Одна группа (А) находилась на традиционном лечении, т.е. получали антибиотики кишечного действия и пробиотики – лактобактерин, бифидумбактерин. Эта группа служила контрольной группой, другая группа (В) – где тоже находилось 18 детей, подверглись монотерапии, т.е. получали только один пробиотик -энтерожермина, в дозе 1 ампула 2 раза в течение 15-20 дней. Третья группа (С), состоявшаяся из 15 детей, находилась на традиционном лечении и получали антибиотики + Энтерожермина. При анализе полученных результатов выявилась следующая картина: диспепсический синдром быстрее купировался в группе В и С, в группе А только на 7-10 день.

Вывод. Для профилактики и коррекции дисбиоза кишечника на фоне антибактериальной терапии может быть предложен препарат «Энтерожермина»

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОРЗ

Убайдуллаева С.Ф., Ганиева М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Отечественные педиатры относят в группу ЧБД детей, переболевших ОРЗ не менее 4-х раз в год. Частые и особенно тяжело протекающие ОРЗ могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, а также способствовать дальнейшему снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Программа реабилитации ЧБД включает коррекцию образа жизни, рациональное питание, контроль окружающей среды, контроль теплового режима и

закаливание, санацию хронических очагов инфекции, иммунореабилитацию. Сложной для реабилитации возрастной категорией ЧБД являются школьники.

Цель работы: поиск эффективных препаратов в реабилитации ЧБД школьного возраста. Из медикаментозных средств в реабилитации ЧБД заслуживают внимания препараты на основе трав как средства наиболее мягкого действия. Представителем этой группы лекарственных средств является Тонзилгон Н (BionoricaAG). Препарат включает компоненты корня алтея, цветков ромашки, травы хвоща, листьев грецкого ореха, травы тысячелистника, коры дуба, травы одуванчика. Оказывает местное противовоспалительное и антисептическое действие. Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща способствует повышению неспецифических факторов защиты организма.

Материалы и методы исследования. Школьникам назначали по 1 драже 5-6 раз в день. Под наблюдением находилось 26 детей из группы часто болеющих. Контрольную группу составили 15 детей из аналогичной категории, в комплекс лечения которых не был включён Тонзилгон.

Результаты исследования показали, что в процессе реабилитации в группе детей, получавших Тонзилгон Н отмечалось сокращение эпизодов ОРВИ в 1,5-2 раза. Также достоверно удалось достичь повышения уровня иммуноглобулина А в сыворотке крови и слюне обследуемых.

Вывод. Таким образом, препарат «Тонзилгон Н» может быть рекомендован в группе часто болеющих школьников

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРГОФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ

Уралов Ш.М., Ибатова Ш.М., Раббимова Д.Т., Жураев Ш.А.

Целью настоящей работы явилось сравнительная оценка эффективности противовирусного препарата с иммуномодулирующей активностью «Эргоферон» в комплексной общепринятой терапии при лечении острого стенозирующего ларинготрахеита у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 65 детей в возрасте от 6 мес до 3 лет с диагнозом ОСЛТ, обратившихся за медицинской помощью в отделения педиатрического блока СФРНЦЭМП. Все обследованные были распределены на 2 группы детей: I-группу составили 33 детей, которые получали препарат «Эргоферон» на фоне общепринятой базисной терапии, II-группа (контрольная), в которую вошли 32 детей, получавших общепринятую терапию. Все пациенты соответствовали критериям включения/исключения (1-2 день заболевания, острое начало, наличие симптомов интоксикации, отсутствие противовирусной, противовоспалительной, антибактериальной и иммуномодулирующей терапии до приема Эргоферона). Эргоферон назначали в первые 2 часа внутрь по 1 таблетке каждые 30 мин, затем по 1 таблетке 3 раза в день, в

течение 5 дней на фоне базисной терапии. Все наблюдаемые нами дети были обследованы общеклиническими методами исследования, с последующей оценкой анамнестических, клинических и лабораторных данных.

Полученные результаты. Проведенное исследование показало, что на фоне лечения Эргофероном имеется статистически достоверное укорочение лихорадочного периода в среднем на 0,5-0,9 дня, сокращение длительности гиперемии зева на 0,8-1,6 дня. По другим показателям (вялость, слабость, снижение аппетита, осиплость голоса, лающий кашель, хрипы в легких) достоверной разницы в исследуемых группах не наблюдалось. Однако по большинству клинических симптомов (интоксикация, катаральные симптомы) в основной группе отмечалась более выраженная положительная динамика по сравнению с контрольной группой. В основной группе не было зарегистрировано ни одного осложнения, ни в ходе лечения препаратом, ни после его отмены. В то же время в группе сравнения были выявлены осложнения, как со стороны верхних дыхательных путей, так и со стороны желудочно-кишечного тракта. Кроме того, следует отметить, что Эргоферон хорошо переносился больными, сочетался с симптоматической терапией. Никаких побочных реакций и субъективных жалоб, связанных с приемом препарата, отмечено не было. Повышения температуры не отмечалось. Объективные клинические данные и показатели гемограммы соответствовали возрастной норме. Анализ мочи в первый и последний день исследования не выявил патологии ни у одного испытуемого. Аллергических проявлений в обеих группах зарегистрировано не было.

Выводы. Эргоферон эффективен при лечении детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с острым стенозирующим ларинготрахеитом. На фоне лечения Эргофероном имеется статистически достоверное уменьшение тяжести и укорочение длительности большинства клинических симптомов, отмечается более выраженная положительная динамика по сравнению с контрольной группой.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ

Урумбаева З.А, Ганиев А.Г., Ефименко О.В., Зайнабитдинова С.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить информированность и отношение родителей к вакцинопрофилактике детей.

Материалы и методы. Проведен социально-психологический опрос родителей (n=150). Каждому участнику исследования была предложена разработанная нами анонимная анкета, содержащая 21 вопрос.

Результаты. По результатам анкетирования установлено, что подавляющее большинство родителей (69%) прививают своего ребенка по национальному календарю, однако 20% детей вакцинируется избирательно, и только 0,8 % не прививается вообще. Основными

причинами отказа от вакцинации является нежелание родителей делать прививки из-за страха развития осложнений (60%) и наличие в анамнезе медицинских противопоказаний (24%). Чуть более половины опрошенных считают (54%), что прививки - это необходимая мера и их нужно сделать обязательными вне зависимости от желания родителей; 49% полагают, что прививки - это личное дело каждого родителя - делать или не делать прививку своему ребенку. Чуть более половины (58%) считают, что для профилактики болезней обязательно делать прививки, так как они защитят ребенка от инфекции. Лучше переболеть и получить естественный иммунитет - думают 27% родителей, 14% считают, что прививки делать не обязательно, достаточно закаливания, фитотерапии и т.п. Половина (58%) родителей считают, что вакцинация снижает восприимчивость к определенной инфекции. Каждый десятый думает, что избыток прививок перегружает иммунную систему; 9% полагают, что вакцинация ослабляет организм. К сожалению, 27% затрудняются ответить на данный вопрос. Половина опрошенных (61%) считают справедливым, если детей без прививок не принимают в детский сад, школу, каждый четвертый (24%) имеет противоположное мнение; 16% не имеют представления в данном вопросе. При этом значительное количество опрошенных осознают, что отсутствие прививок ведет к возникновению массовых инфекционных заболеваний.

Родители считают, что прививки нужны: ребенку, чтобы не болеть - 76%; врачам для выполнения плана - 16%; фармацевтическим фирмам для получения дохода - 11%. Превалирующая часть убеждена, что, несмотря на большую конкуренцию фармацевтических фирм и врачебные планы, прививки важны для ребенка с целью предохранения от инфекционных заболеваний.

Эффективность прививок родители оценивают следующим образом:

- прививка может предотвратить болезнь - 87%;
- прививка не оказывает влияния - 11%;
- прививка делает только хуже - 2%.

Согласно данным опроса более половины хотели бы знать больше о прививках больше (63%). Жаль, что каждый третий родитель не видит в этом необходимости.

Заключение. Подавляющее большинство родителей прививают своего ребенка в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. При этом более 52% высказываются за обязательность прививок вне желания родителей. Лишь половина населения имеет правильное представление о влиянии вакцинации на иммунную систему ребенка. Десятая часть родителей имеет ошибочное мнение об эффективности активной иммунизации. Это связано с их недостаточной информированностью в области вакцинопрофилактики, что диктует необходимость усиления деятельности медицинских работников в области гигиенического обучения и воспитания населения по этому аспекту.

СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ПЕДИАТРИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Хаджаева Д.Х., Азимова З.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Слизистая оболочка носоглотки является местом равновесия между местной бактериальной флорой и защитными силами организма. При ослаблении общей и местной резистентности способствует развитию очага инфекции на слизистой носоглотки. Носовая полость выстлана эпителием, на поверхности которого обнаруживается небольшое количество бактерий, это связано с тем, что секрет слизистой оболочки носа обладает антибактериальными свойствами.

Цель и задача. Целью исследования явилось изучение дисбиотических изменений микрофлоры носоглотки и разработка методических подходов в диагностике и лечении заболевания.

Методы исследования. Мазок для микробиологических исследований брали утром натощак, стерильным глоточным ватным тампоном. Тампон осторожно вводят через носовое отверстие в носоглотку. Посев мазка производится на стандартных микробиологических средах: (мясопептонный агар, кровяной, желточно-солевой агары, пестрый ряд Гиса, среды Сабуро, эндо). На основании микробиологических, биохимических признаков и изучения антигенной структуры осуществляли идентификацию по бинарной номенклатуре с изучением выделенных штаммов в материале. Колонизацию слизистой носоглотки оценивали по составу микрофлоры. При исследовании микрофлоры учитывали: лакто бактерии; стафилококк сапрофитный; стафилококк эпидермальный; золотистый стафилококк; стрептококк негемолитический; стрептококк гемолитический; кишечная палочка; протей; дрожжеподобные грибы рода кандиды.

Обсуждение полученных результатов. Анализ проведенных микробиологических исследований для изучения дисбиотических изменений микрофлоры носоглотки выявил количественные и качественные изменения: появление микроорганизмов не характерных для данного биотопа и появление их патогенных форм. Так, 80-100% случаев выявлялся патогенный золотистый стафилококк, 80-96,6% гемолитический стрептококк при отрицательных значениях в контроле. Количественный спектр не свойственных данному биотопу микроорганизмов был дополнен увеличением частоты (80,0-86,67%) выделения кишечной палочки, протей (40,0-90,5%) и резким увеличением (до 90,5%) частоты обнаружения грибов рода кандиды. До оперативного лечения отмечалась тенденция к восстановлению микробиоциноза: уменьшалось выявление патогенной и условно патогенной микрофлоры. В послеоперационный период менялся качественный состав микрофлоры носоглотки в группах больных с включением ФарГАЛса, биопарокса: снижалась частота встречаемости

резистентной микрофлоры. Хронические заболевания ЛОР органов, приводя к развитию вторичного иммунодефицита. Коррекция дисбиотических изменений носоглотки оказалась эффективна в лечении воспалительных процессов среднего уха.

Выводы. Таким образом, микробиологические исследования выявили выраженные количественные и качественные дисбиотические изменения микрофлоры носоглотки (вегетирование условно-патогенных и патогенных микроорганизмов), для лечения которых, необходимо включение местных антисептических и противомикробных препаратов, что ведет к восстановлению микробиоценоза носоглотки.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Хаджаева Д.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Проблему острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых и широко обсуждаемых медицинской общественностью. Этиологический диагноз, как показывают многочисленные наблюдения, зависит от места и времени развития заболевания, возраста больных. У детей до 5 лет наряду с вирусными агентами значительную долю в структуре возбудителей острых диарей занимают бактериальные и паразитарные инфекции. По данным собственных исследований, среди этиологически расшифрованных ОКИ преобладают ротавирусные гастроэнтериты. Данные исследований свидетельствуют о безусловной необходимости разработки новых эффективных диагностических подходов и оптимизации алгоритма диагностики заболеваний этой группы.

Цели исследования: определение этиологической структуры острых кишечных инфекций на современном этапе и оценка эффективности, антибактериальных препаратов нового поколения в терапии бактериальных кишечных инфекций.

Материалы и методы: Для выполнения поставленной задачи, нами проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости. При оценке этиологической значимости, выделенных из фекалий больных ОКИ, в качестве критерия использовали количественные показатели микробной обсемененности.

Результаты и обсуждение: С целью изучения количественного и качественного состава аэробной и анаэробной микрофлоры кишечника проведены исследования на дисбактериоз фекалий 60 пациентов без проявлений ОКИ. Состояние микробиоценоза кишечного биотопа определяли по таким показателям как наличие бифидобактерий, лактобацилл, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, с измененной функцией ферментов, и лактозонегативных биохимических вариантов, а также на наличие УПМ и грибов.

Вывод: Приведенные данные свидетельствуют о безусловной необходимости разработки новых эффективных диагностических подходов и оптимизации алгоритма диагностики заболеваний этой группы. Повсеместная распространенность заболеваемости ставят ОКИ в разряд наиболее значимых болезней. От своевременности и адекватности назначения терапии ОКИ зависят длительность заболевания и исходы. По современным представлениям, терапия ОКИ у детей должна быть комплексной и этапной. Индивидуальный подход к выбору препаратов должно быть с учетом этиологии, тяжести, фазы и клинической формы болезни, возраста ребенка и состояния микроорганизма к моменту заболевания. Назначение оптимальной этиотропной терапии, является выбор антибактериального препарата. Постоянная изменчивость чувствительности микробов, возбудителей ОКИ диктуют необходимость, применения препарата с наибольшей чувствительностью к выявленному возбудителю. Учитывая, о негативном влиянии большинства антибактериальных препаратов на состав кишечной микрофлоры, представляют интерес антибактериальные препараты. Действующие не только на патогенную, но и условно патогенную флору. В связи с этим вопросы совершенствования стратегии и тактики этиотропной терапии ОКИ бактериального генеза у детей не теряют своей актуальности.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЗАЦИИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хамдамов Н.М., Ганиева М.Ш.,

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В связи с увеличением частоты хронического гломерулонефрита у детей и необходимостью предотвращения развития хронической почечной недостаточности оценка характера течения и прогноза гломерулонефрита (ГН) приобрела особую актуальность.

Цель исследования - анализ факторов риска хронизации и критериев прогнозирования характера течения ГН на раннем этапе его развития.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 139 детей с впервые обнаруженный проявлениями гломерулопатий в возрасте 7-16 лет (75 мальчиков и 64 девочки). В качестве контрольной группы обследованы 70 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. Пациентам проводилось комплексное общеклиническое обследование (оценка соматического статуса, общие анализы крови и мочи, проба Нечипоренко, Зимницкого, оценка суточной протеинурии). Функциональное состояние почек оценивали по содержанию мочевины и креатинина крови, клиренсу эндогенного креатинина, клубочковой фильтрации и реабсорбции в пробе Реберга, концентрационной способности почек.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе анамнестических данных было выявлено, что развитию гломерулопатий в

катамнезе у детей с переходом в хроническое течение в 2,9 раза чаще отмечалось сочетание нескольких хронических очагов инфекции по сравнению с пациентами без признаков хронизации ГН. У детей второй группы в 2,0 раза чаще выявлялась высокая отягощенность наследственного анамнеза по патологии почек (30,5 и 15,5% соответственно) и в 1,4 раза чаще по артериальной гипертензии (АГ) у родителей (69,4, и 50,5% соответственно). Анализ клинических проявлений дебюта заболевания показал, что у 96,1% больных первой группы ГН протекал типично, с острым развитием нефритического синдрома. Критериями ОНС являлось острое начало заболевания с развитием отечного синдрома, наличие артериальной гипертензии и изменений в анализах мочи (в виде протеинурии, микро- или макрогематурии). В то же время у большинства пациентов второй группы (91,6%) клиническая картина была малосимптомной, в основном представлена изолированным мочевым синдромом. При сравнительном анализе в группе детей с последующим выздоровлением в 7,1 раза чаще регистрировались отеки, в то время как у детей с последующей хронизацией ГН в 13,9% наблюдений отмечалась лишь пастозность мягких тканей. Периферические отеки сохранялись в течение $12,0 \pm 1,44$ дней и исчезали в результате лечения у всех больных. При сравнении между группами оказалось, что у пациентов первой группы в 14,6 раза чаще регистрировалось повышение АД по сравнению с группой детей с последующей хронизацией ГН (78,6 и 5,6% соответственно). В группе детей с последующим клиническим выздоровлением гематурия выявлялась в 1,3 раза чаще по сравнению со второй группой пациентов. Протеинурия была достоверно выше у детей с последующей хронизацией ГН, однако, отмечалась в 1,2 раза чаще в первой группе пациентов.

Выводы: Исходя из вышеизложенного, данные показатели можно считать факторами риска, позволяющими прогнозировать хронизацию гломерулопатий. При наличии указанных факторов необходимо проведение интенсивного лечения уже с момента дебюта заболевания для улучшения прогноза гломерулонефрита.

КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Холмурадова З.Э., Гарифулина Л.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: выявление основных компонентов проявления метаболического синдрома у подростков с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: после проведенного диспансерного обследования в школах и колледжах г. Самарканда было выявлено 38 подростков с повышенным АД в возрасте от 15 до 17 лет. Группу сравнения составили 18 здоровых подростков соответствующего возраста

и пола. Артериальная гипертензия диагностировалась в соответствии с критериями, разработанными Комитетом экспертов Российского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России (Москва, 2009)

Результаты исследования: Нами установлено, что у подростков с артериальной гипертензией наследственность наиболее отягощена по ССЗ, из них у 52,6% родственники первой линии родства страдали АГ, а у 12% наблюдалась ИБС, 9% - перенесли инсульт. У 50% подростков обнаружена отягощенная наследственность заболеваниям обмена веществ и эндокринными заболеваниями: у 40% - ожирение и у 14% сахарный диабет 2 типа. В группе сравнения наследственность была отягощена ССЗ у 37,5% детей: у 19% гипертонической болезнью, у 12,5% ИБС, случаев инсульта не было. Среди всех обследованных подростков избыточная масса тела наблюдалась у 17 человек – 44,7% (11 мальчиков и 6 девочек), причем у 2 (5,2%) наблюдалось ожирение I степени. Среднее значение холестерина в сравниваемых группах находилось в пределах нормы, однако в группе детей и подростков основной группы обнаружен более высокий уровень холестерина ($4,52 \pm 0,44$ ммоль/л), чем в группе сравнения ($3,51 \pm 0,32$ ммоль/л; $P < 0,05$). Анализ показателей общего холестерина показал наличие желательного уровня холестерина в группе сравнения у 94,4% обследованных, в 1 группе у 52,6% ($P < 0,05$). Погранично высокие показатели холестерина в группе сравнения были у 5,5% детей, и у 13,1% детей с АГ. Гипертриглицеридемия (более 2,19 ммоль/л) выявлена у 15,7% подростков с АГ, в группе сравнения таких показателей не оказалось. Уровень триглицеридов $> 1,69$ ммоль/л, являющийся независимым фактором риска обнаружен в группе с АГ у 18,4% детей, а в группе сравнения у 5,5%. В группе с эссенциальной гипертензией у 77,7% подростков уровень ЛПНП находился в пределах желательных категорий значений, у 13,1% в пределах погранично высокой категории, у 2,6% в пределах высокой категории. В контрольной группе все дети имели нормальный уровень ЛПНП. Самые низкие показатели ЛПВП были выявлены у детей с эссенциальной гипертензией $1,21 \pm 0,14$ ммоль/л. Среди группы сравнения снижения уровня ЛПВП не наблюдалось. У 31,5% детей было выявлено повышение уровня мочевой кислоты крови (в среднем $0,405 \pm 0,29$ ммоль/л), тогда как в группе сравнения данного факта не наблюдалось ($P < 0,001$). Нами не выявлены случаи гиперинсулинемии, гиперинсулинизма. В то же время метаболический синдром был поставлен 6 подросткам с эссенциальной гипертензией (15,7 %): гиперурикемия + нарушение толерантности к глюкозе + АГ + висцеральный тип ожирения + гипертриглицеридемия + гиперхолестеринемия. У 22 больных (57,8 %) – единичные проявления метаболического синдрома и сочетания отдельных маркеров метаболического синдрома: гиперурикемия, гипертриглицеридемия, гипертриглицеридемия + гиперурикемия; гипертриглицеридемия + гиперурикемия + снижение уровня ХСЛПВП.

Выводы: при обследовании нами выявлено, что у значительного числа обследованных детей с эссенциальной гипертензией выявлены маркеры метаболического синдрома в различных комбинациях.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Худайбергенов М.Р.

Ташкентская Медицинская академия Ургенчский филиал

Сепсис у детей - актуальная медицинская проблема, в основе которой лежат механизмы системного воспалительного ответа с сопутствующими нарушениями процессов гемодинамики и тканевой перфузии в организме ребенка. На сегодняшний день частота сепсиса и его осложнений остается высокой, что свидетельствует о несовершенстве знаний механизмов его развития. Нами были обследованы 60 больных в возрасте от 1 мес до 12 мес с диагнозом - нозокомиальный сепсис (НС). Из них от 1 -до 6мес. составили 40 (67,0%) больных, от 7мес- до 12мес 20 (33%). Мальчиков было 38 (53,3%), девочек -22 (46,7%). НС отличаются от других форм по условиям инфицирования: 41 из 60 пациентов заболел через 48 часов после поступления в стационар с диагнозами ОРЗ, пневмония, ларингит, аллергия, анемия и др., 13 больных были госпитализированы через 5-7 суток после выписки из стационара с высокой температурой, физикальными изменениями, 6 больных были переведены из других больниц, где они лечились по поводу гепатита, кишечной и хирургической патологии. В анамнезе у этих больных отмечались частые простуды, в частности, пневмония (96,46%), омфалит (9,24%), 93,85% неоднократно получали лечение антибиотиками (ампиокс, гентамицин, пенициллин, ампициллин). Острое начало зарегистрировано в 38 случае (53,3%). Влажный кашель с выделением вязкой слизистой мокроты имел место у 98,5%. У 67,7% детей, которые лечились в отделениях реанимации и интенсивной терапии в течение 3-4 дней, состояние было тяжелым. У остальных состояние расценивалось как среднетяжелое. Одышка выявлена у 92,31%, перкуторные и аускультативные данные были положительными у 100%. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у 55 (84,6%) пациентов определено двухстороннее, у 10 (15,4%) одностороннее поражение легких. Очаговая пневмония, диагностирована у 31 (47,3%), сегментарная - у 21 (32,3%), полисегментарная - у 12 (18,5%) больных. У одного ребенка имел место ДВС-синдром. При анализе осложнений НС у 4 (6,15%) детей выявлен обструктивный синдром, у 53 (81,5%) - кардиореспираторный синдром, лишь у 1 (1,54%) больного определен токсический гепатит, у 3 (4,64%) пациентов отмечался кардит и у 6 (9,24%) диспепсия.: Гемограмма у больных НС характеризовалась высоким уровнем лейкоцитов, который в среднем составил $11,23 \pm 0,33 \times 10^9/\text{л}$, и ускоренной СОЭ до $17,10 \pm 0,70 \text{ мм/ч}$. У всех детей уровень гемоглобина был снижен до $80,01 \pm 1,20 \text{ г/л}$ (в контроле $120,04 \pm 0,96 \text{ г/л}$, $p < 0,05$).

Наблюдалось снижение количества эритроцитов (соответственно $3,1 \pm 0,05$ и $4,40 \pm 0,05$, $p < 0,05$) и палочкоядерных нейтрофилов (соответственно $4,40 \pm 0,30$ и $1,92 \pm 0,06$, $p < 0,05$). Уровень СДЗ был достоверно ниже, чем в контроле (соответственно $36,45 \pm 0,50$ и $56,0 \pm 1,10$, $P < 0,05$), содержание СД4 в крови детей с НС в среднем составило $22,30 \pm 0,32$, что было значительно ниже, чем у лица контрольной группы (соответственно $22,30 \pm 0,32$ и $34,03 \pm 0,48$, $p < 0,05$). СД4/СД8 в среднем составил $0,9 \pm 0,01$ что также было достоверно ниже, чем в контроле ($1,7 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Средний уровень СД83 детей с НС был достоверно выше, чем в контрольной группе (соответственно $24,40 \pm 0,30$ и $20,12 \pm 0,40$, $p < 0,05$). Это свидетельствовало о недостаточности функциональной активности Т-клеточной системы иммунитета. У больных НС был снижен уровень ФАН (соответственно, до $29,0 \pm 0,84$ и $50,46 \pm 1,94$, $p < 0,05$), содержание ЛЧК в среднем составило $27,14 \pm 0,41$ что было достоверно выше, чем у здоровых детей (соответственно $28,14 \pm 0,41$ и $17,33 \pm 2,23$ $p < 0,05$). Уровень IgA был снижен, а IgM - повышен. Таким образом, результаты клинических, иммунологических и лабораторных исследований показали, что НС часто регистрируется у детей раннего возраста, госпитализированных в отделениях интенсивной терапии и реанимационных отделениях. Факторами риска НС является: ранний возраст; вторичный иммунодефицит, анемия, частое перенесение пневмонии, применение ИВЛ, внутривенные катетеризации.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ

Худайбергенов М. Р.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Проблема нозокомиальных инфекций (НИ) актуальна для здравоохранения всего мира в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально экономическим ущербом, причиняемым ими. НИ развиваются у 20-30% госпитализированных больных.

Цель: изучение этиологической структуры и клинических особенностей внутрибольничной (ВБП) пневмонии у детей.

Для выявления этиологического агента нозокомиальной пневмонии нами обследованы 65 больных с диагнозом ВБП. Бактериологическому исследованию было подвергнуто содержимое дыхательных путей, с помощью иммуноскопического метода выявляли АСЛ к различным бактериальным агентам в крови больных. У 33,9% детей с ВБП выделялись *Proteus* spp., у 26,2% - *Staph.aureus*, у 18,5% - *Kl .pneumoniae*, у 6,2% - *Ps.aeruginosa*, у 7,7% - *Staph, epidermidis*, у 3,1% - *Enterobacter* spp., у 4,62% - прочие бактерии. У 48 (73,8%) пациентов выделен один, у 17 (26,2%) - два возбудителя. Основными возбудителями были *Protues + Staph, aureus*, *Kl.pneumoniae + Staph, epidermidis*, *Proteus + хламидии*, *Staph, aureus + хламидии*, грамотрицательные микроорганизмы + прочие бактерии.

Наиболее частыми возбудителями среди больных НП детских стационаров являются грамотрицательные бактерии, в том числе *Proteus* - 33,9%, *Kl.pneumoniae* - 18,5%, *Staph. aureus* - 26,2%. АСЛ были обнаружены у 65 больных с диагнозом ВБП. Для выявления возбудителей нозокомиальной пневмонии мы использовали антигенный диагностикум, содержащий бактериальные АГ к *Str.pneumoniae*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Proteusvulgaris*, *Proteusmirabilis*, *Kl. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*, *E.coli*, *Enterobacter spp*, *Strep.spp*. Пробу считали положительной, если содержание АСЛ в крови превышало более 5% (N-0-5%), наиболее высокий уровень АСЛ обнаружен к АГ протей и золотистому стафилококку и клебсиеллы. АСЛ к *Str.pneumoniae* определялись у 2 (3,08%), АСЛ к *Staph.aureus* - у 17 (26,2%) больных, АСЛ к *Staph.epidermidis* у 6 (9,23%), больных НП. АСЛ к АГ *Kl.pneumoniae* определялись у 10 (15,4%), к АГ *Proteus* - у 23 (35,4%) больных. Результаты исследования АСЛ совпадали с данными, полученными при бактериологическом исследовании. Нам известно, что основным механизмом антибактериальной резистентности госпитальных штаммов является продукция, бета лактамаз, способных гидролизовать пенициллины, цефалоспорины путем раскрытия бета лактамного кольца. Мы изучали чувствительность возбудителей НП к антибактериальным препаратам. В результате анализа чувствительности возбудителей НП к наиболее часто используемым в педиатрической практике антибактериальным препаратам установлено, что все штаммы были устойчивыми к антибиотикам пенициллинового ряда, что указывает на нецелесообразность их применения у детей нозокомиальными пневмониями в качестве препарата первого выбора. Наиболее высокая чувствительность штаммов *Kl.pneumoniae*, *Proteus*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis* выявлена в отношении тикарциллина клавуланата и ампициллина сульбакта-ма, поэтому они были выбраны для этиотропного антибактериального лечения у детей с НП. Все эти данные диктуют необходимость изучения и выявления чувствительности штаммов грамотрицательных бактерий к широко используемым антибиотикам в каждом индивидуальном случае НП, в каждом педиатрическом стационаре, что позволяет определить резистентные штаммы возбудителей госпитальных инфекций (пневмоний) и способствует профилактике тяжелых форм и неблагоприятных исходов нозокомиальной пневмонии у детей.

ОЦЕНКА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Шайхова Л.И., Чулпонов И.Р.

Ташкентская медицинская академия

Изучение мнения населения о качестве сестринской помощи первичного звена здравоохранения-семейных поликлиник позволяет определить

приоритетные направления по улучшению работы медицинских сестёр общей практики.

Цель исследования. Анализ и сравнительная оценка удовлетворённости населения качеством труда медицинских сестёр общей практики (семейные поликлиники городских экспериментальных учреждений) и участковых медицинских сестёр(городские учреждения ПМСП)г.Ташкента.

Материал и методы. Для изучения удовлетворенности пациентов качеством труда медицинских сестёр была разработана специальная анкета ,которая включает 20 вопросов, касающихся как профессиональных ,так и личностных качеств медсестёр.

В анонимном анкетировании приняли участие 150 больных городских экспериментальных учреждений –семейные поликлиники (опытная группа)и 151 пациент общих городских семейных поликлиник (контрольная группа)Женщины составляли 64%,мужчины -36%.Пациенты были в возрасте от 19 до 78 лет, из них 27% в возрасте 20-29 лет,24% -30-39лет ,16% -4-49 лет.

В браке состояли большинство респондентов ,из них 79,5% женщин и 74,5% мужчин ,четверть опрошенных респондентов не состояли в браке.

Из числа респондентов ,состоящих в браке ,25% имели 2-х детей ,21% 3-х,16%-1,15%-4,23% опрошенных детей не имели.

По социальному статусу респонденты распределялись следующим образом: неработающие пенсионеры -42,5%,рабочие-30%,служащие -14,25.

Результаты. По мнению пациентов, существенную роль в деятельности медицинских сестер играет внешний вид, который определяет психологию общения с пациентами. Наибольшее число респондентов в обеих группах оценили внешний вид медсестёр как хороший, 16,3%-как удовлетворительный ,9% -как неудовлетворительный. Психологией общения медсестёр с пациентами в опытной группе были удовлетворены 69%, анкетирующих ,в контрольной 51%.

Не последнюю роль во взаимоотношениях медсестёр и пациентов играют личностные характеристики медсестёр. По мнению пациентов “хорошая” медсестра должна обладать такими качествами как внимательность (55,7), исполнительность (24,6%), терпимость(19,7%)

Опрошенные в контрольной группе на первые два места поставили внимательность (46,2%) и исполнительность (27,8%), а третье – отзывчивость(26%).

Однако при выяснении причин неудовлетворённости пациентов качеством работы сестринского персонала первичного звена здравоохранения 29,8% указали на равнодушие и невнимательность медсестёр к проблемам пациентов.

Таким образом,изучение мнения населения о качестве работы медсестёр первичного звена здравоохранения, семейных поликлиник позволяет определить приоритетные направления по улучшению работы медицинских сестёр общей практики и оперативно принимать меры по устранению недостатков.

ОЦЕНКА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Шайхова Л.И., Чулпонов И.Р.

Ташкентская медицинская академия

Изучение мнения населения о качестве сестринской помощи первичного звена здравоохранения-семейных поликлиник позволяет определить приоритетные направления по улучшению работы медицинских сестёр общей практики.

Цель исследования. Анализ и сравнительная оценка удовлетворённости населения качеством труда медицинских сестёр общей практики (семейные поликлиники городских экспериментальных учреждений) и участковых медицинских сестёр(городские учреждения ПМСП)г.Ташкента.

Материал и методы. Для изучения удовлетворенности пациентов качеством труда медицинских сестёр была разработана специальная анкета ,которая включает 20 вопросов, касающихся как профессиональных ,так и личностных качеств медсестёр.

В анонимном анкетировании приняли участие 150 больных городских экспериментальных учреждений –семейные поликлиники (опытная группа)и 151 пациент общих городских семейных поликлиник (контрольная группа)Женщины составляли 64%,мужчины -36%.Пациенты были в возрасте от 19 до 78 лет, из них 27% в возрасте 20-29 лет,24% -30-39лет ,16% -4-49 лет.

В браке состояли большинство респондентов ,из них 79,5% женщин и 74,5% мужчин ,четверть опрошенных респондентов не состояли в браке.

Из числа респондентов ,состоящих в браке ,25% имели 2-х детей ,21% 3-х,16%-1,15%-4,23% опрошенных детей не имели.

По социальному статусу респонденты распределялись следующим образом: неработающие пенсионеры -42,5%,рабочие-30%,служащие -14,25.

Результаты. По мнению пациентов, существенную роль в деятельности медицинских сестер играет внешний вид, который определяет психологию общения с пациентами. Наибольшее число респондентов в обеих группах оценили внешний вид медсестёр как хороший ,16,3%-как удовлетворительный ,9% -как неудовлетворительный. Психологией общения медсестёр с пациентами в опытной группе были удовлетворены 69%,анкетируемых ,в контрольной 51%.

Не последнюю роль во взаимоотношениях медсестёр и пациентов играют личностные характеристики медсестёр. По мнению пациентов “хорошая” медсестра должна обладать такими качествами как внимательность (55,7),исполнительность (24,6%), терпимость(19,7%)

Опрошенные в контрольной группе на первые два места поставили внимательность (46,2%) и исполнительность (27,8%), а третье—отзывчивость(26%).

Однако при выяснении причин неудовлетворённости пациентов качеством работы сестринского персонала первичного звена здравоохранения 29,8% указали на равнодушие и невнимательность медсестёр к проблемам пациентов.

Таким образом, изучение мнения населения о качестве работы медсестёр первичного звена здравоохранения, семейных поликлиник позволяет определить приоритетные направления по улучшению работы медицинских сестёр общей практики и оперативно принимать меры по устранению недостатков.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время метод эндоскопической хирургии переживает период бурного развития. Высокая эффективность, короткие сроки послеоперационной реабилитации, отличные косметические результаты делают это направление в хирургии особенно актуальным в педиатрической практике. Однако в связи с широким внедрением данного метода перед анестезиологами встал ряд специфических проблем, связанных с особенностями поддержания жизненно важных функций организма во время хирургического вмешательства.

Материал и методы: Эндоскопические вмешательства проводились в урологическом отделении 2-клиники СамМИ. Всего за период с 2015 по 2017 гг. прошло 102 пациентов в возрасте от 6 мес. до 18 лет. В зависимости от вида вмешательства все больные были распределены на три группы. У 76 пациентов (первая группа), была проведена уретроцистоскопия, трансуретральное дренирование лоханки (или мочеточника) с наружным дренированием по поводу гидронефроза (хронического пиелонефрита и т.д.) 22 пациентам (вторая группа) произведена эндоколлагено-пластика устья мочеточника, и у 6 детей (третья группа) были удалены камни мочевого пузыря.

Результаты и их обсуждение. Предоперационная подготовка пациентов состояла в клиничко-лабораторном обследовании, при необходимости проводили общеукрепляющую, симптоматическую и антибактериальную терапию. Продолжительность подготовки зависела от общего состояния больного и показаний к операции. Чаще всего применяли стандартную премедикацию (атропин, димедрол, ненаркотические анальгетики). Однако она не всегда обеспечивала достаточного эффекта. Поэтому у части больных, учитывая особенности развития личности ребенка и у больных третьей группы, где продолжительность манипуляции составляла 15-25 минут, использовали расширенную премедикацию, добавляя бензодиазепины за 30-40 минут до начала вмешательства. У детей первой и второй групп, где продолжительность операции составляла

10-20 и 5-10 минут (соответственно) для анестезии использовали в/в введение кетамина в дозе 0,5-1 мг/кг. У больных третьей группы кетамин вводили в дозе 1-3 мг/кг (в зависимости от возраста ребенка) и дополнительно проводили ингаляцию 10-% аэрозоля лидокаина в уретру.

Вывод: При использовании такой методики общей анестезии мы не отмечали каких либо серьезных нарушений функций сердечно-сосудистой системы и дыхания. В посленаркозном периоде больные не жаловались на головную боль, тошноту и какие либо другие негативные ощущения. Указанные дозировки были вполне адекватны и эффективны у данной категории больных, что дает основание к применению методики при эндоскопических вмешательствах.

ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Шамсутдинов А.С., Саидова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность: Одной из актуальных проблем современной педиатрии остается проблема гипербилирубинемии недоношенных новорожденных детей в связи билирубиновой интоксикации и энцефалопатии. За последние годы появилось большое количество работ, в которых предприняты попытки раскрыть патогенетические звенья патологической гипербилирубинемии. Известно, что транзиторная гипербилирубинемия зависит от ряда факторов влияющих на элиминацию билирубина, таких как способность печеночных клеток воспринимать билирубин, полученный в процессе обмена. Созревание глюкуроноид-трансферазной системы печени происходит в последние недели беременности. Степень зрелости новорожденного является одним из решающих факторов деления билирубина и ответственных за возникновение транзиторной гипербилирубинемии. Литературные данные о степени выраженности желтухи у новорожденных в зависимости от массы тела при рождении и степени зрелости противоречивы.

Цель исследования: Изучение зависимости уровня билирубина в крови у новорожденных с массой тела при рождении.

Материалы и методы. Проведено клиничко-лабораторное исследование 45 новорожденных, госпитализированные в отделении неонатологии ОБДМПМЦ. Всем новорожденным было проведено биохимическое исследование уровня билирубина и корреляционный анализ между билирубином и массой их тела при рождении. Из 45 новорожденных 21 родились недоношенными. Мальчиков было немного меньше- 19 (42,2%), чем девочек- 26 (57,8%).

Результаты: На основе полученных результатов установлена слабая корреляционная зависимость уровня билирубина с массой тела при рождении и высокая обратная зависимость степени желтухи со зрелостью.

Таким образом: при оценке степени билирубиновой интоксикации необходимо учитывать экстрагенитальную патологию матерей, степень зрелости плода к моменту рождения.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Шамсутдинова М.А., Ботиров А.Р., Ганиев А.Г., Усманова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Исследование функционального состояния вегетативного гомеостаза здоровых школьников.

Материалы и методы. Практически здоровая популяция школьников – 435 (девочек – 333, мальчиков – 222,) обследована согласно специальной программы изучения вегетативного гомеостаза (вегетативного тонуса, реактивности и обеспеченности).

Результаты. В целом у школьников с возрастом уменьшаются случаи патологических вариантов КОП, что видимо, связано со стабилизацией и становлением реактивности сердечно - сосудистой системы. Изучение распространенности патологических вариантов КОП в зависимости от возраста обследованных показал, что у младших школьников преобладают гиперсимпатотонический вариант КОП, указывающий на избыточность реакции сердечно - сосудистой системы, выражающийся увеличением параметров ЧСС, с АД и ДАД. Гипер активность сохраняется у девочек в возрасте 11-14 лет (19,2%) что связано с сохраняющейся высокой частоты исходной симпатотони в этом возрастном периоде. Эти данные свидетельствуют о лабильности и чувствительности сердечно- сосудистой системы детей младшего школьного возраста, а также школьниц в возрасте 11-14 лет. Относительно высокая частота патологических вариантов КОП с недостаточным включением симпатотонической системы на нагрузку. (гиперчувствительный симпатотонический варианты) и смешанный КОП (симпатикоастенические и астенические варианты) у наших мальчиков симптомов поражения сегментарных отделов ВНС системы и латентно протекающих форм вегето- сосудистой системы.

Заключение. Практически здоровые школьники региона имеют определенные особенности вегетативном тонусе и реактивности сердечной системы. У многих детей обнаруживаются напряженные механизмы сердечного ритма. Клиника ортостатическая практика оценить обеспечение вегетативно деятельности АД в реальных условиях жизни.

ЗАВИСИМОСТЬ ПРОГНОЗА ЛЕЙКОЗА ОТ СОСТОЯНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ

Шарипова Л. Х

Бухарский государственный медицинский институт

Пик заболеваемости лейкозом у детей приходится на возраст 2-4 года. В связи с наблюдаемой в последние десятилетия тенденцией к росту заболеваемости лейкозом и сохраняющейся высокой летальностью проблема лейкозов у детей стала особенно актуальной для практического здравоохранения

Острые лейкозы -гетерогенная группа клональных опухолевых заболеваний кроветворной ткани, характеризующаяся:

- неконтролируемой пролиферацией,
- нарушением дифференцировки,
- накоплением в костном мозге и периферической крови незрелых гемопоэтических клеток

Особенно чувствительны к воздействию электромагнитного излучения дети школьного возраста, организм которых еще не сформировался: даже всего несколько часов в неделю, проведенных около компьютера, опасны для их здоровья. В 2001 году в США опубликованы данные по увеличению количества заболеваний детей лейкозом, которые более 2 часов в день играли на компьютере и в видео игры.

Актуальность проблемы

Острый лейкоз заканчивается летально без лечения в 100%

До эры химиопрепаратов все больные погибали в течение 3 месяцев от инфекций либо геморрагий

За 50 лет достигнуты большие успехи в терапии лейкозов – 5 выживаемость – 70%, а в ряде случаев *выздоровление*.

Цель работы. Выявить зависимость прогноза лейкоза от состояния образа жизни родителей и материального состояния их.

Материалы и методы исследования. Составлена специально разработанная карта – анкета больных лейкозом. Анкета содержит сведения о состоянии здоровья родителей, их социальном положении, наличии профессиональных вредностей, вредных привычек. Также уделяется внимание состоянию здоровья матери во время беременности, характеру вскармливания ребенка. Учитывается также материальное обеспечение семьи и ряд других факторов.

При заполнении карты использовали следующую медицинскую документацию – История болезни (форма № 3), История развития ребенка (форма № 112), Карту диспансерного учета (форма № 3), устный опрос матерей

Результаты исследования: Под наблюдением находились 75 детей в возрасте от 1 до 15 лет, находящихся в Бухарском областном детском медицинском многопрофильном центре с 2012 по 2018 годы. Дети городского населения составляли – (18) 24 %, Дети сельской местности – (57) 76%, Мальчики- (45) 60%, Девочки – (30) 40%

Состояние здоровья родителей

Матери детей страдающих острым лейкозом, чаще страдали анемией различной степени– 75(%) в I триместре беременности.

У 35% из них была зарегистрирована угроза прерывания беременности в различных периодах.

Также 42% из них в первом триместре переболели заболеваниями верхних дыхательных путей, ССС, органов пищеварения, почек и т.д.

Почти 75% из них страдали токсикозом I и II половины беременности, только 25% не болели никакими заболеваниями. Изучая характер

вскармливания детей до 1 года выявлено следующее: кормили ребенка только материнским молоком до 1 года – 12,5%,

кормили ребенка материнским молоком до 6 мес – 25,5%, кормили ребенка искусственными смесями и коровьим молоком до 1 года - 46,6%, находились на смешанном вскармливании до 6 мес – 15,4%.

Анализируя вредные привычки родителей обнаружено что не имели случаев злоупотребления алкоголем и курением среди матерей, число отцов – курильщиков 76,8%, злоупотребление алкоголем у отцов – составлял – 12,5%

При анализе материального состояния родителей выявлено что дети не получившие полихимиотерапию проживали в плохих жилищных условиях, что составляет уровень смертности почти 87% (27) на первом полугодии после заболевания острым лейкозом. При хороших материально – бытовых условиях, когда была возможность получить ПХТ по схеме Москва – Берлин – 91% прожили до 1 года и больше и у некоторых из них ремиссия продолжалась более 3 лет, т.е. у 58,6% (44) детей с ОЛ. Смертность составляла на 1 год заболевания детей - 31 (41,3%)

С рождения до 1 года – 5 детей умерли в течении 2 – 3 месяцев после выявления лейкоза, причем у 1 из них выявлено заболевание сразу после рождения на 2 день, у которой был летальный исход в течении 3 дней. В возрасте 1 – 2 лет – 45%, 2-7 лет – 18% 10-15 лет – 37%

Заключение результатов исследования 1. Матери детей лейкозом во время беременности чаще страдали анемией, инфекционными и другими заболеваниями.

2. У детей находящихся на искусственном вскармливании болезнь острым лейкозом было выше.

3. Смертность детей от острого лейкоза на 1 году жизни и в возрасте 2 – 7 лет выше, по отношению других возрастов.

4. Вредные привычки родителей в виде курения и употребления алкоголя повышает риск развития лейкоза у детей раннего возраста.

5. Раннее применение ПХТ увеличивает продолжительность жизни у детей.

Вывод: Таким образом, проведенное исследование позволило установить влияние на возникновение и прогноз острых лейкозов следующих факторов: осложненное течение беременности матерей, нерационального искусственного питания ребенка, вредные привычки и материально-социальное положение родителей.

БОЛАЛАРДА СУВЧЕЧАК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Шерқўзиева Г.Ф., Самигова Н.Р., Тошбоев Б.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси

Жаҳоннинг кўпчилик мамлакатларида ҳалқ бошига очарчилик ва вайронгарчиликларнинг келтирадиган оғир офатларнинг сабабчилардан бири турли бактериал ва вирус табиатига эга касалликлардир. Ушбу касалликлар тез ва кенг қамровли тарқалиши билан характерланиб иқтисодиятга катта зарар келтиради. Бактериал ва вирусли ҳамда

паразитар ифлосланишлар ташқи муҳит омиллари, хусусан тупроқ, сув ва бошқаларни ҳам турли даражада ифлослантириб, аҳоли саломатлигига ва санитария турмуш тарзига салбий таъсир кўрсатади ва бунинг натижасида аҳоли ўртасида юқумли касалликларнинг кўпайишига сабаб бўлади. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳоли ўртасида юқумли хусусан сувчечак касаллиги билан аҳолининг касалланиш ҳолатини эпидемиологик статистик усул билан ўргандик. Аҳоли ўртасида юқумли касалликларнинг камайтириш ва бартараф этиш бўйича республикада кучли қонунчилик яратилган: “Аҳолининг санитария-эпидемиологик осойишталиги тўғрисидаги ”Ўзбекистон Республикасининг Қонуни ва бошқа меъёрий ҳужжатлар бунга мисол бўлади. Хусусан Қонуннинг бешинчи боб ”Санитария-гигиена тадбирларининг ва эпидемияга қарши тадбирларни ташкил этиш ҳамда ўтказиш”да 30;31;32;33; 34 ва 35 моддаларида белгилаб қўйилган, яъни 30 моддада ”Санитария-гигиена тадбирлари ва эпидемияга қарши тадбирлар” юқумли ва паразитар касалликлар ўчоқларида ўтказиладиган чора тадбирлар ва бошқалар қайд этилган. 32 моддада эса “Юқумли ва паразитар касалликлар ўчоқларида ўтказиладиган чора –тадбирлар”да қуйидагилар белгилаб қўйилган; юқумли ва паразитар касал деб гумон қилинаётган шахсларни аниқлаш, ажратиб қўйиш ва касалхонага ётказишга шунингдек улар билан мулоқатда бўлган шахсларни лаборатория текширувидан ўтказишга ва уларнинг тиббий кузатувини олиб бориш белгилаб қўйилган. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳолининг сувчечак касаллиги билан касалланиш ҳолатини ўргандик. Сувчечак кўп ҳолатларда энгил, ҳавфсиз кечишига қарамасдан, эпидемик шароитнинг жадал кечиши, иқтисодий зарарни юзага келтиради. Ушбу касалликни чақирувчи варицеллазостер вируси фақат инсонда касаллик чақиради ва 7 ёшгача деярли 80% болалар касалланадилар ва касалликдан сўнг иммунитет умрбод сақланади. Кузатув йилида умумий қайд этилган касалланиш ҳолати 37та, улардан 24 та ҳолат(64.8%) болаларда ва 13 та ҳолат(35.2%) катта ёшдаги аҳолида кузатилган. Касалланиш ҳолати айниқса январ ойида -8та, февралда -6 та, мартда-7та апрел ойида 4та энг кўп қайд этилган. Август, сентябр ва октябр ойларида касалланиш умуман кузатилмаган. Касалланиш кўп қайд этилган ойларда катта ёшдагиларга нисбатан ёш болаларла кўп учраган, яъни 4 ойликда болаларда 15 та ҳолат катталарда эса 10 та ҳолат кузатилган. Юқордагилардан келиб чиққан ҳолда шунини хулоса қилиш мумкин; ушбу касаллик асосан болаларга ҳос бўлиб, мавсумийлик характериға эға. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда ушбу касаллик эмлаш воситалари билан бошқарилмайдиган касаллик бўлганлиға сабабли эпидемик жараёнға таъсир қилувчи ҳавфли омиллар тўғрисида маълумотларни йиғиш ва таҳлил қилишға асосланиб ўтказилади, яъни энг кўп касалланиш ҳолати юзаға келадиган мавсумлар ва аҳолининг болалар гуруҳиға эътибор бериш лозим.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Эргашева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость у новорожденных - один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар и оперативного вмешательства. Ежегодно возрастает число детей с врожденной хирургической патологией, причем в структуре последней, большую часть занимают острые хирургические заболевания органов брюшной полости, в частности врожденная кишечная непроходимость. По данным ведущих центров неонатальной хирургии среди новорожденных детей наиболее сложным для выхаживания является ранний период адаптации.

Цель исследования: выявления факторов, вызывающих срыв адаптационных механизмов при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных детей.

Материал и методы исследования: нами был проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных данных 40 новорожденных с ВКН, а также соматический и акушер гинекологический анамнез матерей.

Результаты исследования. Срок гестации у новорожденных 34(85%) составил 38-40 недель, у 4(10%) 36-38 недель, у 2(5%) 41-42 недель. Масса тела колебалась в пределах 2100-3200 гр, среди них преобладали маловесные дети до 2400 гр 26(65%). Гипербилирубинемия выявлена у 22 новорожденных, нарастание интенсивности желтухи отмечен у 9 больных. Иктеричность кожи и видимых слизистых, обусловленные нарастанием в равной степени прямого и непрямого билирубина более характерными были для высокой кишечной непроходимости и мальротации кишечника. Отечный синдром был более свойственным для низкой кишечной непроходимости у 7 больных и при возникновении осложнений в виде перитонита у 5. Физиологическое течение беременности отмечалось только у 5(12,5%) женщин. Большинство новорожденные родились от матерей с отягощенным акушерским анамнезом и неблагоприятно протекавшей беременностью. Возраст рожениц составил 17-38 лет, у 17(42,5%) из них выявлены воспалительные заболевания половых органов. Беременность на фоне экстра генитальной патологии (анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящей системы, TORCH инфекции) протекал в 35(87,5%) случаях. У 15(37,5%) рожениц имело место один из выше указанных патологических состояний, у 25(62,5%) - сочетание двух и более отягощающих факторов.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют, что высокая частота патологии беременности, а также различные нарушения и осложнения способствуют неблагоприятным условиям внутриутробного

развития. Можно отметить, что указанные нарушения явились основными факторами способствующими срыву адаптационных механизмов при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯНИНГ ПОЛИОРГАНПАТОЛОГИЯСИ

Юлдашева Г.Г.

Бухарский государственный медицинский институт

Мавзунинг долзарблиги: ҳозирги кунда ҳар 1000 тадан 4 та чақалоқда ЦМВИ аниқланмоқда ва жиддий неврологик асоратларга сабаб бўлмоқда. Аксарият чақалоқлар болалар соғлом туғилиб, ЦМВИ пассив ташувчисига айланмоқда. 17% гача чақалоқларда ЦМВИ марказий нерв системасининг зарарланиши, талваса, тана вазнининг камлиги, гепатоспленомегалия, пневмония, сариклик, анемия белгилари билан кечиб, эрта болалик даврда кўриш ва эшитиш нуқсонларига (18-50%) сабаб бўлмоқда.

Мавзудан мақсад: Чақалоқлар орасида перинатал цитомегалоовирусли инфекция оқибатида юзага келадиган неврологик асоратларни камайтириш. Цитомегаловирус инфекция – чақалоқлар орасида кенг тарқалган инфекциялардан бири бўлиб, герпевирюслар оиласига мансуб цитомегаловирус чақиради. Илк марта вирус 1956 йилда сўлак безлари аниқланган бўлиб, организмда умр бўйи сақланиб қолади. Туғма ЦМВИ ҳомиладорлик даврида йўлдош ва қоғоноқ сувлари орқали ҳомилага юқиб, зарарланиш даврига қараб чала туғиш, бола ташлаш, нуқсонлар билан яқунланиши мумкин. Перинатал энцефалопатия 15-60% ногиронликка олиб келади.

Текширув натижалари: БВКТТМнинг неонаталогия бўлиmidан ўтган 60 та чақалоқларнинг касаллик тарихи ўрганиб чиқилди. Барча беморларда клиник-лаборатор, функционал текширувлар олиб борилди : ЭКГ, ЭХОКГ, НСГ, ИФА. Кузатувлар шуни кўрсатдики, 75% чақалоқларда ЦМВИ МНС нинг зарарланиш белгилар: гипоксик энцефалопатия-68%, талваса-8%, МНС нинг сўниш белгилари-2%, вегето-висцерал симптомлар-22% намоён бўлган. Анамнездан 90,2% оналар турли экстрагенитал касалликлар билан шунингдек, 21,7% TORCH инфекцияси билан ҳомиладорлик даврида актив зарарланишган.

Оналарнинг туғруқ тарихи ўрганилганда: 80,2 % гестоз, 74,3 % сурункали касалликлар (пиелонефрит, цистит, уретрит, бартолинит, эндометрит, гайморит, аднексит, колит ва бошқалар), 63,4 % анемия, 56% олдинги ҳомиладорлигида бола ташлаш, ўлик туғилиш кузатилган, 24% қоғоноқ сувлаининг муддатдан олдин кетиши (18соат ва ундан ортиқ), антибиотикларнинг кенг қўлланилганлиги аниқланди.

Хулоса: TORCH инфекция билан касалланган ва экстрагенитал касаллиги бор оналардан 11,5 баробар кўпроқ МНС перивентрикуляр қон қуйилишлари юзага келган. Асаб тизимининг гипоксик, травматик, инфекцион генезли перинатал патологиясида мия зарарланишининг

клиник белгилари қусиш ва қалқиш билан биргаликда намоён бўлган. Қалқиш ва қусиш синдромлари кўпроқ чала туғилган болаларда кузатилган.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕПСИС

Юсупова Г.А., Атаева Д.Р.

Ташкентская Медицинская академия

Актуальность: Сепсис является ведущей причиной смерти у критически больных детей и является результатом сложных взаимодействий между заражающими микроорганизмами и ответами хозяина, которые влияют на клинические исходы. В последние десятилетия проблема сепсиса новорожденных вновь приобретает актуальность, так как от септического шока летальный исход составляет 40-80% и выше, а при тяжёлом сепсисе летальность составляет 20-50%. Перенесённый сепсис часто влияет на состояние здоровья в дальнейшем.

Цель исследования: Анализ этиологии, клиники, лечения, осложнений и исходов перенесённого сепсиса у детей на основании катamnестических данных.

Задачи исследования: Выяснить состояние здоровья и группу здоровья детей, перенесших сепсис: их физическое, умственное, в том числе неврологическое развитие, перенесённые заболевания, необходимость наблюдения специалистами, состояние внутренних органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при сепсисе. **Материалы и методы:** проанализировано 52 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, находившихся в отделении патологии новорожденных и в отделении детской пульмонологии, и в отделении детской реанимации 1-клиники Ташкентской Медицинской Академии с диагнозом: «Сепсис. Септицемия. Желудочно-кишечная форма и/или легочная форма» в период с 2016 по 2018 гг. Катamnестическая информация предоставлена педиатрами, наблюдающими детей.

Результаты: Из 52 детей физическое развитие 20 детей не отличается от их сверстников и соответствует биологическому возрасту ребенка, 15 детей отстают от физического и умственного развития. 14 детей относятся к 3 группе здоровья, 9 – к 2 группе. Из перенесённых заболеваний у всех детей ОРЗ 1-4 раза в год, у 11 ребёнка длительная анемия. Шестеро ребёнка состоят на диспансерном учете у невролога, трое из них регулярно находятся под контролем окулистов и ортопедов, один ребёнок с тяжёлым врожденным пороком сердца находится на диспансерном учете у кардиолога.

Выводы: Перенесённый сепсис может не оказывать существенного влияния на физическое развитие ребёнка, а также на инфекционную заболеваемость, в то же время у детей часто имеется неврологическая патология и патология других внутренних органов и систем,

обуславливающая необходимость постоянного наблюдения врача-специалистами.

ДОКЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НА ИСХОД ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХИТЕ У ДЕТЕЙ

Юсупова З.М., Ганиев А.Г., Батиров А.Р

Ургенческий филиал ТМА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение особенностей современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также анализ основных принципов купирования острого ларинготрахеита у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Для анализа было отобрано 40 историй болезни детей, госпитализированных в ОДММЦ, в детское реанимационное отделение, в период с июня по декабрь 2017 года включительно. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом является 1 - 3 годы жизни - это 45 % детей от общего числа, затем идут дети от 3 до 5 лет - 25,5 %. Наименее подвержены острому ларинготрахеиту дети до года - 15 % и дети старше 5 лет - 14,5 %. Повторные эпизоды острого ларинготрахеита зарегистрированы у 20 % детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 3 % детей. У 25 % детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 56 % детей, с отягощенным аллергическим анамнезом наблюдалась пищевая аллергия, у 36 % - лекарственная аллергия, и у 8 % другие виды аллергий (поллиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.). Отмечено, что у 7 % детей имеется склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам.

В результате данного исследования установлено, что давность заболевания до госпитализации составило в основном 1 - 2 суток - 58 %, детей, госпитализированных на 3 сутки - 22,2 %, а детей, госпитализированных на 3 и более суток после начальных проявлений составило 21 %. Причем установлено, что до госпитализации 25 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 5,5 % детей получали антибиотики, 10 % детей - глюкокортикостероиды, 58,6 % детей не получали медикаментозного лечения. Также в ходе анализа установлено, что 78 % детей были госпитализированы скорой помощью, 14,2 % детей были направлены на госпитализацию педиатром, 7,5 % детей были госпитализированы после самостоятельного обращения родителей в детское инфекционное отделение. Неотложная помощь до госпитализации была оказана: скорой медицинской помощью - 37 % детей, педиатром - 3 %. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 25,5 % детей, со стенозом 1 степени у 67,5 % детей, 7 % - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 95,7 % детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,3 % детей наблюдалась тяжелое течение. Длительность пребывания в стационаре: 48 % детей находились в

стационаре больше 3 дней, 28 % детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 24 % детей - до 3 дней. За время нахождения в стационаре 74 % детей получали гормоны: в виде ингаляций - 41 % детей, внутримышечно - 27 %, перос 32 %. Антибиотики получали 22 % детей. С полностью купированным ОЛТ выписано - 91 % детей, 9 % детей выписаны с положительной динамикой. У 1 % детей также наблюдалась пневмония, у 36 % - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОРИ.

Ташкентская медицинская академия

Саиджалилова Д.Д., Муминова З.А.

Актуальность. Организм беременной женщины при острой респираторной инфекции (ОРИ) испытывает выраженную антигенную нагрузку, что приводит к дисбалансу биохимических процессов, непосредственно отвечающие за системный воспалительный ответ, что в свою очередь ведет к нарушению физиологических механизмов и формированию перинатальной патологии. Наиболее характерная для беременных стертая клиника ОРИ, обусловленная физиологическим иммунодефицитным состоянием, часто является причиной недостаточного внимания к самому факту заболевания, как со стороны врачей, так и самой женщины. В связи с этим актуальным является поиск маркеров тяжелого течения ОРИ, что позволит разработать дифференцированный подход к их диагностике и лечению. Исследования ряда авторов показало, что наиболее информативными в качестве маркеров воспалительной реакции организма являются креатинин-фосфокиназа (КФК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ). Преимуществами этих ферментов также является возможность и быстрая скорость их определения в лаборатории родильного комплекса.

Результаты исследования: Анализируя данные, полученные при оценке КФК, ЩФ и ЛДГ в крови, установлено, что в группе беременных с ОРИ увеличение ЩФ происходило на фоне одновременного повышения экспрессии ЛДГ, по сравнению с данными контроля. У женщин с ОРИ в различные сроки гестации уровень ЩФ и особенно ЛДГ в крови повышается, а КФК при этом – аналогичен с данными контрольной группы. Тогда как, у женщин с пневмонией - повышение в крови ЩФ и ЛДГ ассоциируется с повышением КФК. В связи с этим, можно полагать, что выявленные различия в уровне КФК и ЛДГ между исследуемыми

группами женщин с ОРИ и пневмонией обусловлены степенью тяжести заболевания (объемом поражения органов дыхания). Чтобы обосновать зависимость уровня КФК и ЛДГ от степени тяжести заболевания, нами проведен корреляционный анализ между этими показателями. Результаты исследования показали наличие прямой корреляционной связи между повышением ЛДГ и тяжестью течения заболевания в группах женщин с ОРИ и сильной прямой связи между развитием осложненного течения ОРИ/пневмонии и КФК, обратной корреляции с группой контроля (табл. 1).

Вероятность правильности прогноза тяжелого течения ОРИ/пневмонии с учетом определения ЛДГ высокая при значениях 419,2 ед (0,86) – в 1 триместре, 371,2 ед. (0,80) - во 2 триместре, 569,2 (0,78) – в 3 триместре, что также подтверждают их важность в риске развития осложнений у женщин с ОРИ. Таблица 1.

Корреляционная взаимосвязь между КФК, ЛДГ и тяжестью заболевания ОРИ/ пневмонией у беременных в 3 триместре ($M \pm m$)

Группа	КФК	r	ЛДГ	r	P
ОРИ ВДП (n=46)	97,4±2,3	1,01	256,4±5,1	+0,4	<0,001
ОРИ НДП (n=62)	117,5±1,6	+0,19	569,2±3,7	+2,1	<0,001
Пневмония среднетяжелой степени (n=15)	227,3±1,4	+1,3	581,6±3,2	+2,2	<0,001
Пневмония тяжелой степени (n=34)	373,2±2,5	+2,8	601,2±4,9	+2,3	<0,001
Контроль (n=22)	98,2±1,9	-	183,6±4,5	-	

Вероятность правильности прогноза тяжелого течения ОРИ/пневмонии с учетом определения КФК высокая при значениях 192,6 ед (0,89) – в 1 триместре, 286,2 ед. (0,78) - во 2 триместре, 227,3 (0,86) – в 3 триместре, что также подтверждают их важность в риске развития осложнений у женщин с ОРИ.

Следовательно, можно утверждать, что важным фактором, задействованным в развитии тяжелого течения ОРИ/пневмонии являются биохимические механизмы. Ряд исследователей считают, что гиперпродукция ЛДГ и КФК сопряжена с плохим прогнозом, ведет к формированию такого феномена, как аутофагия - одной из разновидностей программированной клеточной смерти - внутриклеточной системы деградации большинства белков и внутриклеточных органелл [241]. Следует отметить, что инициатором этих процессов были вирусные инфекции.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Юсупова Р.Т., Азимова М.К.

Ферганский филиал ТМА, Фергана, Узбекистан

Нарушения в репродуктивной системе могут возникать начиная с внутриутробного развития, не только в связи с повреждением половых клеток. Изменения специфических функций организма во многих случаях формируются в юном возрасте. Такие социальные процессы, как урбанизация, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с бесконтрольным применением лекарств, оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной системы девочки. Снижается резистентность к инфекционным факторам внешней среды, ухудшается состояние местного иммунитета половых путей.

Анатомо-физиологические особенности женского организма обуславливают наибольшую его чувствительность к внешним неблагоприятным воздействиям в определённые периоды года.

Целью работы явилось изучение особенностей полового развития девушек-подростков, проживающих в условиях сухих субтропиков Ферганской долины.

Материалом для исследования служили данные анкетирования среди учащихся колледжей, результаты профилактических осмотров, отчёты по структуре гинекологических заболеваний среди подростков.

В программу обследования входило изучение возраста наступления менархе, становление менструальной функции, частоты гинекологических заболеваний среди девочек-подростков с соматической патологией.

Под наблюдением находилось 60 девушек-подростков в возрасте 11-16 лет. Тенденция к укорочению менструального цикла отмечены у 7 обследованных. Длительность менструального кровотечения в большинстве случаев составляла от 3 до 5 дней, у 12 девушек-подростков отмечали обильные менструальные выделения. Возникновению полименореи могут способствовать неблагоприятное течение перинатального периода, детские инфекционные заболевания, хронические соматические заболевания, воспалительные заболевания половых органов. Выраженная альгоменорея наблюдалась у 20 подростков. Первичная альгоменорея у 7 подростков в подавляющем большинстве наблюдений возникает на фоне дисфункции гипоталамо-гипофизарного комплекса, определённую роль в этиологии заболевания играет перенесённые девочкой инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, психоэмоциональные напряжения, избыточные умственные и физические нагрузки.

По нашим данным, у девушек преобладают воспалительные заболевания влагалища и вульвы. Снижение реактивности организма на фоне какого-либо заболевания, хронического процесса или анемии к нарушению равновесия между микрофлорой влагалища и организмом

девушки-подростка. Появлению выделений из половых путей чаще всего предшествует простудное заболевание. Кроме этого, следует принимать во внимание и раннее начало половой жизни, что сопровождается высоким риском инфекции, передаваемых половым путём.

Таким образом, в результате проведённого исследования были выявлены особенности становления функции репродуктивной системы у девушек-подростков. Своевременное начало полового воспитания среди детей, доступность и приемлемость информации, разработка алгоритма профилактических мер по предупреждению заболеваний с учетом сезонности позволяет сохранить и укрепить репродуктивное здоровье девушек-подростков.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ

Юсупова Р.Т., Ашурова М.Д.,

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Проблема сексуального воспитания и сохранения здоровья подростящего поколения в современных условиях приобретает особую актуальность. Результаты исследований, проведенные учеными разных стран, выявили характерные изменения сексуального поведения, свойственные современной молодежи. К ним прежде всего относятся повышение половой активности и раннее начало сексуальной жизни, связанные с либерализацией сексуальных установок, снижением семейных приоритетов и ценности брачных отношений. Все эти изменения в совокупности с иррациональностью контрацептивного поведения молодежи неизбежно ведут к повышению риска нежелательной беременности, что в свою очередь, обуславливает сохраняющийся высокий уровень абортов.

Девушки-подростки чаще прибегают к абортам в поздние сроки, в небезопасных для их здоровья, а иногда пытаются самостоятельно прервать нежелательную беременность. Все это губительно сказывается на их репродуктивном здоровье, приводит к нарушениям менструальной функции, развитию воспалительных заболеваний, бесплодию, невозможности выносить беременность в дальнейшем. Ситуация усугубляется ростом числа болезней, передаваемых половым путем.

Подростковая беременность не столько медицинская, сколько социальная проблема. Нередко сталкивается осуждением чуть ли не враждебностью окружающих. А как часто подобное отношение распространяется и на ребенка.

Казалось бы, течение беременности и роды девушки подростка не имеют существенных отличий от аналогичных процессов, происходящих в организме взрослой женщины, чем моложе беременная, тем больше риск осложнений. С юным возрастом матери наблюдается повышение риска грозных осложнений беременности, низкой массы тела новорожденного, снижение потенциала его физического и психического здоровья.

Количество детей с олигофренией у матерей моложе 18 лет в 5 раз больше, чем при возрасте матери 25-29 лет. Некоторые из этих медицинских проблем связаны с физической незрелостью подростков, что организм будущей матери ещё растёт и развивается. Другие проблемы вызваны тем, что подростки часто скрывают свою беременность, не соблюдая режима поведения и питания, что пагубно сказывается на ребенке. Беременность подростка довольно часто сопровождается сильным стрессом, который сам по себе является мощным патогенным фактором.

Целью нашего исследования является анализ различных аспектов проблемы нежеланной беременности у подростков. Задачи исследования – изучить особенности репродуктивного здоровья у девушек – подростков, проанализировать социальные и медицинские аспекты, нежеланной подростковой беременности.

Нами были проведены анонимные социологические исследования психосексуального развития у 100 подростков в школах г. Маргилане.

Анкетирование показало, что возраст, в котором подростки получили информацию об особенностях развития противоположного пола, колебался от 13 до 15 лет.

Этот опрос позволил выявить источник получения информации по сексуальной тематике. Оказалось, что 51% получают сведения из средств массовой информации, 46% из книг, 12% - от сверстников.

О причине наступления беременности знали все подростки, а для наступления желанной беременности необходимы не только зрелость, но и моральная готовность стать родителями.

Большинство подростки относились к наступлению беременности отрицательно, из-за риска осложнений, невозможности продолжить образование и необходимости обращения за материальной помощью к родителям.

О контрацепции знали большинство опрошенных подростков. Отношение к применению средств контрацепции в основном положительное, при этом предпочтение отдавалось механическим и гормональным средствам. Некоторые подростки считали, что гормональные препараты вредны для здоровья.

Результаты проведенного исследования и литературные данные подтверждают необходимость активного участия преподавателей и специализированных учреждений здравоохранения для подростков в комплексной системе полового воспитания включающей современные представления о системе планирования семьи, методах контрацепции.

Таким образом проблемы сохранения репродуктивного здоровья и профилактики нежеланной беременности у подростков являются актуальными.

Различные варианты просветительской работы среди подростков могут способствовать профилактике нежеланной беременности, сохранить репродуктивный потенциал населения.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХЛАМИДИОЗЕ

Норматова Ш.А., Абдулазизова Ш.А.

Ферганский филиал ТМА,

В последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа инфекции, передаваемых половым путем. Среди них наибольший удельный вес занимает хламидиоз, заболеваемость которым превышает заболеваемость гонореей в 5-6 раз, заболеваемость сифилисом в 7-8 раз.

Рост урогенитального хламидиоза вовлекает в цепочку инфицирования беременных женщин и их будущих детей, создавая угрозу здоровью последующего поколения. Частота обнаружения хламидий у беременных, по данным различных авторов колеблется от 5% до 40%. Течение беременности на фоне хламидиоза всегда чревато возникновением акушерских осложнений (угроза прерывания беременности, неразвивающаяся беременность, фетоплацентарная недостаточность, многоводие). Осложнениями хламидийной инфекции может быть аномалии плацентации, преждевременная отслойка плаценты, несвоевременный разрыв плодных оболочек, слабость родовой деятельности, лихородка в родах. Урогенитальный хламидиоз нередко приводит к послеродовым осложнениям. Эндометриты у инфицированных женщин встречается в 4 раза чаще.

Вовремя недиагностированная и нелеченная инфекция у беременных приводит к заражению новорожденных.

В период с 2015-2017 г. проведено обследование 50 женщин с целью выявления хламидиоза при сроке беременности от 6 до 37 недель.

У беременных было выполнено обследование на хламидийные антитела класса G методом иммуноферментного анализа (ИФА). Диагностическим титром считали уровень Ig класса G 1:32 и выше. В 38.5% случаев у беременной выявлен диагностический титр антител к хламидиозу. Всем женщинам было проведено клиническо-биохимическое обследование. Все беременные получали курс антибактериальной терапии по поводу хламидиоза эритромицином по общепринятой схеме. В структуре перинатальной заболеваемости преобладали гипоксически-ишемические поражения ЦНС и внутриутробная гипоксия плода.

Таким образом, наше исследование показало, что хламидийная инфекция оказывает неблагоприятное воздействие на течение гестационного процесса, приводя к невынашиванию беременности, формированию хронической фетоплацентарной недостаточности и страданию внутриутробного плода.

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.

Камолова Г.Ж., Болтабоев У.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Большая организационная, учебно-методическая, идейно-воспитательная и научная работа проведена в медицинской вузе. Бесспорно,

что введение специализации, усиление требовательности к производственной практике студентов улучшили качество подготовки врачебных кадров.

Преподавание деонтологии и врачебной этики должно проводиться очень обдуманно, планомерно, целеустремлённо. Это следует делать на всех кафедрах института с учетом специфики предмета. Важное место должно уделяться общим вопросам деонтологии при чтении курса медицинской психологии.

Деонтология, по выражению А.Б.Билибина является «душой медицины и мудростью врачевания», а потому человечностью составляет ее стержень.

Человечность – трудный и сложный экзамен в жизни врача. По этому «предмету» нет учебника и монографий, но есть самый строгий экзаменатор – больной. Этому качеству учить сложно и трудно. Но без основания еще Д.Дидро говорил, «Мне очень хотелось бы знать, где та школа, в конторой обучают чувству».

Обучение будущего врача качествам человечности возможно и, на наш взгляд является главным долгом преподавателей медицинского учебного заведения.

В борьбе со стерильности души будущего врача необходимо научить студента принципам деонтологии не ради экзамена, а возбудить в нем стремление к постоянной потребности в деонтологии ради профессиональной необходимости, требующей благородства чувства душевной теплоты, сердечности и готовности к любым невзгодам врачебной работы, которых немало в хирургии.

Важно научить студента умению находить психологический контакт с больным чтобы овладеть – психологической крепостью больного, атака не годится, нужна дипломатия. Это одна из сложных сторон врачебной деятельности.

В процессе обучения медицине мы должны выработать у студентов прочной рефлекс гуманизма. На врачебном знамени еще А.П.Чехов писал, что «Профессия врача - подвиг». Она требует, самоотверждения, чистоты души, чистоты помыслов. Врач должен быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически.

Всему этому надо и можно учить так же как мы учим другим предметам врачебной профессии.

Недопустима во врачебной практике «машинизации» мышления и отход от больного. Больной должен быть главной движущей силой клинического мышления, а все остальное вспомогательным источником информации для врача.

Важным является научить студента таким аспектом деонтологии, которые включают взаимоотношения врача с больным и его родственниками, врачей с подчиненным медицинским персоналом.

В будущем специалисте мы должны воспитывать сочетание лучших качеств человека опрятность, культуры и диалектическое мышление.

Долгом совести и чести каждого врача должен быть добросовестный труд там, где этого требуют интересы общества. Это качество должно прививаться студентам не только преподавателями, но и общественными организациями вуза с младших курсов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ВИДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ

Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З.

Бухарский медицинский институт

На сегодняшний день проводимые эпидемиологические исследования, подтверждают о значительной распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Вскоре ее масштабы возвысили ГЭРБ в ранге единоличного лидера среди распространенных заболеваний органов пищеварения. Частота встречаемости ГЭРБ среди населения гораздо выше данных официальной статистики в связи с тем, что далеко не все больные обращаются за врачебной помощью. Самая высокая распространенность изжоги, основного симптома ГЭРБ, отмечается в США: от 17,8% до 25% населения испытывают ее хотя бы раз в неделю. У нас в республике о встречаемости ГЭРБ весьма расплывчатые данные. Полагаясь на результаты тех единичных исследований, которые просачиваются на страницах литературы, можно утверждать, что распространенность ГЭРБ в нашей стране также достаточно велика.

Прогноз о некоем господстве ГЭРБ, сделанный еще в конце XX века, уже вначале текущего стал подтверждаться на практике. Общеизвестен всплеск симптомов ГЭРБ у женщин в период беременности, особенно в 3-м ее триместре. Некоторые специалисты это связывают с повышением внутрибрюшного давления, а другие - гормональным дисбалансом.

Цель. Отсутствие единой позиции послужило толчком для выполнения настоящей работы, целью которой явилось выявление частоты распространения симптомов ГЭРБ у женщин фертильного возраста в зависимости от вида применяемой контрацепции.

Материалы и методы: Для осуществления поставленной цели была обследована группа, состоящая из 34 женщин фертильного возраста, принимавших различные виды контрацепции. Из них 12 женщин пользовались инъекционной формой контрацепции (ИК), а остальные оральной (ОК). Тщательно анализировались не только клинические, но и рентгенологические и эндоскопические признаки (по ходу применения соответствующих способов диагностики) ГЭРБ. Наряду с этим, изучалось содержание эстрогенов в крови. Контролем служили данные 18 женщин фертильного возраста с применением внутриматочных средств контрацепции. Обследование группы были репрезентативны по возрасту, числу беременностей в прошлом, выраженности индекса Кетле и т.д.

Результаты исследования: В ходе проведенной настоящей работы были получены следующие данные, частота распространения симптомов ГЭРБ наглядно доминировала в группе женщин фертильного возраста с применением ОК и ИК и в целом составила 54% . Следует подчеркнуть, что она была намного выше у отдельно взятых женщин с применением ОК. Наряду с этим, довольно широким оказался диапазон симптомов (изжога, дисфагия, одинофагия и т.д), и главное, их интенсивность у лиц с применением ОК. Под стать клиническим, была высокая частота встречаемости рентгенологических и эндоскопических признаков ГЭРБ у женщин, которые пользовались ОК. В то же время у лиц контрольной группы частота распространения симптомов ГЭРБ оказалась относительно низкой и составила всего лишь 12 %. Менее выраженными были и инструментальные признаки ГЭРБ.

Вывод: Таким образом, предварительные результаты, полученные по ходу настоящего исследования свидетельствуют , что ятрогенный дисбаланс в гормональном статусе женщин фертильного возраста способствует снижению запирающей возможности нижнего пищеводного сфинктера с последующим формированием благоприятных условий для возникновения рефлюкса содержимого желудка в пищевод.

ХАРАКТЕРНОСТЬ КЛИНИКО – ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ЖЕНЩИН С ПРИЕМОМ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Орзиев З.М., Рахматова. М.Р, Жалолова В.З.

Бухарский государственный медицинский институт

Длительный прием гормональных препаратов может сопровождаться нарушением холестеринового гомеостаза с последующим развитием гиперсатурации желчи. Вслед за этим, наступает дисбаланс в динамическом равновесии показателей солюбилантов (холестерин) и солюбилизаторов (желчные кислоты, фосфолипиды), что является пусковым моментом в процессах нуклеации и преципитации кристаллов моногидрата холестерина. Таким образом, запускается сложный процесс формирования различных патологических образований в желчи, коим является и билиарный сладж (БС). С формированием мицеллярной теории холестеринового литогенеза и внедрением в клиническую практику современных ультразвуковых аппаратов появилась реальная возможность идентификации продуктов раннего этапа камнеобразования в виде БС.

Цель. Установить особенности проявлений клиничко – эхографических признаков БС у лиц принимающих пероральных контрацептивов.

Материалы и методы: Для реализации поставленных задач была проанализирована результаты клиничко – эхографических исследований 48 женщин, в возрасте от 18 до 50 лет, которые были распределены на 2 группы, репрезентативные по средним показателям возраста, ИМТ (индекс Кетле), количеству родов и продолжительности интервалов между ними и т.д. В первую группу вошли данные клиничко – эхографического

исследования 25 женщин принимавших препарат микролют (левоноргестрал) в таблетках суточной дозе 0,03 мг. Представители данной группы наблюдения препарат микролют принимали один раз в сутки перед сном, в одно и то же время, согласно регламенту в течение 35 дней без перерыва. Продолжительность приема составляла от 3 до 6 месяцев. Вторую – контрольную группу составили результаты клинического и ультрасонографического исследований 23 женщин, у которых в прошлом отсутствовали эпизоды приема любого вида контрацептивов. Диагноз БС верифицировался с помощью трансабдоминальной ультрасонографии на аппарате WED – 9618С (КНР).

Результаты исследования: Согласно полученным результатам, представляющие определенный научный интерес, у 18 из общего числа 25 женщин принимавших оральный вид контрацептивов, были обнаружены клиничко – эхографические признаки БС, что составила более 70% лиц данной группы наблюдения. Клинические признаки БС проявлялись у них в виде синдрома “правого подреберья”, в виде умеренной периодической боли тупого характера в правом подреберье и вздутия живота. Оба признака чаще всего давали о себе знать после приема высококалорийной пищи. Ультрасонографические симптомы включали в себя эхопозитивные включения в виде гиперэхогенных взвесей округлой, овальной или продольной формы без акустической тени.

В то же время из общего количества 23 женщин контрольной группы всего лишь у 5 (21%) были обнаружены клиничко – эхографические признаки БС без каких – либо жалоб характерных, для патологии билиарного тракта.

Вывод: Полученные результаты позволяют выдвинуть предположение о наличии очевидной связи между приемом оральных контрацептивов и процессом нарушения химизма желчи с последующим формированием ранних субстратов холестеринового литогенеза в виде БС.

МУНДАРИЖА

Акушерлик ва гинекология

Абдурахманова С.И., Бабаджанова Г.С., Сулаймонова Н.Ж. Особенности консервативного лечения сочетанной формы миомы матки и аденомиоза	3
Абдуллаева Л.М., Нигматшаева А.Р. Факторный анализ клинических маркеров развития хронического эндометрита	4
Agzamova M., Nigmatova G. M Role of infection in damage development fetus covers at women with habitual noncarrying of pregnancy and premature birth	5
Алиева П.Р. Сепсис - пути заражения	7
Адизова С.Р., Махмудов И.И., Ҳакимова М.Ф. Анализ влагалищного мазка у многорожавших женщин, применяющих гормональные контрацептивы	8
Adizova S.R., Ashurova N.G., Khotamova M.T. Vagino-echographic measurement of uterine arteries blood flow during pregnancy	9
Аллаева М.Ж., О.О.Асқаров, Х.Х. Исакович, Ғ.Ю.Джанаев Сачратқиқурукэкстрактинингтератогенваэмбриотоксиктаъсири	10
Аслонова М. Ж., Хафизова Д.Б., Ихтиярова Д.Ф. Современные аспекты индукции родов для подготовки шейки матки к родам на различных сроках беременности	11
Ашурова Н.Г., Холова Н.Ф., Жумаева М.М. Микронутриентлар ва уларнинг ҳомиланинг соғлом ривожланишига таъсири	12
Ашурова Н.Г., Акрамова Д.Э., Бобокулова С.Б., Саидова Ф.И. Генитальный сепсис в структуре материнской смертност	14
Ашурова У.А., Наджмутдинова Д.К. Ассоциации полиморфизма -344с>t гена sup11b2 с риском развития гипертензивных нарушений во время беременности у женщин узбекской национальности	15
Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Курбанова З.Ш. Геометрическая модель левого желудочка и ее роль в оценки степени тяжести преэклампсии	16
Ахмедова Н.Ш. Хроническая болезнь почек у женщин фертильного возраста	18
Бабаджанова Г.С., Узоқова М.К. Юрак ритмининг ўзгариши ва хомиладорлик	19
Бабаджанова Г.С., Абдуразакова М.Д. Течение варикозной болезни у беременных с	20
Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С. Исследование случаев материнской смерти от генитального сепсиса	22

Баситханова С.Р., Юлдашева Д.Ю. Сравнительная оценка перинатальных осложнений при макросомии плода	23
Буранова Ф.Б., Федорова Т.А., Закирова Н.И. Основные аспекты реологических свойств крови у беременных с плацентарной недостаточностью после экстракорпорального оплодотворения	24
Гайбуллаева Д.Ф. Исходы беременности и родов при преэклампсии на фоне гипергомоцистеинемии	26
Гафарова С.У., Рахматуллаева М.М. Роль хронического цервицита в развитии предраковых состояний шейки матки	28
Годлевская Н.А., Ихтиярова Г.А., Рахматуллаева М.М. Эффективность и безопасность препарата Протефлазид® в лечении инфекций, вызванных ВПЧ	29
Дильмуратова В., Нигматова Г.М. Влияние алиментарного ожирения на репродуктивную функцию девушек	30
Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ixtiyarova D.F. Introduction of patients with varicous extension of venues of lower limbs and pelvic organs	31
Дусчанова З.А., Курбаниязова М.З., Икрамова Х.С. Репродуктивное здоровье девочек-подростков и факторы риска приводящие к его нарушению	33
Джураева Д.Л., Зохидова К.Ш. Синдром поликистозных яичников у девочек-подростков	34
Джураева Д.Л. Репродуктивные расстройства у девочек-подростков	35
Захидова К.Ш., Муминова Н.Х., Джураева Д.Л. Роль эндокринологических нарушений при мастопатиях	36
Захидова К.Ш., Муминова Н.Х., Гиясова М.Г. Коррекция климактерических расстройств низкодозированными формами эстроген-гестагенных препаратов у женщин с патологическими формами щитовидной железы	37
Зокирова Х.А., Шодиева Х.Т. Хомиладорлик давомиди хомиладорлик илк токсикозлари кузатилган аёлларда конининг электролитлар холати	38
Ikranova Sh.A., Khotamova M.T., Saidova F.I. Reliability of screening of small children for gestational age using the doppler method	39
Исмоилова Ш.Т., Джаббарова Ю.К. Хроническая железодефицитная анемия- фактор высокого риска развития преэклампсии	40
Исмоилова Д.У., Мусаходжаева Д.А., Магзумова Н.М., Джумаева Д.Н. Коррекция глюкозаминилмурамилдипептидом в комплексной терапии наружного генитального эндометриоза у женщин с бесплодием	41
Ихтиярова Г.А., Асланова М.Ж., Хафизова Д.Б. Прогностическая ценность цитокинов у женщин при антенатальной гибели плода.	43
Каримова Ф.Д., Муминова Н.Х., Гиясова М.Г. Иммунная система при септических осложнениях в послеродовом периоде	45
Каримов Д.Н., Каримова Н.Н., Орипова Ф.Ш., Ахмедов Ф.К., Оценка эффективности современных методов лечения	

доброкачественных образований придатков матки	46
Каримова Н.Н., Каримов Д.Н., Орипова Ф.Ш., Саломова И.С., Анализ ультразвуковых методов исследования при доброкачественных опухолей яичников у беременных	47
Каримов Д.Н., Каримова Н.Н., Усманова Н.Ю., Клинический анализ эмболизации маточных артерий при миомы матки	48
Каримова Н.Н., Комилжонова О.О, Жумаева М.М. Влияние метода остановки массивного акушерского кровотечения на качество жизни больных	49
Каримов А.Х. Комплексная ультразвуковая диагностика и контроль эффективности лечения плацентарной дисфункции L- аргинином	50
Каюмова Г.М., Саркисова Л.В. Показатели центральной гемодинамики и маточно-фетоплацентарного кровотока при недонашивании беременности	52
Каюмова Г.М., Саркисова Л.В. Особенности состояния плаценты при преждевременных родах	53
Курбаниязова М.З., Сапарбаева Н.Р., Матризаева Г.Д. Гормональная коррекция у девочек с нарушением менструального цикла как профилактика бесплодия	55
Kudratova D.Sh. Delivery of patients with premature outpouring of amniotic fluid in term of full-term pregnancy in terms of the risk of infectious and inflammatory complications	57
Мадаминова Н.Э., Абдилхаева З.А. Эффективность лечения угрозы преждевременных родов при применении блокаторов кальциевых каналов (нифедипин)	58
Мадумарова З.И., Садыкова Д.Р. Профилактика гипертензивных нарушений при беременности препаратом кальция	59
Мирходжаева С.А. Урогенитальные расстройства в климактерии	60
Махмудова С.Э. Современные методы прогнозирования преэклампсии	61
Matrizayeva G.D., Saparbayeva N.R. The solution of such a problem as bacterial vaginosis in female	62
Мухамедов Б.З. Материнская смертность во время и после родов	63
Муратова Н.Д., Ходжаева З.А., Эшонходжаева Д.Д. Эффективность применения микродозированных препаратов ОК в лечении эндометриоза у женщин раннего репродуктивного возраста	64
Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д. Роль бактериальных инфекций при септических осложнениях	65
Муминова Н.Х. Провоспалительные цитокины- предикторы воспалительной реакции	67
Müşerref Banu Yılmaz. In silico analyses of circulating micrnas in myoma uteri formation	68
Мусаева Д.М., Очилов А.К., Аслонова М.Ж., Очилова Г.С. Феррум- лекнинг фармакологик хусусиятлари	69
Мустафаева Ф.А., Хикматова Н.И. Выявляемость специфических	70

иммуноглобулинов против антигенов возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин	
Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И., Сулаймонова Н.Ж. Особенности консервативного лечения сочетанной формы миомы матки и аденомиоза	72
Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Закирова Г.Ю. Некоторые аспекты коррекции бесплодия у женщин	73
Мухсинов Ф.Б., Зокирова Н.И., Курбаниязова В.Э. Прогнозирование и профилактика тяжелой преэклампсии	75
Музафарова С.А. Взаимосвязь уровня андрогенов и психоэмоционального статуса у пациенток с различными формами гиперандрогенемии при вторичном бесплодии эндокринного генеза	76
Нарзиев И.И., Ҳасанова М.А., Жўраев Н.Б. БУХОРО ВИЛОЯТИДА ОНАЛАР ВА БОЛАЛАР ЎЛИМИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА КАМАЙТИРИШГА ДОИР АМАЛГА ОШИРИЛГАН ТАДБИРЛАР	77
Назарова Д.Э., Закирова Г.Ю., Рузиева Н.Х., Рассадина М.В., Юлдашева С.З., Турбанова У.В. Некоторые аспекты повышения эффективности лечения ВЗОМТ	79
Назарова Д.Э., Закирова Г.Ю., Рузиева Н.Х., Рассадина М.В., Юлдашева С.З., Турбанова У.В. Коррекция бесплодия при миоме матки у женщин репродуктивного возраста	80
Нажмутдинова Д.К., Умирзакова С.Ш. Факторы риска тяжелая преэклампсия	83
Нарзуллаева Н.С., Абдурахманов М.М., Магзумова Н.М., Джумаева Д.Н. Регуляторное влияние некоторых цитокинов при развитии миомы матки у женщин репродуктивного возраста	85
Narzullaeva N.S ., Khotamova M.T. Assessment of postpartum bacteriuria with amoxicillin	86
Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Изменений функции левого желудочка у беременных с преэклампсией	86
Негматуллаева М.Н., Хамидова Н Р., Ахмедов Ф.К. Изменения параметров гемокоагуляции у родильниц после кесарева сечения и ее коррекция	87
Нуралиев Н.А., Собирова Д.Р. Определение антителообразующих клеток (АОК) селезенки	89
Нурмухамедова Д.А., Магзумова Н.М. Влияние рубцовой деформации шейки матки на беременность и роды	90
Нуров У.И., Нурова Г.У. Электрокаустика нижних носовых раковин у беременных женщин	91
Нигматова Г.М., Шейхова Ш. Влияние озонотерапии на пролонгирование беременности у женщин с невынашиванием инфекционного генеза	92
Парвизи Н.И., Гайбуллаева Д.Ф. Особенности кольпоскопической картины шейки матки у женщин различных возрастных групп	94

Özkaya E., Shodiev B. V., Kurbanova Z.Sh., Ph.D. Ashurova N.G. Effectiveness of microelement support in women with recurrent reproductive losses	95
Рахманова И.И. Пути снижения перинатальных осложнений при обструкции родовой деятельности	96
Рахматуллаева М.М. Течение беременности, родов и послеродового периода при нарушении микробиоценоза влагалища	97
Rakhmatullaeva M.M., Khotamova M.T. Subclinical autoimmune reactions with habitual miscarriage	99
Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д. Прогнозирование, диагностика у девочек с задержкой полового развития	100
Rozikova D.K., Khotamova M.T. Treatment of perineal injury with ultrasound and pulsed electro-magnetic therapy	101
Саркисова Л.В., Каюмова Г.М. Морфологические особенности плацент при преждевременных родах	101
Sarkisova LV, Kayumova G. M. Peculiarities of the condition of placentas at premature generations	103
Sobirova L.K. Khotamova M.T. Auscultated heart rate accelerations	104
Tillaev S.S., Khotamova M.T. Correlation between biochemical monitoring and measurement of the wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus	105
Тошева И.И., Ашурова Н.Г., Абосов А.С. Оценка состояния родовых путей у рожениц с отхождением околоплодных вод	106
Tosheva I.I., Khotamova M.T. The state of peripheral lymphocytes during pregnancy and after childbirth	107
Туляганова Ш.У., Юлдашева Д.Ю. Изучение минерального состава крови у женщин с миомой матки	108
Умидова Н., Саркисова Л.В., Абдиева Н. Современные аспекты лечения вторичного бесплодия путём индивидуальной иммунокоррекции	109
Urinov M.N. Khotamova M.T., Saidova F.I. Pregnancy outcome after elimination of torsion of the appendages of the uterus with ischemic-hemorrhagic changes	111
Usarov U.U. Khotamova M.T., Hamidova M.G. Influence of the number of births on the state of the venous system of the lower extremities	111
Усмоналиева Н.Ш., Ахмедова Г.А. Оптимизация системы охраны репродуктивного и психоэмоционального здоровья женщин-спортсменок	112
Fayzullaev T.T., Khotamova M.T., Rakhmatullaeva M.M. Prospective observation of first-pregnancy with hypertension of pregnancy	113
Хасанов Б.Б. Экспериментальный энтероколит и особенности детородной функции матери и развития потомства	114
Хасанов Б.Б., Давронов Р.Д., Порсоев Ж.А., Шокиров Б.С. Постнатальное становление печени и почек у потомства на фоне	115

токсического гепатита матери в период беременности и лактации	
Khamdamova M.T., Khotamova M.T., Adizova S.R. Biochemical monitoring and measurement of the wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus	116
Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдамов А.Б., Ихтиярова Д.Ф. Эффективность обучающих программ для подростков, страдающих предменструальным синдромом	117
Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдамов А.Б., Кодиров М.Д. Предменструальный синдром: вчера и сегодня	118
Ходжаева А.С. Лечение девочек со сращениями малых половых губ	120
Khotamova M.T. Bacteriological studies after premature breakage of membranes	121
Худоярова Д.Р., Таджиева Н.И. Методы консервативного лечения женщин репродуктивного возраста с лейомиомой матки	121
Шейхова Ш., Нигматова Г.М. Особенности патоморфологии последа при преждевременном излитии околоплодных вод и недонашивании беременности инфекционного генеза	122
Shukurlayeva Sh.Zh.,Khotamova M.T. Bacteriuria in the postpartum period, amoxicillin treatment	123
Esra Güzel. Effects of treatment processes in infertile patients on embryo parameters and in vitro fertilization (IVF) results	124
Эрматов Н.Ж., Тошматова Г.О. Мастопатияга чалинган аёлларда умумий касалланиш ҳолатини баҳолаш ва профилактик тадбирлар ишлаб чиқиш	125
Ярмухамедова С.Х., Вафоева Н.А. Эхокардиографические показатели центральной гемодинамики у женщин фертильного возраста с хроническим пиелонефритом	126

Педиатрия

Абдилхаева З.А. , Мадаминова Н.Э.,Содикова Д.Т СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ ТЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ	128
Абдилхаева З.А.,Тождидинов Х.С.,Якуббекова М.М. Особенности синдрома лимфаденопатии у детей с хроническим вирусным гепатитом В	129
Абдилхаева З.А.,Мадаминова Н.Э, Юнусова З.В. Проявления лихорадочного синдрома при хроническом гепатите в	130
Абдумуминов М.А. Изучение индекса генетической отягощенности по атопии у детей с рецидивирующим течением стенозирующего ларинготрахеита	130
Абдусагатова Ш.Ш.. Лечение синдрома анемии у детей с хронической болезнью почек	132

Абдусагатова Ш.Ш. Оценка функционального состояния почек у детей с системными заболеваниями.	133
Абзалова Ш.Р., Турсунбаев А.К, Усмонхонов Ф.О. Введение эубиотиков в комплексное лечение атопических дерматитов у детей	134
Алиева П.Р. Реабилитация детей перенесших сепсис	135
Алимова Х.А., Тургунова Д.П. Использование, в качестве небулайзерной терапии, 3% раствора nacl при бронхообструктивном синдроме у детей раннего возраста.	136
Аллаева М.Ж., Ачилов Д.Д., Наимова М. Определение иммунологической активности бад к пище «фитодиабетол».	137
Аллаева М.Ж, Асқаров О.О., Исакович Х.Х., Джанаев Ғ.Ю. Сачратқи курук экстрактининг тератоген ва эмбриотоксик таъсири.	138
Аллаева М.Ж, Г.А. Рахимова, М.А.Мамаджанова. Изучение острой токсичности свечи ректальные для детей	139
Амонов Р.А., Рахматова Н.Н. Геморрагик васкулит касаллигининг ёшга боғлиқ ҳолдаклиник кечиш хусусиятлари	141
Атаниязова Р.А.. Некоторые аспекты динамики заболеваемости населения республики узбекистан за 2012 – 2016 годы как результат внедрения государственных программ по охране материнства и детства.	142
Ахматова Ю.А., Ахматов А., Нажимов Ш.Р, Сирожева Н.А. Ранняя диагностика и прогнозирования развитияпиелонефрита у детей TORCH этиологии	143
Бадритдинова М.Н., Тиллаева Ш.Ш., Саидова Л.Б. Соғлом бола-келажак пойдевори (абу али ибн сино қарашлари асосида)	144
Ботиров А.Р., Ганиев А.Г., Шамсутдинова М.А., Усманова М.А. Современное лечение язвенной болезни гастроэнтерологии	145
Бахридинов Ш.С. Болалар суткалик рациониди балиқ ва балиқ махсулотларини гигиеник баҳолаш.	145
Бобоева Н.Т. Пролонгированная гипербилирубинемия ассоциированная с грудным вскармливанием	147
Великорецкая М.Д., Геппе Н.А., Мелешкина А.В., Старостина Л.С Рациональное вскармливание ребенка первого года, как важнейший фактор будущего здоровья	148
Ганиев А.Г., Шамсутдинова М.А., Усманова М.А., Ботиров А.Р. Анализы и факторы риска желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков	149
Ганиев А.Г., Юсупова З.М., Назаров К.Д. Противорецидивный эффект гистоглобулина при младенческой форме атопического дерматита у детей	150
Ганиева М.Ш., Коррекция вегетативных нарушений при железодефицитной анемии у детей	151
Ганиева М.Ш. Группы риска развития инфекции мочевыводящих путей у детей	152
Гарифулина Л.М., Ашурова М.Ж. Факторы ремоделирования	153

миокарда у детей с ожирением	
Гарифулина Л.М. Перинатальное программирование метаболизма, как фактор риска развития ожирения и артериальной гипертензии у детей	154
Гаффарова Ф.М., Кахарова К.А. Аудит патронажа новорожденных в первичном звене здравоохранения и пути его оптимизации	155
Геппе Н.А., Великорецкая М.Д., Старостина Л.С. Опыт использования бактериальных лизатов для повышения неспецифического иммунитета у детей	157
Гойибова Н.С., Тураева Д.Х. Микроальбуминурия в развитии диабетической нефропатии у подростков	158
Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Юсупова З.М., Назаров К.Д. Характеристика детей с респираторными алергозами у детей	159
Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н. Роль социальных программ в профилактике бронхиальной астмы у детей	160
Жиемуратова Г.К., Мамбеткаримов Г.А., Аяпбергенова Ю.Е., Айтмуратова У.К. Иммунологические аспекты кожи в формировании аллергического дерматита у детей в регионе приаралья	161
Жураева З.Ё. Особенности гуморального иммунитета у часто болеющих детей дошкольного возраста	163
Жураева З.Ё. Особенности клеточного иммунитета у часто болеющих детей дошкольного возраста	164
Зайнабитдинова С.Н., Ефименко О.В., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А. Наличие обструкции бронхов у детей с респираторным алергозом.	166
Игамова С.С., Шамсиев Ж.А. Эффективность ведения детей, перенесенных перинатальные поражения ЦНС в условиях республиканского центра социальной адаптации	167
Исламова Д.С., Ибатова Ш.М. Синдром вегетативной дисфункции у студентов первых и вторых курсов обучения на факультете высшего сестринского дела	168
Исламова Д.С., Авезова Н.Ш. Особенности течения рецидивирующего бронхита с отягощенным преморбидным фоном у детей	169
Каримов К.Р., Аслонов А.А., Восиев Ж.Ж., Каримов Р.К. Результаты лечения новорождённых с врожденными аномалиями желудочно-кишечного тракта в условиях многопрофильного детского центра	170
Кудряшова М.А., Подчерняева Н.С., Шпитонкова О.В., Фролкова Е.В. Нарушения в системе гемостаза при при Iga-васкулите (генохашенлейна) и системной красной волчанке у детей.	172
Мадаминова Н.Э., Абдилхаева З.А. Особенности течения и лечения болезни Аддисона у больных с циррозом печени	173
Мадаминова Н.Э., Абдилхаева З.А. Ранняя ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца у новорожденных	174
Мадаминова Н.Э., Якуббекова М.М., Абдилхаева З.А. Правильная	176

оценка в дифференциальной диагностике и лечении цирроза печени с пульмональным синдромом	
Мамасолиев Н.С., Нурматова Т.С., Холиқова Н.А. 15-17 ёшли ўғил болалар орасида артериал гипотонияни тавсифи	177
Мамасолиев Н.С., Парпиев Э.А., Мамасолиев З.Н. Сурункали пиелонефритни водийнинг ўсмир – болалари популяциясида айрим хусусиятлари ҳақида	178
Мамасолиев Н.С., Мамасолиева Ш.А., Усмонов Б.У. Ўсмир пиелонефрити: уродинамик, инфекцияли ва медикаментозли хатар омилларини клинко-эпидемиологик тавсифлари	178
Мамбеткаримов Г.А., Жиёмуратова Г.К., Танирбергенова А.К., Турманова П.М. Экологические аспекты формирования иммунодефицитных состояний у детей	179
Матназарова Г.С., Шерқўзиёва Г.Ф., Тошбоев Б.Ю. Ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан болаларнинг касалланиш ҳолати.	180
Махсумов Ш.М., Зайцева О.А. Профилактика нарушений гидролитической функции пищеварительных карбогидраз некоторыми антигистаминными средствами при анафилактическом шоке	181
Машарипова Р.Т. Болаларнинг жисмоний ривожланишига спортнинг таъсири	182
Машарипова Р.Т. Сепсис у детей - проблема актуальная	183
Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Вич–нефропатия как причина хронической почечной недостаточности у детей и некоторые подходы к лечению	184
Мирзамухамедов О.Х. Морфологические изменения стенки сердца крысят, рожденных от матерей с гипотиреозом	185
Мухитдинов Ш.Т. Организация борьбы с гельминтозами среди детей до 14 лет в первичном звене здравоохранения	186
Наврүзова Ш.И., Мухамедова Ш.Т. Динамические особенности цитокинового статуса у новорожденных в период ранней адаптации	187
Наврүзова Ш.И., Ачилова Д.Н. Полиморбидность как предиктор трансформации обструктивного бронхита у детей раннего возраста	189
Наврүзова Ш.И., Ганиева Ш.Ш. Состояния иммунитета у женщин при синдроме раздраженного кишечника в условиях коморбидности	191
Наврүзова Ш.И., Саъдуллоева И.К., Хикматова Ш.У., Сулейманова Г.С. Корреляция некоторых параметров иммунитета и гормонов крови при врожденных пороках сердца у детей	193
Назарова М.Б. Хламидайна инфекция у детей	195
Назарова М.Б. Сепсис билан касалланган болаларни овқатлантириш	196
Нарзуллаев Н. У, Раджабов Р.Р, Умарова М.Н, Умаров У.Н. Экссудативный и адгезивный средний отит в структуре нарушений слуха у вич-инфицированных детей	197

Насирова Г.Р. Иммуномодулирующие препараты при лечении детей с хроническими тонзиллитами	198
Орзиева М.С. Хомила ичи инфекцияси ва унинг ривожланишида torch инфекциясининг роли	199
Осмнина М.К., Геппе Н.А., Шпитонкова О.В. Склероатрофический лихен аногенитальной зоны в педиатрической практике	201
Раджапов А.Ж, М.Ж. Аллаева, Т.Б.Мустанов, С.М.Мухамадиев. Фитоферон дори воситасининг марказий нерв тизими фаолиятига таъсири	202
Рахманова Д.С. Влияние вида вскармливания на психомоторноеразвитие детей	203
Рахманова Д.С. Янги тугилган чақолоқларни куқрак сути билан овқатлантиришнинг дастблаки холатини урганиш натижалари	204
Рахматова Н.Н, .Амонов Р.А. Чақалоқларда ўткир лейкоз касаллигиникечиш хусусиятлари	205
Ринас О.А. Раннее удаление временных и постоянных зубов у детей. Роль педиатров в профилактике зубочелюстных аномалий.	206
Саидазизова Ш.Х., Назарова С.О., Туляганова Н.М., Усманова П.Т. Современные особенности в диагностике инсульта у детей.	207
Саидова Л.Б.,Тиллаева Ш.Ш. Повышения качества медицинской помощи детям дошкольного возраста во взаимосвязи с факторами воспитания	208
Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Дусмухамедова А.Ф., ХамзаеваН. Значение загрязнения атмосферного воздуха Для показателей здоровья детей	209
Сулайманова М.И. Ибн сино – гўдак учун кўриладиган махсус чора – тадбир ҳақида	210
Султанов З.Ф.,Шамсиев Ф.М. Цитокиновый профиль детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких	212
Тажиева З.Б., Халматова Б.Т. Болаларда дизметаболик нефропатия ҳақида шифокорларнинг аноним сўров натижалари	213
Тиллаева Ш.Ш., Жураева Х.И., Солиев А.У. Болаларда учровчи касалликлар ва уларни даволаш усуллари (Абу Али ибн Сино қарашлари асосида	214
Тождинов Х.С, .Абдилхаева З.А.,Содикова Д.Т. Некоторые аспекты ультразвуковой диагностики врожденных пороков сердца у плода	215
Тошбоев Б.Ю., Шеркўзиева Г.Ф. Болаларда ўткир ошқозон ичак касалликлари эпидемиологияси ва профилактикаси.	216
Убайдуллаева С.Ф., Кузиев Д.В. Состояние вегетативной нервной системы при функциональных заболеваниях желудка	217
Убайдуллаева.С.Ф., Кузиев Д.В. Сравнительная эффективность пробиотиков в лечении дисбиоза кишечника у детей	218

Убайдуллаева С.Ф., Ганиева М.Ш. Особенности реабилитации детей, часто болеющих ОРЗ	219
Уралов Ш.М., Ибатова Ш.М., Раббимова Д.Т., Жураев Ш.А. Оценка эффективности применения эргоферона при лечении острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей	220
Урумбаева З.А., Ганиев А.Г., Ефименко О.В., Зайнабитдинова С.Н. Отношение родителей к вакцинопрофилактике детей	221
Хаджаева Д.Х., Азимова З.Ф. Способы диагностики и лечения в педиатрии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей	223
Хаджаева Д.Х. Особенности острых инфекционных кишечных заболеваний у детей	224
Хамдамов Н.М., Ганиева М.Ш., Прогностические критерии хронизации гломерулопатий в детском возрасте	225
Холмурадова З.Э., Гарифулина Л.М. Компоненты метаболического синдрома у подростков с артериальной гипертензией.	226
Худайбергенов М.Р. Особенности течения нозокомиального сепсиса у детей	228
Худайбергенов М. Р. Внутрибольничная пневмония у детей	229
Шайхова Л.И., Чулпонов И.Р. Оценка труда медицинских сестёр первичного звена здравоохранения	230
Шайхова Л.И., Чулпонов И.Р. Оценка труда медицинских сестёр первичного звена здравоохранения.	232
Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т. Анестезиологическое обеспечение эндохирургических операций у детей	233
Шамсутдинов А.С., Саидова Д.И. Обменные нарушения при гипербилирубинемии у недоношенных новорожденных и их коррекция	234
Шамсутдинова М.А., Ботиров А.Р., Ганиев А.Г., Усманова М.А. Состояние вегетативного гомеостаза у детей школьного возраста.	235
Шарипова Л. Х. Зависимость прогноза лейкоза от состояния образа жизни родителей	235
Шерқўзиёва Г.Ф., Самигова Н.Р., Тошбоев Б.Ю. Болаларда сувчечак билан касалланиш эпидемиологияси	237
Эргашева Н.Н. Особенности адаптации с врожденной кишечной непроходимостью у новорожденных.	239
Юлдашева Г.Г. Чақалокларда цитомегаловирусли инфекциянинг полиорганпатологияси	240
Юсупова Г.А., Атаева Д.Р. Катамнестическое наблюдение детей, перенесших сепсис	241
Юсупова З.М., Ганиев А.Г., Батиров А.Р. Доклинического течения на исход влияние острого ларинготрахита у детей	242
Саиджалилова Д.Д., Муминова З.А. Оценка биохимических Критериев для определения степени тяжести заболевания и прогнозирования тяжелого течения ори.	243

Юсупова Р.Т., Азимова М.К. Окружающая среда и репродуктивное здоровье девушек-подростков	245
Юсупова Р.Т., Ашурова М.Д., Особенности репродуктивного здоровья девушек – подростков	246
Норматова Ш.А., Абдулазизова Ш.А. Течение беременности при хламидиозе	248
Камолова Г.Ж., Болтабоев У.А. Вопросы преподавания врачебной этики и деонтологии в медицинском вузе.	248
Орзиев З.М.,Рахматова М.Р, Жалолова В.З. Взаимосвязь симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с видом контрацепции	250
Орзиев З.М.,Рахматова М.Р, Жалолова В.З. Характерность клинико – эхографических проявлений билиарного сладжа у женщин с приемом оральных контрацептивов	251